



UNIVERSIDAD DE DEUSTO

PROGRAMA DOCTORADO EN EDUCACIÓN

INNOVACIÓN EDUCATIVA Y APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA

HACIA UN MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN EN LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES. EL PAPEL DE LA FORMACIÓN Y LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS Y SU RELACIÓN CON LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS Y EL BURNOUT EN EL PERSONAL DE ATENCIÓN

Tesis Doctoral realizada por Dña. Alicia Miguez Neira

Bilbao, Agosto de 2015



UNIVERSIDAD DE DEUSTO

PROGRAMA DOCTORADO EN EDUCACIÓN

INNOVACIÓN EDUCATIVA Y APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA

HACIA UN MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN EN LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA MAYORES. EL PAPEL DE LA FORMACIÓN Y LAS INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS Y SU RELACIÓN CON LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS Y EL BURNOUT EN EL PERSONAL DE ATENCIÓN

Tesis doctoral realizada por Dña. Alicia Miguez Neira

Dirigida por la Dra. Visitación Pereda y el Dr. Imanol Amayra

Bilbao, Agosto de 2015

*Por su apoyo incondicional...
una dedicatoria muy especial,
a David, mi marido,*

A mis padres, Manuel y Elvira.

*A Danel y Alain por tantas horas robadas...
y, sobre todo, por todos sus besos.*

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es el resultado de años de trayectoria profesional en los que he aprendido a desarrollar mi labor como psicóloga en el medio residencial, siempre al amparo de mi formación pedagógica. Y también el final de un camino iniciado cuando como becaria recorría, siempre apresurada, los pasillos de la Universidad de Deusto.

Quedan lejos esos días que recuerdo con muchísimo cariño gracias a Visitación Pereda, mi directora de tesis. Compartimos juntas muchas horas de trabajo gracias a la Universidad de Deusto y a la Fundación Santa María -sin tu ayuda no podría haber optado a estas becas de investigación- mis más sinceros agradecimientos a estas dos entidades por las ayudas económicas recibidas, razón de ser en gran medida, de mi ahínco por concluir por encima de todo, el camino emprendido.

Al finalizar mi etapa de becaria y gracias al apoyo de Natxo Gómez me inicié en mi carrera profesional. Empecé a trabajar en las dos residencias para personas mayores en las que hoy sigo desempeñando mi labor después de 12 años.

Hace unos cuatro años reorienté mi tema de tesis gracias a la apreciada ayuda de Imanol Amayra mi codirector de tesis, que aportó al estudio valioso rigor en los aspectos más metodológicos y gracias al que di, un giro definitivo, al trabajo de investigación. Esta contribución ha sido decisiva, gracias Imanol por acogerme tan bien en medio de tanta sobrecarga de trabajo.

En este punto fue cuando Javier Castro y Daniel Castro, mis jefes -y compañeros en el camino- me posibilitaron el llevar a cabo el estudio empírico de la investigación y me facilitaron el encuentro con muchas más manos amigas que han formado parte de este recorrido. Gracias de forma encarecida por su inestimable contribución en este trabajo y por la valiosa colaboración en los momentos finales. Gracias también por compartir conmigo tan de cerca el interés en la formación en el ámbito residencial y por respaldarme en todas las iniciativas emprendidas en las residencias.

También mis agradecimientos a todo el equipo técnico de los centros donde trabajo, especialmente, a Koldo y a Alberto, que desde la geriatría y la medicina fueron el nexo de unión en el contacto con los centros participantes del estudio. También, por supuesto, a los directores, psicólogas y demás equipo técnico, auxiliares y usuarios de

todos los centros participantes, sin vuestra colaboración este trabajo no se hubiera podido realizar.

Cuando la tesis estaba ya más que encaminada fue necesario el criterio de expertos pertenecientes a diferentes ámbitos profesionales. En este caso tampoco faltaron manos que ofrecieron su ayuda: gracias a las farmacéuticas, Ana Cristina Gamero y M^a Cruz Pastor y, a Catalina Vadell desde medicina laboral. Gracias también a Estíbaliz Sánchez desde el ámbito de la gerencia geriátrica y la pedagogía y a Gabriela Acosta desde la enfermería especializada. Agradecer también la inestimable ayuda de Jorge y Tino que desde la medicina y la pedagogía han contribuido muy valiosamente a este trabajo.

Realmente es difícil enumerar a todas las personas que durante estos últimos años me han alentado y acompañado en este camino de aprendizaje, un recuerdo entrañable al Departamento de Orientación de la Universidad de Deusto (Manuel Marroquín, María González...) y al Instituto de Estudios de Ocio (Silvia Martínez, Isabel Rubio...). Desde Ikerbasque, gracias también a Julio Rodríguez-Arellano que aún sigue apoyándolo con colaboraciones conjuntas.

Finalmente, gracias a mi marido y a mis padres por el apoyo que me han dispensado en todo momento y, de forma acuciante, durante los últimos meses. Sin esta ayuda, este trabajo únicamente hubiera sido una declaración de intenciones. Un agradecimiento a mis hermanos y en general a toda mi familia que en ningún momento han dudado de mí y siempre me han apoyado. Un apartado muy especial se merecen mis hijos, Alain y Danel que con sólo 6 y 2 años han experimentado, mes tras mes, la recurrente falta de su madre... espero recompensaros. Gracias Danel, por sufrir el ajetreo en el embarazo y la lactancia, gracias Alain por, a pesar de tu corta edad, entender siempre tan bien mis ausencias. Y gracias a los dos por recibirme, a pesar de todo, con los brazos abiertos.

ÍNDICE

PARTE I: MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.....	19
Justificación del tema objeto de estudio.....	20
Estado actual de la cuestión y pertinencia del estudio.....	24
Motivaciones para indagar sobre la formación y las intervenciones psicoeducativas.....	27
Objetivos y estructura del trabajo.....	28
1. PERFIL COGNITIVO Y PSICOAFECTIVO DE LOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y ABORDAJE FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO O PSICOEDUCATIVO	30
1. 1. Los mayores y la demencia. Perfil cognitivo y psicoafectivo del usuario en las residencias.	31
1.1.1. Perfil cognitivo. Las demencias y otros trastornos relacionados.....	33
1.1.1.1. Clasificaciones de la demencia.....	34
1.1.1.2. Evolución de las demencias.....	39
1.1.1.3. Otros trastornos relacionados.....	43
1.1.2. Perfil psicoafectivo. Los Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias, los trastornos del estado de ánimo y otras patologías.....	44
1.1.2.1. Los Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias.....	45
1.1.2.2. Los trastornos del estado de ánimo.....	46
1.1.2.2.1. Los trastornos depresivos.....	47
1.1.2.2.2. Los trastornos de ansiedad.....	48
1.1.2.3. Otras patologías.....	49
1.2. El abordaje farmacológico.....	51
1.2.1. Clasificación de los psicofármacos según códigos ATC: tipos e indicaciones farmacológicas.....	55
1.2.1.1. Los antiepilépticos.....	55
1.2.1.2. Los antiparkinsonianos.....	57
1.2.1.3. Los antipsicóticos.....	59
1.2.1.4. Los ansiolíticos.....	62
1.2.1.5. Los hipnóticos y sedantes.....	64
1.2.1.6. Los antidepresivos.....	65
1.2.1.7. Los psicoestimulantes.....	67

1.2.1.8. Los medicamentos contra la demencia.....	68
1.2.1.9. Los relajantes musculares.....	69
1.2.1.10. Los antihistamínicos de uso sistémico.....	69
1.3. El abordaje no farmacológico o psicoeducativo.....	70
1.3.1. Gerontología y envejecimiento. La atención de las personas mayores en los centros residenciales desde un modelo biopsicosocial.....	71
1.3.2. Las intervenciones psicoeducativas en el medio residencial.....	77
1.3.2.1. Definición de intervención psicoeducativa.....	77
1.3.2.1.1. La psicoestimulación y la actividad física.....	79
1.3.2.1.2. El apoyo psicológico al residente.....	85
1.3.2.1.3. El control del medio o modificación del ambiente.....	90
1.3.2.1.4. La formación a las familias y al personal.....	96
2. LA FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES FORMALES E INFORMALES.....	97
2.1. Condicionantes para una formación efectiva de los cuidadores informales.....	98
2.1.1. En el medio comunitario.....	99
2.1.2. En el medio institucional.....	102
2.2. Condicionantes para una formación efectiva de los cuidadores formales.....	107
2.2.1. La necesidad de la formación y los factores motivacionales.....	114
2.2.2. Planificar la formación desde el enfoque de competencias.....	116
2.2.2.1. El concepto de competencia.....	117
2.2.3. Evaluación, transferencia e impacto de la formación.....	124
2.2.3.1. La evaluación de la formación.....	125
2.2.3.2. La transferencia e impacto de la formación.....	127
3. GESTIONANDO EL CAMBIO HACIA UN MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN	132
3.1. Introducción.....	133
3.2. La formación: eje esencial en las organizaciones y en sus procesos de cambio hacia la mejora.....	133
3.3. La formación como proceso integrado en la “cultura de centro”.....	136
3.3.1. El modelo farmacológico no integrado.....	144
3.3.2. El modelo psicoeducativo no integrado.....	145
3.3.3. El modelo integrado de atención.....	147

3.4. La formación como elemento protector ante el burnout.....	150
3.4.1. Aproximación teórica al concepto de burnout.....	150
3.4.2. El burnout y los cuidadores informales.....	151
3.4.3. El burnout como factor individual.....	154
3.4.4. El burnout como fenómeno organizacional.....	155

PARTE II: MARCO EMPÍRICO

4. JUSTIFICACIÓN.....	163
5. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	164
5.1. Objetivo general.....	165
5.2. Objetivos específicos.....	165
6. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	166
7. PARTICIPANTES.....	167
7.1. Residentes.....	167
7.2. Auxiliares y psicólogos.....	168
7.3. Residencias participantes.....	169
8. VARIABLES.....	169
8.1. Variables personales de los residentes.....	169
8.2. Variables personales de los auxiliares y psicólogos.....	171
8.3. Los programas psicoeducativos.....	171
8.3.1. La formación.....	171
8.3.1.1. La formación a las familias.....	171
8.3.1.2. La formación a los auxiliares.....	171
8.3.2. Las otras intervenciones psicoeducativas.....	172
8.4. Prescripción de psicofármacos en los residentes.....	172
8.5. Burnout en auxiliares y psicólogos.....	174
8.6. Otras variables del estudio.....	174
9. INSTRUMENTOS.....	174
9.1. Maslach Burnout Inventory (MBI).....	174
9.2. Cuestionarios contruidos “ad hoc”.....	176

9.2.1. Cuestionarios dirigidos a los psicólogos.....	176
9.2.1.1. Cuestionario sobre las intervenciones psicoeducativas.....	177
9.2.1.2. Cuestionario sobre la formación dada a las familias.....	177
9.2.1.3. Cuestionario sobre la formación dada a los auxiliares.....	178
9.2.2. Cuestionario dirigido a los auxiliares.....	179
9.3. Proceso de construcción de las herramientas.....	179
10. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO.....	184
10.1. Aspectos metodológicos generales.....	184
10.2. Aspectos metodológicos específicos y limitaciones del estudio.....	186
10.3. Fases del estudio empírico.....	189
11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	193
11.1. Análisis de los datos cuantitativos.....	193
11.2. Análisis de los datos cualitativos.....	193
11.2.1. Codificación del cuestionario dirigido a los psicólogos.....	194
11.2.2. Codificación del cuestionario dirigido a las auxiliares.....	199
11.2.2.1. Codificación de las cuestiones sobre competencias...	199
11.2.2.2. Codificación de las cuestiones sobre motivación.....	201
12. RESULTADOS.....	202
12.1. Características de la muestra.....	202
12.1.1. Residentes.....	202
12.1.2. Psicólogos.....	205
12.1.3. Auxiliares.....	206
12.1.4. Los centros participantes.....	206
12.2. Análisis realizados para la comprobación de hipótesis.....	214
12.2.1. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 1.....	214
12.2.2. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 2.....	216
12.2.3. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 3.....	218
12.2.4. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 4.....	219
12.2.5. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 5.....	220
12.2.6. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 6.....	221
12.2.7. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 7.....	222
12.2.8. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 8.....	222

12.2.9. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 9.....	223
12.2.10. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 10.....	224
13. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	224
13.1. Discusión de los resultados obtenidos sobre la relación entre la formación y las otras intervenciones psicoeducativas y la prescripción de psicofármacos...	224
13.2. Discusión de los resultados obtenidos sobre la relación entre la formación y las otras intervenciones psicoeducativas y el burnout.....	229
13.3. Síntesis de la discusión de los resultados y limitaciones del estudio.....	231
14. CONCLUSIONES.....	234
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	237
ANEXOS.....	284
Cuestionario sobre intervención psicoeducativa.....	285
Cuestionario “ad hoc” sobre formación dada a las familias.....	288
Cuestionario “ad hoc” sobre formación dada a los auxiliares.....	291
Cuestionario “ad hoc” sobre competencias, motivación y aplicabilidad al puesto de trabajo. 1º versión	294
Cuestionario “ad hoc” sobre competencias, motivación y aplicabilidad al puesto de trabajo. Definitivo	299
Consentimiento informado.....	304

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Esquema general del planteamiento de la investigación.....	29
Tabla 2. Contenidos, objetivo general y específicos de la psicoestimulación y la actividad física ...	79
Tabla 3. Metodología de la psicoestimulación y la actividad física.....	83
Tabla 4. Contenidos, objetivo general y específicos del apoyo psicológico al residente.....	86
Tabla 5. Metodología del apoyo psicológico al residente.....	87
Tabla 6. Contenidos, objetivo general y específicos del “control del medio” o modificación del ambiente.....	93
Tabla 7. Metodología del “control del medio” o la modificación del ambiente.....	95
Tabla 8. Contenidos, objetivo general y objetivos específicos de la formación a las familias.....	104
Tabla 9. Metodología de la formación a las familias.....	106
Tabla 10. Contenidos, objetivo general y objetivos específicos de la formación al personal.....	111
Tabla 11. Metodología de la formación al personal.....	112
Tabla 12. Niveles de dominio, indicadores y descriptores de la competencia “competencia resolutiva”.....	121
Tabla 13. Niveles de dominio, indicadores y descriptores de la competencia “autocontrol ante los SPCD”.....	122
Tabla 14. Niveles de dominio, indicadores y descriptores de la competencia “orientación hacia el modelo integrado de atención”.....	124
Tabla 15. Diagnósticos de los residentes de la muestra.	170
Tabla 16. Principios activos y código ATC de los psicofármacos de la muestra.....	173
Tabla 17. Resultados del análisis de la validez de contenido con jueces.....	181
Tabla 18. Resultados del análisis alfa de Cronbach.....	182

Tabla 19. Explicitación de las cuestiones en relación a las competencias de las auxiliares y explicación de su finalidad.....	183
Tabla 20. Datos relativos a la recogida de información clínica por centro.....	190
Tabla 21. Datos referentes a la recogida de los cuestionarios dirigidos a los psicólogos.....	191
Tabla 22. Participación en psicoestimulación y la actividad física de los residentes por centro.....	191
Tabla 23. Participación en la aplicación del MBI aplicada a los psicólogos.....	191
Tabla 24. Participación de los auxiliares en la aplicación del MBI y de los cuestionarios “ad hoc”.....	192
Tabla 25. Participación en la aplicación del cuestionario “ad hoc” aplicado a los psicólogos.....	192
Tabla 26. Codificación de las respuestas los cuestionario sobre formación.....	195
Tabla 27. Codificación del cuestionario sobre la formación dirigida a los auxiliares y a las familias.....	198
Tabla 28. Rúbricas y codificación del cuestionario sobre competencias.....	200
Tabla 29. Codificación de las respuestas del cuestionario sobre motivación.....	201
Tabla 30. Porcentajes de los diagnósticos médicos y grado de severidad de los residentes.....	203
Tabla 31. Número de psicofármacos pautados en la muestra según la tipología.....	204
Tabla 32. Puntuaciones directas de la aplicación del MBI a los psicólogos.....	205
Tabla 33. Puntuaciones directas de la aplicación del MBI a los auxiliares.....	206
Tabla 34. Número de plazas y ratio de personal de los centros participantes.....	207
Tabla 35. Años trabajados en los psicólogos de la muestra.....	207

Tabla 36. Años trabajados en los auxiliares de la muestra.....	208
Tabla 37. Rangos no paramétricos de la relación entre la dosis de lormetazepam y escitalopram y la tipología de centro.....	208
Tabla 38. Rangos no paramétricos de la relación entre la puntuación en el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal y la tipología de centro	209
Tabla 39. Dedicación profesional de los psicólogos por centro.....	210
Tabla 40. Dedicación a las intervenciones psicoeducativas por centro.....	210
Tabla 41. Porcentaje de participación de cada residente en psicoestimulación/actividad física...	211
Tabla 42. Respuestas al cuestionario “ad hoc” sobre intervención psicoeducativa.....	211
Tabla 43. Síntesis de las respuestas al cuestionario “ad hoc” sobre formación a los auxiliares...	212
Tabla 44. Síntesis de las respuestas al cuestionario “ad hoc” sobre formación a las familias.....	213
Tabla 45. Pruebas no paramétricas kruskal-Wallis de la relación entre las variables de diagnóstico y la tipología de centro con resultados estadísticamente no significativos	215
Tabla 46. Pruebas no paramétricas kruskal-Wallis de la relación entre las variables diagnóstico y la tipología de centro con resultados estadísticamente significativos...	216
Tabla 47. Pruebas no paramétricas kruskal-Wallis de la relación entre el número de psicofármacos prescritos por cada residente y la tipología de centro.....	217
Tabla 48. Pruebas no paramétricas kruskal-Wallis de la relación la relación entre la participación individualizada de cada residente en psicoestimulación y la prescripción de mirtazapina.....	218
Tabla 49. Esquema general de las hipótesis y la discusión de los resultados.....	233

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de intervenciones psicoeducativas.....	21
Figura 2. Modelo integrado de atención.....	22
Figura 3. Cambio en el modelo de atención en las residencias para personas mayores.....	74
Figura 4. Cambio de paradigma en relación a la conceptualización del envejecimiento.....	75
Figura 5. Aportaciones de la geriatría y la gerontología para un cuidado integral.....	77
Figura 6. Competencia de los cuidadores en el manejo de los SPCD.....	123
Figura 7. Proceso de formación en la organización.....	135
Figura 8. El papel de la formación en los tres modelos propuestos.....	143
Figura 9. Proceso seguido para el análisis de los datos cualitativos.....	194

INTRODUCCIÓN

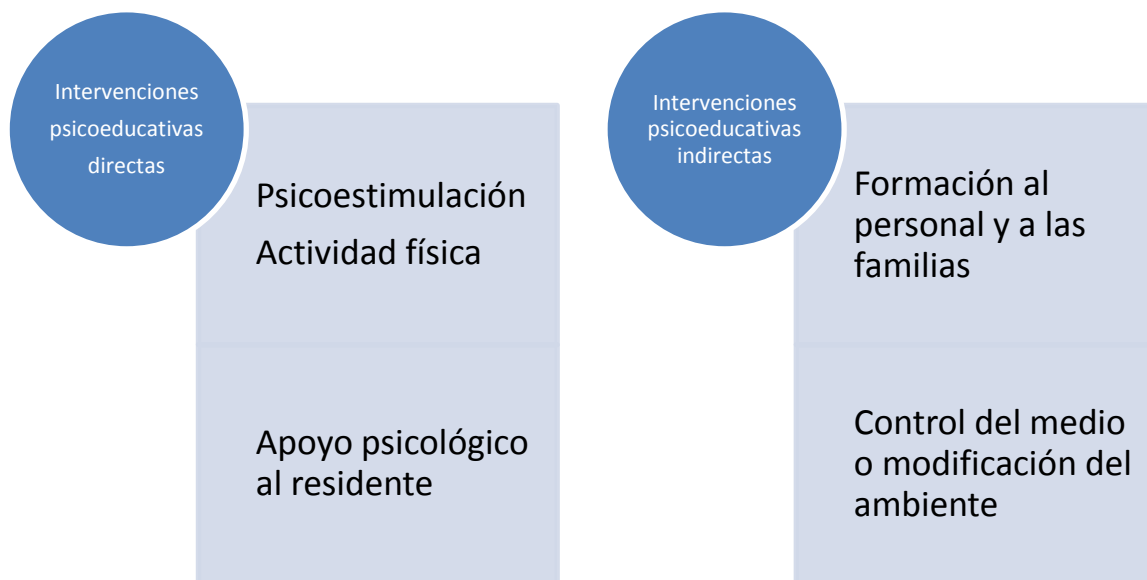
Justificación del tema objeto de estudio

La formación puede ser un bien preciado que, más allá de las aulas escolares y las universidades, puede ejercer un papel relevante en la calidad de vida de las personas. Esto cobra especial interés si además nos estamos refiriendo a un colectivo tan susceptible como es el de las personas mayores. A nivel organizacional y en concreto, en el medio residencial, puede tener un impacto sobre la convivencia y la tolerancia. Uno de los motivos más frecuentes de institucionalización es la presencia de trastornos de conducta que se producen como consecuencia de las alteraciones neuropsicológicas en los ancianos. Este colectivo suele presentar trastornos cognitivos asociados. A medida que el deterioro cognitivo es mayor aumenta la confusión, por eso, la importancia de comprender el manejo de estas y otras situaciones complicadas como son los cambios en el estado de ánimo, los estados de ansiedad, etc. La valoración exhaustiva del tipo y el grado de deterioro cognitivo que presentan las personas mayores puede permitir conocer su situación y sus características epifenoménicas, con lo cual, se puede realizar un plan de intervención más preciso. Sin embargo, se entiende que la valoración en sí misma no aumenta la calidad de la atención si no se acompaña de programas de intervención específica y de formación al personal en las residencias. La persona mayor sigue siendo un individuo activo en un ambiente activo y los trabajadores que interaccionan con estas personas también lo son. En la medida en que, a través de la formación, se logre que tanto cuidadores profesionales como los familiares comprendan qué es una demencia, sus causas y el origen de los distintos trastornos de conducta que manifiestan los mayores se puede conseguir un manejo de dichas conductas más humano, más reposado y comprensivo.

En los últimos años, las residencias con cierta frecuencia se encuentran inmersas en procesos de mejora de la calidad de la atención, sin embargo, podría no haberse realizado todavía un esfuerzo suficiente por aprovechar los beneficios de la formación en estas instituciones. En más ocasiones de las deseables a la formación se la ha contemplado como un mero elemento complementario, al que se recurre por muy diversas razones, distintas de un genuino interés por mejorar las estrategias para el manejo de situaciones complicadas y muy habituales en los centros como son los Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias (SPCD). Sin embargo, la formación puede constituirse como un elemento de suma importancia dentro de las intervenciones psicoeducativas llevadas a cabo en estos centros para personas mayores -las cuales se definen y desarrollan

en el capítulo 1-, entre las que se encuentran tanto las directas o dirigidas a los usuarios como las indirectas o dirigidas al personal, a las familias y al ambiente, tal y como se refleja en la figura 1.

Figura 1. Tipos de intervenciones psicoeducativas



Fuente: elaboración propia.

Las personas mayores presentan en la mayor parte de los casos pluripatología, deterioro cognitivo, trastornos de conducta, trastornos del estado de ánimo, etc. y deben de ser convenientemente atendidos y que se logre con ello una atención de calidad y un buen clima de convivencia del centro ya que la residencia debe velar por la salud de los residentes, tanto física como psicológica y social.

El trabajo del personal de atención a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), es decir, el trabajo de los auxiliares es de vital importancia en el bienestar del residente. Resulta esencial que estos trabajadores dispongan de conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para realizar convenientemente su trabajo.

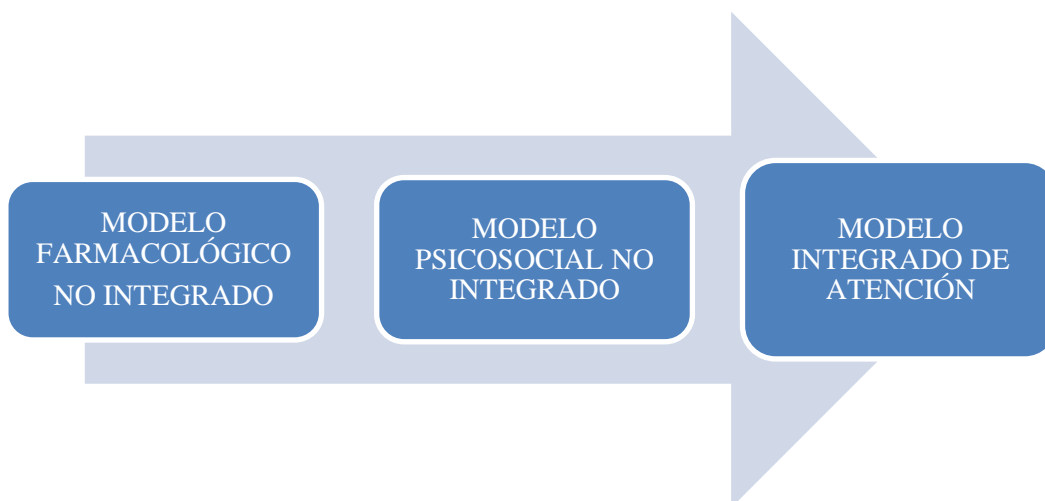
Además, las estrategias de manejo de todas estas conductas también pueden servir a las familias que visitan a los mayores en las residencias. Asimismo, unas adecuadas actuaciones pueden recalar en un clima de centro positivo, que permita que los centros sean lugares más acogedores, alegres, humanos y por consiguiente, modélicos por su buena praxis hacia las personas mayores.

En el presente trabajo se presenta un modelo denominado “modelo integrado de atención” y que sería, desde la perspectiva adoptada en el estudio, el más propicio para lograr todos estos objetivos. En contraposición, se presentan los denominados: “modelo farmacológico no integrado” y “modelo psicosocial no integrado”. En ambos, la formación se contempla como algo puntual, como una herramienta a la que se recurre, en cierta medida sistematizada pero sin ser prioritaria, de tal forma que no sea posible la interiorización de esta buena praxis como “cultura de centro”.

Tanto las intervenciones farmacológicas como las psicoeducativas por sí solas tienen sus limitaciones, por lo que conocer las aportaciones de cada una de ellas, según los casos, o en combinación, resulta fundamental.

El poder alcanzar un modelo integrado requerirá de un marco pedagógico adecuado que posibilite su buen funcionamiento facilitando tanto su comprensión como su puesta en marcha para el alcance de los resultados propuestos. Este modelo puede servir para tomar conciencia de la necesidad de la formación en las residencias. Los modelos se presentan en la figura 2.

Figura 2. Modelo integrado de atención



Fuente: elaboración propia

Además de realizarse un esfuerzo por la formación y, en esencia, por la mejora de las competencias del personal en las instituciones, ésta debe de ir acompañada por determinados factores facilitadores que permitan que la formación reporte beneficios. Entre ellos se encuentran los aspectos físicos y los sociales. Así, las instituciones deberán

proveer tanto de la infraestructura necesaria para un buen desempeño como de un clima de centro adecuado. El establecimiento de un buen clima en el centro supondría que tanto la dirección como el resto del personal colaboraran, trabajaran en equipo y se apoyaran en el día a día, reconociendo cada cual la labor del resto.

Los usuarios de las residencias tienen derecho a vivir, en la medida de sus posibilidades, una vida lo más normal posible y a tener la oportunidad de aprender y disfrutar del tiempo libre, la cultura, la comunicación y el descanso, sin ser automáticamente excluidos de este modo de vida por sus condiciones físicas, psíquicas, etc.

Además, es imprescindible también poder ofrecer una ayuda adecuada a cada familia en cada fase del cuidado, respondiendo así a las necesidades cambiantes de los allegados del paciente a lo largo de todo el proceso. Desde una intervención profesional se debe de tratar de evitar o reducir las alteraciones psicoemocionales que se puedan producir a partir momento de ingreso en la residencia, tanto en las personas mayores como, en sus familias.

Asimismo, también el personal del centro puede salir beneficiado de una intervención psicoeducativa dirigida a este colectivo. Los trabajadores deben afrontar día a día una situación de cuidado con muchas implicaciones emocionales por lo que disponer de espacios y recursos para juntarse, expresarse y compartir puede ayudar a generar apoyos que perduren a lo largo del tiempo y que pueden favorecer un clima positivo de trabajo, lo que, sin duda, puede significar un importante logro añadido para la organización.

El formar de forma continua a estos trabajadores en el manejo de las personas con demencia significa dotarlas de mayores recursos para afrontar el cuidado de las personas mayores y el manejo de los SPCD. Con la formación se puede lograr que el personal asimile todas estas estrategias, las haga suyas, y éstas lleguen a formar parte de su repertorio conductual habitual. De esta forma, las pueden aplicar a lo largo del tiempo. Dando lugar a que estas intervenciones supongan cambios perdurables y que favorezcan un trato humano y digno.

Lograr que estas personas interioricen las pautas de conducta a seguir y que lleguen a comprender los distintos factores asociados a su aparición es tarea ardua en muchas ocasiones. Además, sobre todo las familias, se sienten implicadas de forma muy personal en el repertorio conductual que manifiestan sus propios familiares. Los cuidadores profesionales también, en muchas ocasiones, fácilmente pueden interpretar las conductas alteradas como algo que tiene que ver con su propia persona y pueden llegar a mostrar actitudes defensivas que, consecuentemente, pueden dar lugar a nuevas conductas alteradas.

El que el personal sienta que posee estrategias suficientes para un buen desarrollo de su labor puede contribuir, además, a que manifieste menos sobrecarga al manejar con soltura las distintas situaciones problemáticas que se le van presentando en su trabajo cotidiano, por lo que se podría combatir de esta forma la presencia de burnout en el personal de atención. Si además a todo esto añadimos las modificaciones en el ambiente y la dotación de recursos mayores en la infraestructura, condiciones de trabajo y manejo adecuado del entorno físico en el afrontamiento de los SPCD, etc., estos efectos positivos pudieran verse multiplicados.

Estado actual de la cuestión y pertinencia del estudio

Las intervenciones psicoeducativas pueden ofrecer su pequeña o gran aportación, según los casos. En algunas ocasiones, podrían facilitar una mejora de la calidad de vida de los usuarios, personal o familias, y en otras ocasiones, podrían ser requeridas en primera instancia para el manejo de situaciones problemáticas. También, en muchos casos, la combinación del tratamiento farmacológico con dichas intervenciones podría ser el enfoque más adecuado de intervención.

Se hace necesario que desde la investigación se siga avanzando en el conocimiento de la eficacia de las distintas alternativas terapéuticas. Por ello, en el presente trabajo además de analizar la formación, se analiza la totalidad de las intervenciones psicoeducativas contempladas en los centros participantes en el estudio y su relación con la prescripción de psicofármacos y la presencia de burnout en el personal de atención, en concreto, en los auxiliares y en los psicólogos.

Son muy pocos los estudios que han contemplado la formación, la psicoterapia, el ejercicio físico, la psicoestimulación y las modificaciones en el ambiente de manera conjunta y que además, hayan tratado de explorar sus efectos en el nivel de burnout en la organización y la prescripción de los psicofármacos en los usuarios. Con frecuencia se han investigado cada uno de estos elementos de manera individualizada o, como mucho, la combinación de algunos de ellos. Además, los estudios que han querido demostrar los efectos de todos estos tratamientos, normalmente se han dotado de un grupo experimental y otro control desde una perspectiva de “laboratorio”, a diferencia del presente estudio más preocupado por la validez ecológica.

En palabras de Cohen-Mansfield, Dakheel-Ali, Jense, Marx y Thein (2012) el afecto, la conducta y la cognición pueden ser consideradas la base de las relaciones humanas y esto incluye la interacción bidireccional entre las personas. Estos autores defienden que las variables que normalmente se examinan de forma individual deben de plantearse en los estudios de manera más holística para entender mejor los trastornos de conducta en las personas con demencia. Desde este constructo multidimensional se pueden crear distintas estrategias de abordaje y desarrollar intervenciones para la mejora de la comunicación en la práctica con estos pacientes. En este estudio en el que participaron 185 cuidadores profesionales y 117 residentes con demencia se encontró una relación entre la satisfacción laboral y la conducta agitada.

En relación a la prescripción de psicofármacos, algunos autores como Tjia y Givens (2012) inciden en la necesidad de llegar a un consenso en la metodología de prescripción en el caso de los mayores dependientes que viven en residencias y que tengan una expectativa de vida limitada. Este consenso deberá establecerse teniendo en cuenta tanto el marco clínico como el ético para encontrar una relación adecuada riesgo-beneficio del medicamento y de forma que éste cumpla con los objetivos de atención. No obstante, se requiere de más investigaciones que exploren la realidad de la prescripción de psicofármacos en un ámbito tan concreto como las residencias para personas mayores donde numerosos agentes pueden ejercer un relevante papel; el manejo por parte del personal, de las familias y el ambiente que rodea a estos enfermos.

Esto es aún más significativo si se tiene en cuenta que dependiendo del nivel de recursos personales y de infraestructura de que estén dotadas las residencias, el número de psicofármacos prescritos a los residentes pudiera variar. En este sentido, Kleijer et al.

(2014) en un estudio realizado en un total de veinte residencias y con 1090 pacientes con demencia encontraron que había mucha variación en la prescripción de antipsicóticos, siendo ésta menos prevalente en residencias en las que se llevaban a cabo intervenciones centradas en el personal, en los cuidados personales y en las actividades recreacionales, concluyendo los autores que en los centros participantes había mucha variación en la cultura de prescripción de antipsicóticos.

A nivel de infraestructura hay estudios que han reflejado la relación entre las características del entorno físico y los trastornos de conducta como el llevado a cabo por Fleming y Purandare (2010). A nivel de recursos personales tampoco son numerosos los estudios que han incluido, en referencia al personal de las residencias, una exploración de los conocimientos, aptitudes y actitudes y sus efectos en los SPCD. En este sentido, Reuther et al. (2012) encuentran que, en una revisión de 432 estudios, sólo cuarenta y siete mostraron cambios en los trastornos de conducta de las personas mayores con demencia y, de ellos, sólo cinco mostraron la influencia de las competencias, actitudes y satisfacción en el trabajo del personal de la organización.

En relación a las intervenciones psicoeducativas cada vez son más numerosos los estudios que encuentran resultados positivos derivados de estas intervenciones (Vemooij-Dassen, Vasse, Zuidema y Cohen-Mansfield y Moyle, 2010). En relación al burnout, también parece necesario adoptar un enfoque multidimensional en el que también se incluya la formación. Un estudio que apoya este enfoque es el realizado por Ericson-Lidman (2013) en el que se resaltan los beneficios de la formación sobre qué es el burnout, síntomas del síndrome y, lo que es más importante, la transmisión de la idea a los cuidadores de que la conducta de los residentes no es intencional.

Por último, el contemplar el perfil competencial y los factores de aplicabilidad de la formación en el puesto de trabajo constituye una novedad más que puede ayudar a establecer planteamientos de intervención útiles en el ámbito de las residencias para personas mayores. Dichos planteamientos pudieran concretizarse en buenas prácticas potencialmente generalizables a otros centros, por lo que el impacto social sería reseñable, dado el elevado número de residencias existentes en la actualidad.

Motivaciones para indagar sobre la formación y las intervenciones psicoeducativas

La investigadora lleva ejerciendo como psicóloga desde hace doce años en dos residencias para personas mayores a jornada completa. Así se ofrecen servicios psicológicos a diecinueve usuarios en el primer centro y veintisiete en el segundo. Durante estos años la autora ha ido desarrollando nuevas iniciativas en sus centros de trabajo que han consistido, principalmente, en programas de formación dirigidos tanto a familiares como a cuidadores profesionales.

A pesar de la formación de base en psicología, el interés por los aspectos pedagógicos no ha hecho más que incrementarse a lo largo de este tiempo. La investigadora ha implantado durante todos estos años en estos centros nuevas iniciativas con las que ha desarrollado su labor de una forma muy personalizada hacia usuarios, familiares y personal con gran dedicación. La culminación de todo este proceso ha estado constituido por la presente investigación en la han participado 339 sujetos y a través de la cual se ha podido profundizar en más de 200 variables con las que se ha pretendido analizar si las distintas intervenciones psicoeducativas a través de la formación y otras estrategias terapéuticas desarrolladas por el profesional psicólogo en los centros, pueden tener un efecto relevante en el nivel de prescripción de psicofármacos a los residentes y en el nivel de burnout de los cuidadores.

Considerando que el presente proyecto puede constituir tanto una investigación novedosa como una iniciativa emprendedora, pretende contribuir a la puesta en práctica de modelos más humanos en la atención a las personas mayores.

Por último, se considera que existe utilidad, actualidad y alcance del tema ante nuevos marcos legales que existen y que pudieran llegar a aparecer respecto a las sujeciones físicas y químicas en los centros residenciales. Por lo que este estudio puede contribuir a la consolidación de las intervenciones psicoeducativas como herramientas capaces de favorecer praxis más acordes con un paradigma de “no sujeciones” que pueden poner mayor énfasis en prácticas más dignas para las personas mayores con demencia.

Objetivos y estructura del trabajo

En el primer capítulo se ha profundizado desde un punto prospectivo y retrospectivo en la realidad de las residencias para mayores en un sentido amplio, tanto en lo concerniente al usuario y familia como al personal. Así se han descrito qué intervenciones se llevan a cabo en las mismas, cual es el perfil de usuario más habitual, que tratamientos farmacológicos e intervenciones psicoeducativas se ponen en marcha en el día a día de los centros. Así, en este capítulo se aclaran importantes conceptos como el tratamiento farmacológico, las demencias, los Síntomas Psicológicos y Conductuales en las demencias (SPCD) y las intervenciones psicoeducativas.

En el segundo capítulo se ahonda en el concepto de formación y en el de perfil competencial. En el tercer capítulo, se explicita el concepto de formación describiendo como debe estar planificada en base a las necesidades y situaciones reales de cada organización. Por último, se analiza el concepto de “cultura organizacional” y lo que supone acercarse al paradigma que se pretende, en el que la formación también ha de tener un relevante efecto incluso en la reducción del burnout tanto del personal como de las familias.

En síntesis, la amplia documentación analizada en el marco teórico llevó a tomar conciencia del estado de la cuestión. A partir de ahí, se construyó el modelo teórico de partida y, posteriormente, el diseño metodológico. Con todo ello se pretendía conocer el papel de los programas psicoeducativos; programas de formación y de atención psicológica en los centros para mayores y, su relación con la prescripción de psicofármacos y con el burnout en el personal de atención (auxiliares y psicólogos). En la segunda parte del trabajo, la parte empírica, se explicita todo el trabajo realizado durante el desarrollo empírico de la investigación; cómo se ha realizado la recogida de datos, los instrumentos utilizados, qué resultados han sido derivados del análisis SPSS y del análisis cualitativo, la discusión de dichos resultados, conclusiones y las limitaciones del presente estudio. Además, se explica cuáles han sido las metodologías utilizadas y en base a qué se han elegido las mismas, intentando aclarar desde el inicio cuáles han sido los objetivos trazados y las hipótesis planteadas que han guiado el desarrollo del estudio. En la tabla 1 se presenta el esquema general de la investigación.

Tabla 1. Esquema general del planteamiento de la investigación

Título	Hacia un modelo integrado de atención en los centros residenciales para mayores. El papel de la formación y las intervenciones psicoeducativas y su relación con la prescripción de psicofármacos y el burnout en el personal de atención									
Objetivo general	Conocer el papel de la formación y otras intervenciones psicoeducativas en los centros para mayores y su relación con la prescripción de psicofármacos y con el burnout en el personal (auxiliares y psicólogos)									
Objetivos específicos	1. Conocer si se establecen diferencias entre los centros participantes en los diagnósticos médicos, la severidad de los trastornos, la frecuencia de trastornos del comportamiento y del estado de ánimo de los residentes.	2. Explorar la relación entre los programas de formación a las auxiliares y a las familias y la prescripción de psicofármacos	3. Estudiar la relación entre las otras intervenciones psicoeducativas y la prescripción de psicofármacos	4. Explorar el nivel de conocimiento que poseen las auxiliares sobre los SPCD, competencias para su manejo, el nivel de motivación y los factores facilitadores para la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo y su relación con la prescripción de psicofármacos.	5. Descubrir las características de los programas de formación a las auxiliares y a las familias y su relación con la prescripción de psicofármacos	6. Estudiar el nivel de burnout de los profesionales de la muestra (auxiliares y psicólogos)	7. Explorar el nivel de conocimiento que poseen las auxiliares sobre los SPCD, competencias para su manejo y nivel de motivación, la aplicabilidad y su relación con el burnout.	8. Explorar la relación entre el burnout y la prescripción de psicofármacos	9. Estudiar la relación entre la dedicación del psicólogo a la formación, el apoyo y el asesoramiento y la prescripción de psicofármacos.	10. Descubrir las características de los programas de formación a las auxiliares y a las familias y su relación con el burnout.
Marco teórico	Capítulo 1: Perfil cognitivo y psicoafectivo de los mayores institucionalizados y abordaje farmacológico y no farmacológico o psicoeducativo		Capítulo 2: La formación de los cuidadores formales e informales		Capítulo 3: Gestionando el cambio. Hacia un modelo integrado de atención					
Metodología	Análisis cuantitativo del cuestionario y de los datos de los informes médicos		Análisis cualitativo y cuantitativo de los cuestionarios		Análisis cuantitativo de los cuestionarios, de los informes médicos y de la información facilitada en las visitas sobre ratio del personal					
Herramientas	- Informes médicos - Cuestionario sobre intervenciones psicoeducativas aplicado a los psicólogos - Visita in situ a los centros		- Cuestionarios “ad hoc” sobre competencias, motivación y aplicabilidad de la formación aplicados a los auxiliares.		- Maslach Burnout Inventory (MBI) aplicado a los auxiliares y a los psicólogos. - Informes médicos - Cuestionario sobre intervenciones psicoeducativas aplicado a los psicólogos - Visita in situ a los centros					

Fuente: elaboración propia

**1. PERFIL COGNITIVO Y PSICOAFECTIVO DE LOS
MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y ABORDAJE
FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO O
PSICOEDUCATIVO**

1.1. Los mayores y la demencia. Perfil cognitivo y psicoafectivo del usuario en las residencias

El envejecimiento es un fenómeno social que afecta intensamente a los países desarrollados; entre ellos a España y, que especialmente afecta a nuestra Comunidad Autónoma. En nuestro territorio, el peso demográfico de las personas mayores no ha hecho más que incrementarse en los últimos años. Según estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (2014), se aprecia un aumento considerable del porcentaje de personas mayores de 64 años a partir del año 2000 tanto a nivel nacional como en el País Vasco (CAPV). En el año 2000 el porcentaje es similar en la CAPV y en el resto de España: 17,24% y 16,74%, respectivamente. Sin embargo, a partir de ese año las cifras aumentan en el caso del País Vasco. Así, en el 2014, los porcentajes son mayores en la CAPV, 20,90% frente a un 18,11% en el resto del estado. En cambio en el año 1990, un 12,14% de las personas en la CAPV son mayores frente a un 13,43% en el resto de comunidades. Este fenómeno aún es más acusado en el año 1975: 8,5% en la CAPV frente a un 10,44% a nivel nacional.

La gran mayoría de los autores entienden por población envejecida, la proporción de personas entre 64 años y más en el conjunto de la población. Estas cifras, están resultando tan elevadas en las últimas décadas que se requiere de medidas de asistencia para las personas mayores cada vez de mayor envergadura. A través de los estudios demográficos se pretende la profundización en la proporción existente entre los diferentes grupos de edades de una sociedad concreta. Ésta es una realidad de evolución lenta y, por tanto, previsible y cuantificable. Así, las políticas sociales intentan abordar este fenómeno mediante decisiones y actuaciones que se van poniendo en marcha sucesivamente. Es constante el debate sobre el futuro de las políticas sociales. Los factores que se encuentran en la raíz del fenómeno del envejecimiento, son entre otros: aumento de la esperanza de vida, descenso de la fertilidad y la emigración. Por un lado, las mejoras sanitarias experimentadas en los países europeos durante las últimas décadas han permitido una disminución progresiva de la mortalidad. De esta forma, se ha producido un incremento progresivo de la esperanza de vida que ha afectado especialmente a los grupos de mayor edad ya que la disminución de la mortalidad infantil se ha visto numéricamente neutralizada por el descenso de fecundidad. A su vez, los saldos migratorios o el diferencial entre el número de personas que emigran del país y el número de personas que

inmigran en ese mismo país, y las edades de los migrantes, en ocasiones, pueden equilibrar e incluso rejuvenecer sociedades envejecidas. Sin embargo, esto en la actualidad no ha podido frenar el incremento progresivo de la población resultando este flujo insuficiente para equilibrar los otros dos factores: la baja tasa de fertilidad y el incremento de esperanza de vida. Las proyecciones demográficas se construyen a partir de una pirámide de edades conocida, las pirámides de edades para los años posteriores, el índice de natalidad, de esperanza de vida y los flujos migratorios que se esperan para los próximos años. Así, según las estadísticas consultadas del Instituto Nacional de Estadística (2014), la población residente en España a 1 de enero de 2014 es de 46.507.760 y la prospectiva para el año 2029 sería de 45.484.907 de personas así como, por ejemplo, para el año 2064 sería de 40.883.832 personas. Se estima que en este periodo de tiempo, los nacimientos no se incrementarían y las defunciones si lo harían. Las defunciones proyectadas para el año 2014 ascienden a 395.196 personas, en el año 2019 a 411.392 personas y a 559.857 personas en el 2064. Las emigraciones al extranjero también aumentarían presentando, en el mismo orden, las siguientes cifras: 417.191, 288.152 y 245.903. Sin embargo, las inmigraciones del extranjero se mantendrían en las tres fechas con la misma cifra de 332.522.

En general, se pueden establecer tres grupos de personas mayores según las necesidades asistenciales. En primer lugar, puede hablarse de un grupo constituido por personas con buena salud y buen nivel de autonomía que no precisan de dichos servicios. Hacia este grupo van dirigidas muchas iniciativas de promoción de la salud y envejecimiento activo y saludable. Un segundo grupo, estaría conformado por personas con problemas de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, principalmente en las instrumentales como el uso de transporte público, efectuar la compra con las actividades domésticas, etc. Estas personas comienzan a necesitar distintos servicios de atención y según sea su nivel de apoyo familiar y social requieren de mayores recursos asistenciales o de todo lo contrario. Por último, un tercer grupo de personas serían las que ya son dependientes en las actividades básicas de la vida diaria (higiene personal, vestido alimentación, etc.). Este grupo requiere de una alta intensidad de servicios que, al igual que el otro grupo en función de los apoyos informales, estado de salud, grado de dependencia, etc., podría mantenerse en su propio domicilio o, en otro tipo de asistencia como los centros de día, centros residenciales, etc.

Tradicionalmente, el servicio de cuidado y atención a las personas mayores dependientes ha sido desarrollado por la familia, y en especial, por la mujer en el seno de la misma, constituyendo toda una red informal de cuidados. Los cambios socioeconómicos, entre los que destaca la incorporación de la mujer al mundo laboral remunerado extra-domiciliario, han cambiado radicalmente esta realidad. Ante esta situación, emergen otra serie de servicios profesionales e institucionales. Todas estas transformaciones sociales en el ámbito de la familia, como la reducción del tamaño medio familiar, el aumento de las parejas sin descendencia con la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, etc. son señaladas por diversos autores como importantes factores que ejercen su papel en el aumento de la dependencia en las últimas décadas. Así, algunos autores como Abellán, Catalán, y Pérez (2011), entienden que en la población española, la forma tradicional de ejercer el cuidado de las personas mayores ha cambiado debido a los nuevos roles de género.

Los deterioros cognitivos que genera la demencia junto con los cambios en el estado anímico y en el comportamiento del paciente provocan un efecto significativo en el sistema familiar, por lo tanto, la demencia acaba afectando a la persona que la padece pero también a su medio más próximo tal y como señalan Vitiliano, Murphy, Young, Echevarría y Borson (2011). Ante esta realidad muchos mayores ingresan en residencias para mayores.

1.1.1. Perfil cognitivo. Las demencias y otros trastornos relacionados.

En el presente apartado se introduce sucintamente el concepto de demencia y sus principales formas de clasificación. El término “demencia” ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia, siguiendo una evolución parecida a la mayoría de los términos psiquiátricos. La descripción de los trastornos cognitivos se ha ido haciendo más precisa. La propia evolución del conocimiento científico ha producido en los últimos 150 años un salto cualitativo en la comprensión de este concepto. De esta forma, se ha pasado de designar de una manera general a cualquier trastorno mental grave a circunscribirlo en un síndrome adquirido concreto según sea el déficit cognoscitivo producido.

“La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro adquirido que afecta a más de un dominio cognitivo, que representa un declinar respecto a un nivel previo y que es lo bastante grave para afectar al funcionamiento personal y social. En la mayoría de los casos se añaden síntomas conductuales y psicológicos” (demencias.G.d., 2010: 30).

1.1.1.1. Clasificaciones de la demencia

A pesar de ser un concepto tan amplio hay una serie de criterios diagnósticos para poder definirlo. En general, se recomienda usar los criterios clínicos de la CIE-10 publicados por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992 para el diagnóstico de demencia (demencias.G.d., 2010). Otra clasificación diagnóstica es la del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-5, en su más reciente versión. Pujol y de Azpiazu (2015) reflexionan sobre estas diversas formas de clasificación y concluyen que la CIE-10 o el DSM-IV son los criterios más operacionales.

Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez (2014), aluden a algunas controversias que han tenido lugar desde la publicación del DSM-5 en los últimos años. El motivo más importante para esta falta de consenso es el aumento de diagnósticos psiquiátricos, así como una exigencia menos estricta para los criterios diagnósticos que en las categorías antiguamente existentes.

Tal y como refleja la American Psychiatric Association (2013), la demencia se relaciona con una condición médica general, lo que incluye las enfermedades degenerativas, enfermedades vasculares, infecciosas, carenciales, neoplásicas, etc. pero excluye los trastornos psiquiátricos como la depresión u otros trastornos afectivos. Las tipologías de demencia son muy extensas. A continuación, se presenta una breve aproximación a las mismas, ya que de otra manera, el nivel de complejidad podría resultar desmesurado para el fin pretendido en el presente epígrafe.

Las demencias se pueden clasificar desde diferentes puntos de vista y formas. Algunas de ellas están ya obsoletas, como la clasificación según la edad de inicio en demencia (senil/presenil) o, atendiendo a su pronóstico, (reversible/no reversible). Según Singh (2012) entre las distintas clasificaciones de demencia destaca la clasificación de Lyketsos, la cual, divide a las demencias en reversibles, no progresivas o progresivas.

En el presente estudio, se ha contemplado la clasificación de las demencias desde una perspectiva etiológica, siendo similar a la que señalan autores como Matellanes, Díaz y Montero (2010). Estos autores afirman que según su origen, los diversos tipos de demencia pueden tener causas diferentes y que los diferentes estudios proponen un amplio abanico de causas generales de demencia, con múltiples variantes que, de forma independiente o de forma combinada, dan lugar a manifestaciones demenciales de diversa

gravedad. De esta forma, se clasifican las demencias causadas por procesos degenerativos, por enfermedad vascular, por agresión neurológica, por infecciones, por tóxicos, por masas cerebrales, por alteraciones metabólicas, por hidrocefalia, etc.

La palabra “etiología” ha sido matizada por algunos autores como Nitrini y Dozzi (2012:79) estableciendo que “la clasificación más utilizada se basa en las enfermedades que causan el síndrome demencial, que puede ser llamada clasificación etiología, o más apropiadamente nosológica, ya que no sabemos la etiología de muchas enfermedades”. Esto es debido a que en más ocasiones de las deseadas resulta muy complicado encontrar un correlato fisiológico de lo que se percibe en la clínica, es decir, la sintomatología no siempre y, en todos los casos, se correlaciona con una base fisiológica perfectamente clara. En algunas ocasiones, los investigadores han tratado de encontrar correlaciones clínico-patológicas de las demencias sin éxito. Por poner un ejemplo aclaratorio, en el caso de la demencia cuerpos de Lewy pudiera, en algunos casos, encontrarse pacientes que han presentado dicho diagnóstico en vida y, posteriormente, en un análisis postmortem pudiera ocurrir que no se encontraran de forma concluyente una base fisiológica firme para dicho diagnóstico. Pudiera, además, darse el caso contrario, pacientes con alta carga amiloide en el cerebro en un análisis postmortem que no mostraran en vida un cuadro sintomático acorde, en igual medida, con tal lesión cerebral. Así, los diagnósticos de demencia son presentados como “probables” o “impresiones diagnósticas” ya que, además, se necesitarían análisis postmortem para intentar confirmar algunos de ellos. Esta es la razón por la que los diagnósticos muy frecuentemente son etiológicos “etiológicos de probabilidad” pues la certeza del diagnóstico frecuentemente se encuentra en un examen neuropatológico. Aun así, estas exploraciones no están exentas de limitaciones (Sawa, Wharton, Path, Ince y Forster, 2009).

Hoy en día, se dispone de una metodología específica y bien consensuada que permite la clasificación de la demencia. A pesar de que la investigación en el campo de la psiquiatría, neurología y de las neurociencias en general avanza de manera extraordinaria, se alude a una falta de pleno conocimiento sobre los mecanismos cerebrales exactos que se encuentran en el origen de algunos tipos de demencia y en la manifestación de cierta sintomatología. No obstante, sin duda, estas clasificaciones son útiles y están bien consolidadas.

Diversos autores han profundizado en la clasificación de las demencias con enfoques más clásicos y más actuales (Morris, 1996; Emre, 2009). De esta manera, existen diversos enfoques de la clasificación etiológica de las demencias, cada vez más exhaustivas. No obstante, algunos autores como Snowden (2010) enfatizan que la demencia se presenta como una constelación de déficits, los cuales, corresponden con distintas áreas cerebrales que se encuentran alteradas. Por lo tanto, la noción de demencia como un deterioro intelectual generalizado debe ser abandonada.

Como señala Gustafson (1992:16-20), la clasificación sueca establecida por consenso presenta tres grandes categorías etiológicas: “demencias degenerativas primarias”, “demencia vascular” y “otras demencias secundarias”. Además, otras clasificaciones consideran tres grandes categorías etiológicas: demencias degenerativas primarias, secundarias y demencias mixtas o combinadas.

Las demencias degenerativas primarias se definen comúnmente como aquellas demencias cuyo origen está en un trastorno que afecta de modo primario, aunque no excluyente, al sistema nervioso central. En general, las enfermedades degenerativas cerebrales son muy frecuentes y entre ellas destaca la Enfermedad de Alzheimer. Cada demencia degenerativa tiene un correlato fisiológico concreto, es decir, una topografía concreta a nivel cerebral. La anatomía patológica es variable, de esta forma, muchos procesos degenerativos cerebrales se asocian con determinados marcadores histopatológicos en las regiones cerebrales afectadas. Aunque la investigación centrada en el origen de estas enfermedades es profusa y ha avanzado mucho durante los últimos años, en la actualidad en distintos casos, las causas son desconocidas habiéndose identificado formas hereditarias y otros factores predisponentes en la mayoría de las demencias degenerativas. Además, los factores ambientales tienen gran importancia ya que funcionan, principalmente, como importantes variables en la expresión de la carga genética. Normalmente, las demencias degenerativas primarias se suelen clasificar en corticales y subcorticales, entre estas últimas, se encuentran, entre otras, la enfermedad de Parkinson y la Parálisis Supranuclear Progresiva. Por último, hay que señalar las demencias degenerativas corticales-subcorticales como la demencia con cuerpos de Lewy, y otras.

Las demencias vasculares también son muy frecuentes y la clave para diferenciarlas de las degenerativas primarias suele encontrarse en la presentación y en el curso de la

enfermedad. Las demencias vasculares pueden incluir un inicio brusco, evolución fluctuante, síntomas neurológicos focales y presencia de factores de riesgo vascular (hipertensión, diabetes mellitus, etc.). Las demencias vasculares normalmente se clasifican en demencia multiinfarto y demencia por infarto estratégico (ambas clasificaciones corresponden a la CIE-10). Actualmente, se considera a los infartos cerebrales múltiples como una de las varias causas que pueden terminar conduciendo a una demencia. La presentación clínica de la demencia multiinfarto depende de la localización y número de infartos por lo que los déficits que presentan las personas con este tipo de demencia son variables. Sin embargo, en la demencia por infarto estratégico se presenta un deterioro cognitivo secundario a determinadas lesiones en zonas bien circunscritas. Estos infartos pueden tener una localización cortical como subcortical y la gravedad de la sintomatología dependerá del grado de afectación cerebral producido por la lesión que, a su vez, puede ser de origen hemorrágico o isquémico. Así, por ejemplo, un infarto en la arteria cerebral media suele asociarse a daños severos. En el caso de que el origen sea isquémico, las características clínicas de la afectación cognitiva dependen de la localización de las áreas de isquemia, bien sea cortical o subcortical. La demencia por isquemia-hipoxia se produce por una reducción del aporte de oxígeno al cerebro. Si la hipoxia es prolongada se produce una pérdida neuronal permanente que suele asociarse con infartos en los territorios de las grandes arterias, etc. También en la demencia que ocurre a consecuencia de lesiones residuales tras un proceso hemorrágico, la clínica dependerá de la zona lesionada. La demencia por enfermedad de pequeños vasos, una de las etiologías más frecuentes de la demencia vascular, a su vez puede dividirse en dos subtipos: subcortical y cortico-subcortical. Otro diagnóstico relacionado con la demencia vascular es el que presentan las personas que padecen demencia vascular pero, además, una demencia primaria, habitualmente, demencia tipo Alzheimer. Distintos estudios han profundizado en las bases neurofisiológicas de este diagnóstico (Okamoto et al., 2009; Sinka, Kövari, Gold, Hof y Hermann et al., 2010).

Las demencias secundarias se pueden producir por un gran número de procesos patológicos intra o extracerebrales, de etiología conocida y diversa. En ocasiones, estas demencias pueden resultar reversibles. Su frecuencia es reducida en relación con los otros dos grandes grupos de demencias (primarias y vasculares).

El listado de demencias secundarias es muy extenso, entre ellas se encuentran las demencias de origen metabólico-endocrino, de origen infeccioso, demencia asociada a alteraciones psiquiátricas, demencia por traumatismos craneales, demencia de origen tóxico y las demencias inflamatorias o autoinmunes. De esta manera, en este grupo se encuentran entre otros diagnósticos, la hidrocefalia, las neoplasias cerebrales, las demencias carenciales, etc. Así, dentro esta clasificación, se incluyen numerosos diagnósticos siendo la demencia secundaria un tipo de demencia causada por procesos patológicos sistémicos o intracerebrales de etiología bien definida y no degenerativa por lo que un porcentaje de ellas es tratable y potencialmente reversible. Sin embargo, no es infrecuente la coexistencia de una causa de demencia secundaria y una demencia degenerativa, siendo la primera la precipitante de unos síntomas ya existentes.

Como se puede apreciar, el clasificar las demencias puede resultar un poco complejo. A esto se le suma el diagnóstico de “demencia no clasificada”. Algunos autores como Gutierrez, Jimenez, Alonso y Saenz de Santamaría (2009), destacan la frecuencia con la que se encuentran este tipo de demencia en la realidad de los centros residenciales. Estos autores realizan un estudio epidemiológico transversal sobre una población de 215 ancianos institucionalizados en tres centros residenciales. Encuentran que el 34,4% había sido diagnosticado de demencia, siendo la causa más prevalente la enfermedad de Alzheimer (20,9%). Alrededor del 76% de los sujetos presentaban algún grado de deterioro cognoscitivo y uno de cada tres residentes fue diagnosticado de demencia. Según los resultados obtenidos por estos autores, aproximadamente el 40% de los ancianos ingresados con problemas cognoscitivos no tienen un diagnóstico claro del síndrome demencial ni de la causa de éste.

Además, algunos estudios también han encontrado un alto porcentaje de demencia en los mayores institucionalizados. Un estudio transversal, observacional y multicéntrico con residencias pertenecientes a todas las comunidades autónomas realizado por López et al. (2009), incluyó un total de 852 ancianos institucionalizados y encontró una prevalencia global de demencia del 61,7%. La enfermedad de Alzheimer se presentó con una prevalencia del 16,9% y la demencia vascular supuso el 7,3%.

En la actualidad, las clasificaciones son útiles para comprender y clasificar las diferentes enfermedades. No obstante, nuevas enfermedades o nuevos mecanismos de enfermedades mejor conocidas aparecen con frecuencia (enfermedades

neurodegenerativas). Pudiera ser probable que en los próximos años se produzca un cambio progresivo en la clasificación y en la categorización de dichas enfermedades.

1.1.1.2. Evolución de las demencias

Distintos estudios han tratado de analizar la evolución de los diferentes tipos de demencia, entre ellos, el llevado a cabo por Smits et al (2014). La trayectoria del deterioro cognitivo es diferente según se analice un tipo de demencia u otro. Además del diagnóstico concreto es vital señalar el nivel de gravedad. Estudios como el realizado por Clark y Ewbank (1996) ayudaron a establecer una herramienta ampliamente utilizada como es la *Dementia Rating Scale (DRS)*. Esta herramienta analiza cómo la demencia pasa por diferentes estadios, iniciándose con un deterioro leve y pasando progresivamente a un grado moderado y finalmente grave. Se ha aludido a una falta de precisión y de consenso sobre cuando un deterioro es considerado como “avanzado” o “grave”.

Un poco mejor definido está cuando un deterioro es considerado como “leve” o “moderado”. Existe una amplia terminología empleada para definir la gravedad de la demencia: “demencia grave”, “demencia evolucionada”, “deterioro cognitivo grave”, “deterioro incipiente”, “deterioro cognitivo leve/muy leve”, etc. Algunos aspectos que influyen en la falta de precisión del término son entre otros: el grupo de comparación sobre el que se considera la severidad, ya que, por ejemplo, no es lo mismo una persona mayor con deterioro que vive en la comunidad o que está ingresado en un centro geriátrico, el propósito de la clasificación o el propio profesional que establezca el diagnóstico. Diferentes autores han utilizado distintos instrumentos para realizar este estadiaje. Entre ellos se pueden destacar, a modo de ejemplo, algunos de los más frecuentemente utilizados en el medio residencial: el *Mini-Mental State Examination (MMSE)* y la ya mencionada *Dementia Rating Scale (DRS)*.

Teniendo en cuenta que cuando una persona padece demencia, a nivel cognitivo puede existir un deterioro global de las funciones, ya que éstas se encuentran afectadas en mayor o menor medida, se considera importante discriminar entre distintos grados de severidad como: leve/muy leve, grave/muy grave, etc. Al inicio de lo que se considera “deterioro cognitivo grave”, existe todavía un funcionamiento cerebral que permite a la persona, por ejemplo, el realizar tareas simples o mantener un cierto grado de integración con otras personas en el ambiente que le rodea. Estas capacidades se van perdiendo a medida que la demencia avanza. De igual manera, la persona que padece una demencia

incipiente, todavía puede realizar numerosas labores en su vida diaria como algunas actividades básicas de la vida diaria o incluso instrumentales. Sin embargo, estas capacidades se van paulatinamente deteriorando a medida que se avanza hacia una demencia en grado moderado. Todos estos aspectos son de vital importancia a la hora de plantear tanto una evaluación eficaz de las capacidades cognitivas conservadas como programas de intervención adaptados a las características concretas de cada usuario. De ahí se deriva la importancia de realizar un diagnóstico concreto.

El proceso diagnóstico suele partir de una sospecha de deterioro cognitivo, ya sea por parte del enfermo como de su familia o del médico de atención primaria, etc. El sanitario correspondiente descarta, en ese momento, otras posibles causas de deterioro cognitivo antes de hacer un diagnóstico de demencia, para ello, recoge toda la información necesaria para saber si el paciente cumple los criterios clínicos de demencia y de sus subtipos. Los datos obtenidos mediante la anamnesis, exploración clínica y neuropsicológica permiten hacer un diagnóstico sindrómico (deterioro cortical/subcortical, frontal, parietotemporal, etc.) y, a partir de éste, junto con los resultados y otras pruebas complementarias, el sanitario realiza el diagnóstico definitivo.

Entre los síndromes demenciales, la enfermedad de Alzheimer (EA) es, con diferencia, el tipo de demencia más comúnmente conocido. La EA es un trastorno neurodegenerativo que produce un deterioro progresivo de la función cognitiva originando una afectación funcional. Es la forma más conocida de demencia. En gran parte de los enfermos la demencia comienza con cierta pérdida de memoria a la que sigue una progresiva desaparición de otras funciones cognitivas y alteraciones de la conducta. A medida que la enfermedad evoluciona otros dominios cognitivos se ven afectados.

El curso de la enfermedad es gradual y progresivo y la independencia y autonomía del enfermo, a medida que la enfermedad avanza, se va resintiendo, por lo que la evolución de la enfermedad también provoca, en muchos casos, sobrecarga a los cuidadores. Así, la EA, en ocasiones, ha sido denominada “la enfermedad de los dos pacientes”. De esta forma, la dependencia que presenta el enfermo se va haciendo progresivamente mayor. Inicialmente, son afectadas las actividades instrumentales de la vida diaria como la capacidad para usar el teléfono, manejar el dinero o preparar la comida, y posteriormente, las actividades básicas de la vida diaria como comer por sí mismo, lavarse, vestirse, etc. Durante los primeros estadios a nivel cognitivo puede estar presente la desorientación

temporal/espacial. También el deterioro puede implicar en los primeros estadios, en mayor o menor medida, el lenguaje, la atención, la resolución de problemas y las habilidades visuoespaciales. Conductualmente, en las formas incipientes suelen presentarse síntomas como la irritabilidad/ansiedad/depresión. En estadios posteriores de la enfermedad, estas personas disminuyen sus facultades necesitando cada vez una mayor supervisión para la realización de las actividades cotidianas. Con el curso de la demencia, los enfermos pueden presentar también conductas delirantes, agitación, agresividad etc., siendo frecuente el rechazo a los cuidados. Finalmente, estos enfermos pueden acabar por no reconocer las caras familiares, incluso, ni a ellos mismos. Pueden sufrir pérdida severa de las habilidades verbales, pudiendo llegar al final sólo emitiendo únicamente gruñidos o monosílabos. Pierden también el control de los esfínteres y pueden presentar problemas en la alimentación como los problemas de deglución. Pueden perder las habilidades motoras básicas, la capacidad para la marcha y el equilibrio y permanecer encamados durante la última etapa.

En lo que respecta a la evolución de otros tipos de demencia, en primer lugar, en la degeneración lobular frontotemporal (demencia frontotemporal), la demencia de cuerpos de Lewy y las demencias asociadas a la enfermedad de Parkinson suelen tener también una evolución hacia el empeoramiento progresivo, pudiendo aparecer en algunas de ellas, alteraciones motoras, disfunción autonómica y alteraciones de conducta.

Respecto a estos tres tipos de demencia, Matellanes et al. (2010) establecen que, en primer lugar, la demencia frontotemporal es un término clínico que cubre un grupo heterogéneo de enfermedades neurodegenerativas tanto esporádicas como familiares y, que acuerdo con la forma de presentación clínica, pueden distinguirse dos tipos: las de predominio temporal, asociadas principalmente a alteraciones del lenguaje o de la percepción y, las de predominio frontal, caracterizadas por cambios de personalidad y conducta. Algunos autores como Rascovsky y Grossman (2013) y Chare, Hodges, Leyton, McGinley y Tan (2014) aluden a las controversias en la clasificación de estos diagnósticos. Casi todos los pacientes cursan con un cambio progresivo de la personalidad, pérdida de la capacidad de juicio y disfunción ejecutiva. En lo que se refiere a la prevalencia, la cifra varía desde un 3% a un 40% de todos los casos de demencia. En segundo lugar, respecto a la demencia de cuerpos de Lewy, establecen dicha prevalencia en torno a un 12-36%, destacando el deterioro de las funciones superiores frontales, como la pérdida de fluidez verbal y la alteración de las funciones ejecutivas, y parietales como el

deterioro de las funciones visuoespaciales y visuoespaciales. Destacan con frecuencia las alucinaciones que a veces constituyen la manifestación inicial, también pueden aparecer otros trastornos como el delirio paranoide, la ansiedad o la depresión. Además, el parkinsonismo también suele manifestarse en algún momento de la evolución de la enfermedad. En tercer lugar, respecto a la enfermedad de Parkinson, señalan que el diagnóstico se basa en la identificación de algunas combinaciones de signos y síntomas motores cardinales, lo cual a veces resulta especialmente complejo ante la presencia de parkinsonismos atípicos y secundarios. Una buena proporción de pacientes desarrollan alteraciones cognitivas que pueden desembocar en una demencia en etapas más avanzadas de la enfermedad. En lo que se refiere a la prevalencia, algunos autores como Lertxundi et al. (2014) la sitúan como la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente por detrás de la enfermedad de Alzheimer, destacando además, la alta complejidad del manejo farmacológico de esta enfermedad debido a las altas fluctuaciones en el estado del paciente que pueden presentarse a consecuencia de cambios en la medicación, omisiones o retrasos.

En el caso de la evolución de la demencia vascular, pueden encontrarse en el progreso de la enfermedad períodos más o menos largos de estabilidad, siempre que no ocurra un nuevo evento vascular o se trate de una demencia mixta ya que, en ese caso, el deterioro progresivo puede resultar similar al de otras demencias degenerativas. La demencia vascular es un grupo heterogéneo de trastornos entre los que se encuentran la demencia multiinfarto, la demencia por infarto en zonas estratégicas y otros trastornos, siendo habituales los antecedentes de factores de riesgo vascular. Las lesiones vasculares pueden ser de origen isquémico o hemorrágico y, algunas de ellas, causan demencia o deterioro cognitivo grave.

Por último, y en lo que se refiere a los SPCD presentes en las demencias, diversos autores como Wetzels, Zuidema, Jansen, Verthey y Koopmans (2010) han analizado la evolución de los SPCD encontrando que, concretamente, en los residentes institucionalizados el curso es muy heterogéneo aunque los datos están sujetos a diferentes limitaciones metodológicas encontradas.

1.1.1.3.Otros trastornos relacionados

Asimismo, a continuación se hará referencia a otros diagnósticos como el delirium, la epilepsia, el retraso mental, la esclerosis múltiple, la enfermedad de motoneurona y la Parálisis Supranuclear Progresiva.

El delirium es presentado como un síndrome que implica un agudo y fluctuante deterioro de las funciones cognitivas superiores. Estudios como el de Klnouye, Westendorp y Saczynski (2013) se han centrado en el delirium en las personas mayores. También el de Gutiérrez et al. (2013), quienes analizaron 505 sujetos mayores de 65 años institucionalizados en seis residencias y detectaron una prevalencia de delirium del 11,70%. Otros estudios han encontrado valores de prevalencia similares como el realizado por Lange, Verhaak y van der Meer (2013).

La epilepsia también es frecuente en la población geriátrica. Marín, (2009:12) señala que “en contra de opiniones más o menos extendidas, las personas mayores representan el grupo etario con mayor incidencia de epilepsia (...) Las cifras de prevalencia oscila entre el 0,7 y 1,5/1000 personas mayores de 60 años. Alrededor del 10% de los ancianos ingresados en residencias recibe un tratamiento antiepiléptico”. Estos autores afirman que a diferencia de los pacientes jóvenes, la epilepsia en las personas mayores es predominantemente sintomática o secundaria.

Respecto al retraso mental, algunas personas con este trastorno, cuando llegan a mayores son ingresados en residencias geriátricas. En el estudio Martínez et al. (2011:407-409), definen la discapacidad intelectual, antes denominada “retraso mental” como “un metasíndrome caracterizado por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en el aprendizaje” cuya prevalencia en España “supone más de 400.000 personas afectadas”. En este estudio participaron 111 sujetos y en la muestra se encontró que “los trastornos afectivos (8,4%) y los trastornos psicóticos (9,2%) están altamente presentes”.

Respecto a la esclerosis múltiple, también cursa con deterioro cognitivo asociado a los procesos desmielinizantes (Lucchinetti, Bogdan, Popescu, Bunyan y Moll, 2011). Así, muchos pacientes con esclerosis múltiple desarrollan un deterioro cognitivo a medida que avanza la enfermedad, lo que junto a los rasgos subcorticales, caracteriza su evolución. El

diagnóstico se lleva a cabo a través de la exploración neuropsicológica y las técnicas de imagen como la tomografía computarizada o la resonancia magnética.

Entre las enfermedades de la neurona motora -enfermedad de motoneurona- una de las más conocidas es la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). En la ELA existen cambios degenerativos en las motoneuronas superiores y las inferiores por igual. Durante el curso de la enfermedad se manifiestan signos de atrofia muscular, hiperreflexia y espasticidad. Las capacidades cognoscitivas suelen mantenerse conservadas a lo largo de la enfermedad siendo la prevalencia de esta enfermedad muy baja, 5.2/100.000 (Wijesekera y Leigh, 2009).

La Parálisis Supranuclear Progresiva se presenta con frecuencia con un cuadro clínico de parkinsonismo, caídas repetidas y parálisis progresiva de los movimientos oculares. A lo largo de la evolución, se añaden otros elementos como disfagia y deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo se suele manifestar principalmente con dificultades en el procesamiento de la información, funciones ejecutivas y disminución de la fluencia del lenguaje, principalmente asociadas a procesos desmielinizantes (Höglinger et al., 2011; Williams y Lees, 2009).

1.1.2. Perfil psicoafectivo. Los Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias, los trastornos del estado de ánimo y otras patologías

En la actualidad la demencia se conceptualiza como un conjunto de signos y síntomas de carácter plurietiológico. Así, los investigadores indican que cada tipo de demencia puede cursar con una serie de síntomas y signos específicos. No obstante, existen una serie de síntomas que se suelen presentar en las demencias: son los llamados Síntomas Conductuales y Psicológicos de las Demencias (SPCD).

Son numerosos los estudios que se han centrado en el manejo de los SPCD, tanto farmacológico (Seitz et al, 2011; Hermann, Lanctôt y Hogan, 2013; Madhusoodanan y Bryan, 2014; Locca, Büla, Zumbach y Bugnon, 2008), no farmacológico, es decir, a través de intervenciones psicoeducativas (Sarrais y Castro-Manglano, 2011; Khan y Curtice, 2011) como combinando ambas opciones terapéuticas (Dettmore, Kolanowski y Boustani, 2009; Backhouse, Killett, Penhale, Burns y Gray, 2014; Olazarán, Agüera y Muñoz, 2012; Cerejeira, Lagarto y Mukaetova-Ladinska, 2012).

1.1.2.1. Los Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias

Los SPCD no siempre se han denominado con esa terminología. Hasta 1996, fecha de la primera conferencia internacional de consenso sobre los trastornos conductuales de la demencia, organizada por la International Psychogeriatric Association (IPA), los trastornos de conducta de la demencia eran conocidos como “neuropsychiatric symptom” (NPS) o “trastornos neuropsiquiátricos”, acordándose en dicha conferencia el sustituir este término por “Behavioural and Psychological Symptoms of dementia” (BPSD) o “Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia” (SPCD).

Existe una gran disparidad en los datos de prevalencia de los distintos síntomas, lo que probablemente sea debido a distintas metodologías utilizadas en los diferentes estudios. Suele ser frecuente una amplia variabilidad en los diferentes estudios respecto al tipo de demencia, estadio evolutivo y otras variables de contexto. Los SPCD pueden ocurrir en fases iniciales, sobre todo en la demencia frontotemporal o en la demencia de cuerpos de Lewy, tal y como establece Matellanes et al. (2010). Según Robles et al. (2012) los SPCD son frecuentes en el medio institucional. Estos autores realizaron un estudio transversal en el que eran incluidos 212 residentes. La prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos fue 84,4%. El síntoma más común fue la apatía, seguido por la agitación y el delirio; los menos frecuentes fueron la euforia y las alucinaciones. Los SPCD también son frecuentes en otros contextos. En un estudio realizado por Sampson et al. (2014) en el que participaron 230 personas con demencia ingresadas en un hospital de agudos, el 75% tenía SPCD, de los cuales, el 23% tenía algunos SPCD que fueron moderadamente/severamente problemáticos para el personal. Los más comunes fueron agresión (57%), alteración de la actividad (44%), alteración del sueño (42%) y ansiedad (35%).

En un estudio nacional realizado por Toribio, Morera, Frutos, Morales y Pérez (2011:10) se valoró a 264 pacientes en una unidad de demencias y se encontró que un 48,9% presentó demencia y un 74,4% presentó SPCD, “Se observó depresión en un 41% de los casos e irritabilidad en un 40%. En el subgrupo de pacientes con Enfermedad de Alzheimer, los porcentajes de SPCD no difirieron de forma significativa de los otros tipos de demencia”. Resultados distintos fueron encontrados por Abizanda et al. (2009) al realizar un estudio observacional descriptivo analítico sobre 179 mayores de 64 años diagnosticados de deterioro cognitivo leve y atendidos en una unidad de memoria. Los

SPCD fueron más frecuentes en enfermos de Alzheimer que en aquellos diagnosticados de deterioro cognitivo leve. Los síntomas neuropsiquiátricos más prevalentes en los pacientes con EA fueron la apatía, la depresión, la desinhibición y la irritabilidad.

Borsje, Wetzels, Lucassen, Pot y Koopmans (2015) analizaron 6605 artículos para ver si reunían los 23 criterios establecidos y obtuvieron un total de 312 pacientes que se sometieron a estudio, encontrándose que las identificaciones erróneas, la agitación, la conducta motora aberrante y la apatía fueron los trastornos más comunes. Analizando un período de seguimiento de entre uno y seis años obtuvieron que las alucinaciones, los delirios, la paranoia, la agresión, la conducta motora aberrante, la desinhibición, la apatía y los trastornos de conducta en el sueño se incrementaron con la mayor prevalencia durante ese periodo de tiempo. Otros estudios como el llevado a cabo por Truzzi et al. (2013) resaltan la alta prevalencia de la psicosis y la depresión en los pacientes con demencia.

En resumen, diferentes estudios han profundizado en la prevalencia de los SPCD encontrándose, en general que esta es alta, sobre todo, en el medio institucional.

1.1.2.2. Los trastornos del estado de ánimo.

Hay que tener en cuenta que las personas mayores institucionalizadas aparte de presentar demencia, normalmente, se encuentran en una situación de pluripatología. De esta forma, es frecuente la coexistencia de dos o más enfermedades que pueden conllevar la aparición de reagudizaciones y que pueden situar a la persona en una situación de fragilidad. Los ancianos institucionalizados pueden presentar, además, trastornos del estado de ánimo que frecuentemente se complican si no hay una atención adecuada. A la pérdida definitiva de una vida activa, rango y rol familiar, se les puede sumar una disminución o abandono por parte de su familia, medio social, etc. llevándoles poco a poco la pérdida de su autoestima y a cambios en su estado anímico. Por lo que el riesgo de que puedan desarrollar síntomas o un cuadro depresivo es alto. Así, los mayores pueden presentar sentimientos de tristeza, pérdida de interés en actividades con las que disfrutaban con anterioridad, pérdida de peso y apetito, llanto constante, pérdida de energía y pensamientos suicidas, entre otros.

Distintos estudios han profundizado en el tratamiento de la depresión, tanto desde un abordaje farmacológico como el llevado a cabo por Oller et al. (2011), como no farmacológico, es decir, psicoeducativo (Ceramidas, 2012; Treusch et al., 2011). Otros

autores lo han hecho desde un enfoque combinado (Mukai y Tampi, 2009; Cohen-Mansfield, Jensen, Resnick y Norris, 2012; Leontjevas et al., 2013). En este último estudio se encontró que la intervención llevada a cabo en el medio institucional para tratar la apatía y la depresión a través de estrategias de activación, psicoterapia y medicación encontró efectos en las dos primeras modalidades tanto en la apatía como la motivación.

1.1.2.2.1. Los trastornos depresivos

No todas las depresiones son iguales en sus características, por lo que se han clasificado de diversas maneras. Actualmente, los dos sistemas de clasificación más importantes son la CIE-10 y el DSM-5. Ambas clasificaciones son similares en la organización de los trastornos del estado de ánimo y se diferencian sólo en aspectos menores. Los trastornos depresivos se pueden dividir según la intensidad y el curso: episódico o crónico, otras clasificaciones distinguen entre trastorno depresivo mayor y trastorno distímico.

En el trastorno depresivo mayor también se encuentran distintas clasificaciones según el número de episodios: primer o único episodio y recidivante y según la intensidad: leve, moderada, grave. En la depresión también se han incluido algunas importantes distinciones: depresión unipolar/trastorno depresivo mayor frente a trastorno bipolar, depresión refractaria o resistente, etc. Como se ve, la depresión es un trastorno del estado de ánimo, también llamado “trastorno afectivo” o “psicoafectivo”, siendo un término que suele utilizarse para referirse a significados diversos ya que, además, el término también puede usarse para referirse a un síntoma que pueda parecer en el contexto de muchos otros trastornos, por ejemplo, forma parte de los SPCD.

En general, los trastornos depresivos mayores se diferencian de los trastornos bipolares por no tener una historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Tal y como señala Montés (2009:23), la manifestación clásica de trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios maníacos y depresivos, con períodos intermedios de ausencia de síntomas o eutimia. Es el denominado “tipo I”. Existe un segundo tipo denominado “tipo II” en el que no existirían episodios maníacos sino hipomaníacos y sobre todo episodios depresivos.

El denominado “espectro bipolar” incluye pacientes con episodios depresivos recurrentes y eventuales manifestaciones del polo maníaco. Por último, existe también la

denominada “ciclotimia” en la que se producen fluctuaciones en el estado de ánimo en una menor escala, sin llegar a sufrir episodios depresivos graves. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012:21-22),

“las fases de depresión se caracterizan por la tristeza patológica y la pérdida de interés y capacidad para obtener placer. El paciente puede referir pena, congoja, abatimiento, desesperanza, vacío interno, disforia, ansiedad, angustia o intensa apatía. El pensamiento se hace lento, monótono, con una disminución general de las ideas y proyectos, siempre con un tono pesimista y desagradable. En la depresión psicótica se desarrollan delirios (...) y alucinaciones” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012:21-22).

En palabras de otros autores, “la depresión se considera un trastorno complejo resultado de la interacción entre factores genéticos, fisiológicos, psicológicos y ambientales cuyas manifestaciones clínicas incluyen síntomas afectivos, cognitivos, somáticos y conductuales” (Soria y Urretavizcaya, 2009:222).

La frecuencia de la depresión en el anciano es variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. Es difícil determinar con exactitud la frecuencia de la depresión geriátrica en cada caso, ya que los estudios realizados sobre este tema emplean diferentes poblaciones, así como distintos instrumentos y métodos de detección. Todo ello conduce a la descripción de tasas de frecuencia bien distintas. Sin embargo, la conclusión generalizada es que los trastornos afectivos son frecuentes en el medio institucional. Así, en un estudio realizado por Acevedo, Alcaraz, Martínez, Muir y Navalón (2014) en el que se determinó el grado de las alteraciones depresivas en 300 personas mayores institucionalizadas se encontró que el 47% los residentes presentaban un grado de sintomatología depresiva leve (32%) o establecida (15%). Además, la prevalencia de la depresión se establece en más de un 40% en el estudio llevado a cabo por Whiteford et al. (2013).

1.1.2.2.2. Los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad también son frecuentes. En el anciano pueden perturbar notablemente la vida del sujeto y de su entorno y con frecuencia se acompañan de síntomas depresivos. Estos trastornos forman parte de los SPCD. Tratados correctamente los trastornos de ansiedad pueden tener una buena evolución, en cuyo caso, la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores puede mejorarse. Desde un modelo cognitivo-conductual, la ansiedad puede estar asociada con distorsiones cognitivas diversas. En los

trastornos de ansiedad las distintas alteraciones conductuales se pueden manifestar con cambios en el sistema psicofisiológico como ritmo cardiaco acelerado, sudoración, etc.

Como ocurre en otros trastornos, la prevalencia de los trastornos de ansiedad varía ampliamente entre los diferentes estudios epidemiológicos publicados según, entre otras variables, el contexto y la metodología empleada. Tal y como establece Franco y Antequera (2009:37-40), “Los trastornos de ansiedad en el anciano (...), se han considerado “patología ligera”. Sin embargo, tienen un impacto considerable en la funcionalidad del sujeto, suponen un deterioro importante en la calidad de vida y se asocian con una mayor mortalidad”. El Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) señala que los trastornos de ansiedad son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país. Las tasas de prevalencia varían torno al 2,3%-8,9%, llegando a cifras entre el 9% y el 19,5% cuando hablamos de pacientes que acuden a un centro sanitario por tener percepción de malestar. En el medio institucional, los trastornos de ansiedad también son frecuentes y, nuevamente, presentan una prevalencia variable según los estudios consultados. Así, en el estudio de Robles et al. (2012), ascendía a un 25,8%.

1.1.2.3. Otras patologías

Para finalizar este apartado, se hará referencia a otro tipo de trastornos como los trastornos adaptativos, trastornos del sueño, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos agudos, trastorno de ideas delirantes, y trastornos mentales como la esquizofrenia. De forma abreviada, se referenciarán algunas ideas principales en torno a cada uno de ellos.

Ante sucesos negativos o estresantes, pueden darse reacciones no adaptativas. Estas pueden no ser neutrales ni duraderas, por lo que no se debe establecer un diagnóstico psicopatológico, pero en otras ocasiones, pueden generar un intenso malestar e interferir en la vida de las personas. Los trastornos adaptativos son reacciones de desajuste o inadaptación ante uno o más acontecimientos estresantes. Estos trastornos son frecuentes, afectando a un porcentaje elevado de personas que acuden a los centros de salud y, también en sujetos institucionalizados, ya que la situación de ingreso en un centro residencial también supone en muchas ocasiones un suceso vital estresante que requiere de un proceso de adaptación.

Los trastornos del sueño también son frecuentes. Así, Acosta, Sosa, Orozco y Borges (2012) en un estudio en el que analizaron 180 casos identificados con diagnóstico de demencia encontraron como síntomas neuropsiquiátricos más frecuentes la depresión y los trastornos del sueño, con una prevalencia del 37,2%. Estos trastornos son frecuentes en los mayores institucionalizados. En otro estudio, Ubis y Olivera (2012) analizaron 49 pacientes aquejados de alteraciones del sueño en los que el 69,4% presentaban demencia y señalaron una prevalencia de trastornos del sueño del 15,8%. Los autores interpretan estos resultados aludiendo a que únicamente el 16,3% vivían en residencia. Además, los trastornos del sueño eran significativamente más frecuentes en el grupo de pacientes con demencia, siendo los más frecuentes: agitación, síndrome del anochecer e hipersomnias diurna. Estos autores también hacen referencia a la prevalencia de los trastornos del sueño encontrada en la mayoría de la bibliografía revisada situándola entre un 19-44%. Los trastornos del sueño pueden ser secundarios a otros trastornos, principalmente psiquiátricos, o constituir una entidad independiente. En ocasiones pueden constituir uno de los síntomas tempranos, por ejemplo, en el caso de los trastornos del humor.

Los trastornos de la personalidad constituyen un conjunto de trastornos que conforman un sistema complejo en el que se combinan diferentes dimensiones, categorías y niveles de funcionamiento que han dificultado su clasificación y diagnóstico. En el actual DSM-5 se ha renovado la clasificación de dichos trastornos y este cambio ha estado sujeto a numerosas críticas que han hecho referencia a posibles solapamientos y diagnósticos múltiples como resultado del nuevo modelo dimensional para la personalidad patológica. La diferenciación de personalidades patológicas entre los sujetos sanos o con otros trastornos, tradicionalmente, se ha basado en la presencia de malestar clínicamente significativo y en el deterioro funcional además de en el ámbito interpersonal y otros.

Finalmente, la esquizofrenia forma parte de los trastornos mentales graves. El Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente (2009:35) la define como “un conjunto de trastornos psicóticos, caracterizados todos ellos por la presencia de síntomas psicóticos positivos en algún momento de su desarrollo, y donde los síntomas negativos y cognitivos se asocian, a su vez, a un grado variable de discapacidad”. Respecto a la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida ésta es variable pero, según la misma fuente, “los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes”. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y

síntomas característicos. No hay ningún síntoma que sea, por sí solo, patognomónico de la esquizofrenia. Además, no todos los síntomas están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia. No son específicos, pues se dan también en otras enfermedades. El trastorno se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los distintos individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo.

1.2. El abordaje farmacológico

La psicofarmacología estudia la acción que tienen los fármacos sobre el sistema nervioso y la conducta. El interés en este campo del saber es compartido por profesionales de distintas disciplinas y, desde nuestra perspectiva, es de obligado conocimiento para educadores y psicólogos que ejercen en el ámbito de la salud, en aras de poder contribuir a una intervención multidisciplinar más real en los centros para personas mayores.

En las últimas décadas, han aumentado las controversias en torno a dicho término y a sus distintas aplicaciones. Los psicofármacos son, sin duda, muy útiles en el tratamiento de muchos trastornos desde un empleo racional y ajustado a cada caso. Especialmente, en los últimos años, ciertos autores se muestran críticos ante el frecuente uso de los psicofármacos y su regulación desde las distintas instituciones (Mosher, Gosden y Beder, 2006; Perlis et al., 2006).

Distintos estudios han encontrado una alta prevalencia de consumo de fármacos y, en concreto, psicofármacos en la población de personas mayores, población que, por otro lado, se caracteriza por presentar con frecuencia pluripatología. El análisis de la polifarmacia en el colectivo de personas mayores ha sido objeto de distintos estudios (Tamura, Bell, Inaba y Masaki, 2012; Hereu y Vallano, 2011; García, 2012). Así, en un estudio realizado por Planas, López, Vilalta, Monserrat y Garre (2010:498), se afirmaba que el consumo de fármacos en la población general se concentra en las personas de edad avanzada. “De los 875 participantes los que tenían un deterioro cognoscitivo leve y moderado consumían una media de 4,6 y 5,2 fármacos, superior a los 4 fármacos de media consumidos por los que no sufrían deterioro cognoscitivo”.

En el medio residencial estas cifras suelen ser elevadas. En las últimas décadas diferentes autores, desde la controversia, hacen referencia al alto consumo de fármacos. En publicaciones más recientes y de nuestro medio (CAPV), el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2012:5) hace mención también al alto consumo de psicofármacos y a la necesidad de una “prescripción cuidadosa” ante un fenómeno de prescripción que, en opinión de estos autores, no va a hacer más que crecer. La reiterada demostración de la eficacia de los psicofármacos, prescritos solos o en combinación con técnicas psicoterapéuticas, ha dado lugar a un progreso terapéutico indispensable para abordar los trastornos mentales. Sin embargo, “este desarrollo conlleva la necesidad de un análisis y una revisión permanentes de las posibilidades terapéuticas de cada sustancia paralelos a la actualización del conocimiento y la evidencia científica”.

Las personas en edad avanzada padecen con frecuencia múltiples enfermedades crónicas lo que se asocia, con frecuencia, a la polimedicación. Este hecho conlleva un mayor riesgo de un mayor número de medicamentos con lo que puede aumentar también el riesgo de interacciones y de reacciones adversas. En un estudio realizado por Sicras, Peláez, Castellá y Rodríguez, (2008:96) se concluye que “existe una excesiva utilización de fármacos”. Según el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2012:20-21) “se ha evidenciado que la prescripción inapropiada en personas mayores es altamente prevalente pero prevenible”.

Distintos estudios han profundizado en las buenas prácticas de prescripción (Kamble, Sherer, Chen y Aparasu, 2010; Roked, Omar, Roked, Ahmed y Patel, 2010; Alldred et al., 2013). En este punto es necesario aclarar qué se considera “psicofármaco inadecuado” o “prescripción inadecuada”. Esta prescripción se hace realidad cuando se prescriben fármacos ante un balance riesgo/beneficio que pudiera calificarse como no del todo adecuada. Los criterios BEERS son una herramienta que se utiliza en la prescripción.

Estos criterios no suponen la prohibición de utilizar determinados medicamentos, ya que ello dependerá de la situación clínica y del juicio clínico del prescriptor pero sí son una guía que puede ser útil en muchos casos. No obstante, estos criterios deben validarse en cada entorno y, para intentar solventar algunas de estas limitaciones, han surgido en el año 2008 los criterios STOP-START (*Screening tool of older Person's potentially inappropriate prescriptions*) (Screening tool to alert doctors to the right i.e. appropriate, indicated treatment) que son europeos y se han validado en España.

Una característica respecto a los Beers es que además de enumerar medicamentos inapropiados (STOPP) contienen otro listado de medicamentos que deberían prescribirse en patologías concretas por las evidencias disponibles respecto a su uso (START). Es importante destacar que la polimedición puede presentar numerosos problemas en la población anciana pero que, sin embargo, también se da el fenómeno contrario, “la prescripción subóptima”, es decir, que no se prescribe lo que sería realmente necesario. Tal y como describe Martín, Núñez, Montiel, de la Cruz y González (2012:39) “en el paciente anciano *además de* la polimedición, la prescripción subóptima u omisión o infradosificación de un medicamento indicado, está presente hasta en un 42% de las personas mayores de 65 años”. Otros autores como Delgado et al. (2009:277) también analizan este fenómeno a través de los criterios START “respecto a los criterios START en la detección de la omisión de las prescripciones (...) en nuestro estudio en consultas externas, la cifra fue del 48%”.

Coincidiendo con la publicación del DSM-5, se han vertido importantes críticas, algunas desde figuras representativas de la propia Psiquiatría, a las formas de clasificación de algunos diagnósticos médicos. Así, algunos grupos e instituciones significativos en salud mental que hasta ahora habían mantenido su apoyo a esta forma de clasificación y diagnóstico, en la actualidad se mantienen más próximos a visiones críticas con este sistema. Sin embargo, los sistemas diagnósticos, todavía son defendidos por muchos profesionales en base a la necesidad de un lenguaje común. Lo expuesto, no ocurre sólo con el uso del DSM-5, sino también con otras clasificaciones diagnósticas. Muchos síntomas psiquiátricos son inespecíficos o transversales estando presentes en múltiples enfermedades psiquiátricas. No es fácil lograr un acuerdo entre las diversas escuelas y corrientes en cuanto a los límites de los trastornos. Todas estas dificultades tratan de superarse a través de criterios de prescripción como los anteriormente aludidos.

En el caso de los facultativos que desarrollan su labor profesional en el medio residencial, tratar de evitar la prescripción inadecuada y también la subóptima en unos pacientes que en su gran mayoría son pluripatológicos y polimeditados puede resultar complicado si, además, a esto se suma la situación de ingreso en un centro residencial. En la realidad de los centros asistenciales, el proceso de adaptación no suele estar falto de demandas presentadas por cuidadores profesionales y familiares además de por otros miembros del equipo técnico asistencial respecto al uso de psicofármacos ante situaciones concretas. Entre estas situaciones se suelen contemplar, aquellas en las que la necesidad de

tratamiento farmacológico es, sin duda, necesario ante cierta patología, y otras, en las que puede resultar positivo intentar lograr abordar ciertas problemáticas por otros medios terapéuticos (presencia de SPCD, sobre todo).

El uso de los criterios para evitar la prescripción inadecuada se realiza a través del juicio clínico del médico a fin de sopesar las posibles alternativas para el uso o no de un fármaco y la posibilidad de complementarlo o sustituirlo o no con el uso de terapias no farmacológicas como las intervenciones psicoeducativas.

En este proceso de decisión son esenciales también los aspectos legales, a este respecto, algunos autores de nuestro medio más próximo Medrano, Pacheco y Zardoya (2009:79-87) reflexionan sobre el hecho de que la literatura psiquiátrica está repleta de informes “anecdóticos” sobre el éxito de “fármacos en indicaciones no autorizadas, que a veces culminan en estudios formales cuyos resultados pueden permitir el uso del fármaco en una nueva indicación”. Los usos excepcionales de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas son una opción más que tiene el facultativo ante situaciones de espacial complejidad como las que recoge la ley.

El Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales regula tres “situaciones especiales”. La primera es el uso compasivo, en condiciones excepcionales, de medicamentos en fase de investigación clínica en pacientes que no formen parte de un ensayo clínico. La segunda, es la prescripción de medicamentos autorizados cuando se utilicen en condiciones distintas a las autorizadas, es decir, en indicaciones o dosis distintas a las dispuestas en la ficha técnica. Por último, se regula el acceso de medicamentos no autorizados en España siempre que estén legalmente comercializados en otros Estados.

El facultativo, en todos los casos, debe conocer para qué fármacos existe apoyo científico suficiente y prescribir teniendo en cuenta contraindicaciones y riesgos. Esta flexibilidad permite al facultativo poder responder a situaciones ambiguas en las que la prescripción debe sopesarse con mucho detenimiento ya que, en muchas ocasiones, el establecer una adecuada relación riesgo/beneficio no está exento de muchas dificultades. El conocimiento por parte del facultativo de las intervenciones psicoeducativas y el verdadero trabajo en equipo del equipo multidisciplinar en los centros, puede ayudar a conseguir que las personas mayores reciban, en todos los casos, el tratamiento más adecuado que podrá ser muy diferente en cada caso concreto.

1.2.1. Clasificación de los psicofármacos según códigos ATC: tipos e indicaciones farmacológicas

En la clasificación anatómica, terapéutica y química (ATC) según el criterio médico y farmacéutico vigente en el Estado Español y de acuerdo al Real Decreto 1348/2003, tal y como afirma el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2012:9-145), “todos los fármacos se describen por principio activo, dado que de acuerdo a la normativa vigente”. Dentro de esta clasificación, los psicofármacos se encuentran en el grupo “N” “Sistema Nervioso”.

1.2.1.1. Los antiepilépticos

Los antiepilépticos (con código N03) son los primeros de la clasificación. En este grupo encontramos los siguientes psicofármacos: oxcarbazepina, carbamazepina, levetiracetam, gabapentina, fenitoína, ácido valproico, topiramato, pregabalina y clonazepam, entre otros (Raffa, Beyzarov y Rawes, 2008; Wikinski y Jufe, 2013).

El término eutimizante se usa para referirse a un conjunto heterogéneo de fármacos antiepilépticos o anticonvulsivantes y el litio, que son utilizados tanto para el trastorno bipolar como para la epilepsia. La nueva generación de anticonvulsivantes como la gabapentina, topiramato, oxcarbazepina, levetiracetam, junto con el valproato, han generado expectativas en relación al tratamiento de otras patologías psiquiátricas. La fenitoína no tiene indicaciones para el uso psiquiátrico, se utiliza para la epilepsia.

Respecto a la carbamazepina, en palabras de Pacheco y Medrano (2007:293) “como indicaciones autorizadas: *se encuentran la epilepsia (...), la manía y el tratamiento profiláctico de la enfermedad maníaco-depresiva (...)*”. Este fármaco junto con el ácido valproico tradicionalmente ha sido ampliamente utilizado en psiquiatría. Según Arranz y Doménech (2008:63-69) “el uso de algunos anticonvulsivantes en muchas entidades psiquiátricas se basa en gran medida en estudios abiertos (...), la utilidad de algunos de los nuevos antiepilépticos está ya bien establecida, especialmente en los trastornos afectivos.” Según Sthal (2009), este psicofármaco es prescrito comúnmente y está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA), para la manía aguda/manía mixta. También es prescrito habitualmente, sin estar aprobado aún por este organismo, para la depresión bipolar, el tratamiento mantenido de la depresión bipolar y en la psicosis y esquizofrenia como coadyuvante.

En el caso de la oxcarbazepina y el levetiracetam según Sthal (2009), la oxcarbazepina es prescrita comúnmente para el trastorno bipolar sin estar aprobado aún por la FDA. Del mismo modo, el levetiracetam es prescrito comúnmente para la manía.

Además, el clonazepam es un antiepiléptico que se encuentra en las clasificaciones farmacológicas frecuentemente en el grupo de fármacos ansiolíticos e hipnóticos, al igual que sucede con otros antiepilépticos. Según Sthal (2009), es prescrito comúnmente en el trastorno de pánico con y sin agorafobia y en otros trastornos de ansiedad y en la manía aguda como adyuvante además de en el insomnio.

En el caso de la gabapentina según algunos autores como Pacheco y Medrano (2007:376), “se ha empleado en el tratamiento de la conducta agresiva y la agitación aunque en ningún caso como primera elección, debido a que no se ha constatado de forma concluyente su eficacia”. Stahl (2009) afirma que se prescribe comúnmente para la ansiedad y el trastorno bipolar como adyuvante aunque sin estar aún aprobados por la FDA.

En el caso de la pregabalina algunos autores como Schatzberg, Cole y Debattista (2008:367-368) afirman de este fármaco que “se ha estudiado ampliamente en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado, sin embargo, su aprobación para el tratamiento de la ansiedad generalizada está todavía pendiente (...)”. Salazar, Peralta y Pastor (2011) confirman que la Agencia Europea de Medicamentos EMEA, ha aprobado el uso de pregabalina en el trastorno de ansiedad generalizada. La FDA, lo autoriza para la fibromialgia.

En referencia al topiramato, los autores Rubio y Martínez-Gras (2009:757-768) afirman que “su efecto antimaníaco no se ha visto confirmado en el único estudio controlado del que tenemos conocimiento, de los estudios abiertos parece poderse deducir su eficacia en la manía disfórica, asociado a otros agentes”. Salazar et al. (2011) señalan que en la actualidad no tiene indicación para ningún trastorno psiquiátrico pero se realizan numerosos ensayos clínicos y, apoyándose en sus resultados, se usa habitualmente en el tratamiento de varias patologías como el trastorno bipolar o como el trastorno obsesivo compulsivo resistente.

1.2.1.2. Los antiparkinsonianos

Los antiparkinsonianos (con código N04) son los siguientes de la clasificación. En este grupo encontramos los siguientes psicofármacos: carbidopa-levodopa, ropinirol, benserazida-levodopa, biperideno, entacapona, rasagilina, rotigotina, entre otros (Brunton, 2011; Heinz, Klaus y Hein, 2010).

Todos estos fármacos se utilizan para el tratamiento del Parkinson. Según el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2012:126-128) el ropinirol también está indicado para el síndrome de piernas inquietas, al igual que, según Bermejo, Zea, Alba y Ruiz (2013:359), la rotigotina. Según algunos autores como Pagonabarraga y Kulisevsky (2014), cada familia de fármacos posee un grado de eficacia determinado y la disponibilidad de múltiples fármacos ha permitido aumentar la supervivencia media en la Enfermedad de Parkinson (EP), con un periodo de funcionalidad en el día a día significativamente más largo al que se conseguía cuando la levodopa era prácticamente el único fármaco disponible.

La correcta adición de fármacos con diferentes mecanismos de acción permite tratar la enfermedad sin tener que llegar a dosis excesivamente largas de ninguno de ellos, lo que parece, en el momento actual, la mejor opción de tratamiento. Otros autores como Kulisevsky et al. (2013) señalan que los tratamientos disponibles para la enfermedad de Parkinson proporcionan una mejoría sintomática importante y de los parámetros de calidad de vida durante al menos 5-8 años. Sin embargo, al cabo de estos años la mayoría de los pacientes desarrollan complicaciones motoras como fluctuaciones y discinesias y, también, neuropsiquiátricas. En algunos casos, además, alteraciones cognitivas importantes de difícil manejo. La levodopa, sigue siendo después de más de 40 años el fármaco básico en el tratamiento. La demencia, la depresión y la psicosis son los problemas más frecuentes en las etapas avanzadas de la EP pero existen otras alteraciones neuropsiquiátricas que están atrayendo gran interés como son los trastornos del control de impulsos, la ansiedad y la apatía. Se han realizado avances en el tratamiento de estos síntomas, pero los beneficios son generalmente subóptimos.

En la práctica clínica, estos fármacos además de utilizarse para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson también se usan para tratar lo que se ha denominado como

“parkinsonismos” o “síndrome parkinsoniano”. A este respecto algunos autores como Martínez et al. (2014:306-310) sostienen que “los parkinsonismos o síndrome parkinsoniano son unos cuadros clínicos caracterizados fundamentalmente por la bradicinesia y la rigidez, acompañados de forma variable de temblor y alteraciones de la marcha y postura”.

Las alteraciones neuropsiquiátricas pueden aparecer como parte de la enfermedad y, en ocasiones, como consecuencia del uso de fármacos. El tratamiento farmacológico es complejo y por ello debe estar especialmente individualizado en cuanto a dosis, tomas de medicación, etc. En este sentido, Lertxundi et al. (2014), señalan que los tratamientos con fármacos antiparkinsonianos implican a menudo la utilización de regímenes complejos, individualizados, que requieren múltiples administraciones diarias. Además de los clásicos síntomas motores como la bradicinesia, el temblor y la rigidez, en la enfermedad de Parkinson se dan los denominados síntomas no motores, como los neuropsiquiátricos. Dentro de estos últimos es donde se incluyen los síntomas psicóticos que consisten en alucinaciones visuales y delirios principalmente. Debe hacerse una valoración individual de los síntomas psicóticos y suprimir los factores desencadenantes. Cuando otras medidas resultan ineficaces, puede valorarse el uso de antipsicóticos. Desgraciadamente, se da la paradoja de que éstos, debido a su acción antidopaminérgica, pueden ejercer un efecto negativo en la función motora.

La enfermedad de Parkinson está presente también en el colectivo de mayores institucionalizados, en muchas ocasiones, en forma de demencia asociada con enfermedad de Parkinson, en la que también es relevante la sintomatología neuropsiquiátrica. Algunos autores como Rodríguez, Cabo, Bellas y Cebrián (2010:33) señalan que en la enfermedad de Parkinson el rendimiento cognitivo puede suponer desde un estado de normalidad hasta un avanzado grado de demencia. Así, la mayoría de los enfermos presenta un déficit ejecutivo, aislado o combinado con otras alteraciones cognitivas, que se considera lo más característico de la enfermedad, y un 30-40% de afectados acabará presentando una demencia clínicamente definida. Además afirman que en esos casos, la demencia asociada con la enfermedad de Parkinson sí está específicamente relacionada con sintomatología neuropsiquiátrica.

1.2.1.3. Los antipsicóticos

Los antipsicóticos (N05A), los ansiolíticos (N05B) y los hipnóticos y sedantes (N05C), pertenecen todos ellos a un mismo grupo denominado: psicolépticos (N05). Los antipsicóticos (con código N05A) son los siguientes de la clasificación. En este grupo encontramos los siguientes psicofármacos: risperidona, levomepromazina, quetiapina, haloperidol, olanzapina, paliperidona, tiaprida y aripiprazol, entre otros (Battista, 2013; Berger, 2012; Domenech, Martínez y Peraire, 2013).

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, la prevalencia de demencia en la población en general y en las residencias geriátricas es alta. Fort et al. (2010:101) realizaron un estudio en el participaron 515 pacientes mayores de 64 años con demencia. Obtuvieron que el “10,1% estaba institucionalizado y un total de 233 pacientes (45,2%) tomaban neurolépticos”. Este elevado uso de los neurolépticos, en muchos casos, está motivado la alta prevalencia de síntomas conductuales y psicológicos en las demencias. En este sentido, tal y como afirman algunos autores como Saz (2009:252), además de los síntomas cognoscitivos, son frecuentes los cambios de personalidad y los trastornos comportamentales. Los síntomas y signos psicopatológicos no cognoscitivos aparecen en el curso de prácticamente todas las demencias, y suelen preocupar más a los cuidadores que los errores intelectivos. “los síntomas psicóticos suelen darse con mayor frecuencia en las demencias en estadios más avanzados”.

Respecto a la risperidona, Stahl (2009) y Komossa et al. (2010) la presentan como un fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en la manía aguda y en la irritabilidad relacionada con autismo y como prescrito comúnmente para el trastorno de conducta en demencias. Salazar et al. (2011:318) señalan que está indicada en el tratamiento de los pacientes afectados por un síndrome demencial con síntomas psicóticos y/o conductuales asociados, aunque subraya que la FDA ha emitido dos alertas: una en abril de 2005 y otra en junio de 2008 por el posible riesgo asociado de episodios isquémicos cerebrales. Por ello, tal y como señalan Pacheco y Medrano (2007:267) se aconseja “usarla con precaución y el menor tiempo necesario e informar a los familiares o los cuidadores del enfermo sobre los signos con los síntomas indicativos de un episodio isquémico cerebral”.

El haloperidol, la quetiapina, la olanzapina y la risperidona tienen como indicaciones el tratamiento de la esquizofrenia Además, el haloperidol también está

indicado en “la neurosis de ansiedad, tratamiento coadyuvante de dolor crónico, alteración del comportamiento en demencias, psicosis agudas, antiemético en enfermos terminales, hipo persistente y movimientos anormales”. La quetiapina, por su parte, también lo está en el tratamiento del “episodio maníaco asociado al trastorno bipolar de moderado a grave” y, en el caso de la olanzapina, lo está, además de en otros trastornos, en el “tratamiento del episodio maníaco moderado a severo, prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido bien a olanzapina” (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, 2012:131-132; Shoja y Kaviani, 2015; Möller, Riedel, Jäger, Wickelmaier y Maier, 2008). El aripipazol según fuentes consultadas, Schatzberg et al. (2008:212-213), “Es un antipsicótico atípico (...) que está aprobado para el tratamiento de la esquizofrenia (...) están realizándose investigaciones para evaluar la eficacia del aripipazol en el tratamiento de la psicosis asociada a la enfermedad de Alzheimer (...).”

La tiaprida según la bibliografía analizada (Pacheco y Medrano, 2007:342-343) presenta como indicaciones autorizadas los “estados de agitación y de agresividad en enfermos etílicos o ancianos; etilismo agudo y crónico; trastornos psicomotores; temblores de etiología diversa; algias intensas y rebeldes (...)”. Mendoza et al. (2013) señalan que en España está indicada para el tratamiento de trastornos conductuales en pacientes psicóticos, desintoxicación alcohólica, disquinesia espontánea y otros trastornos del movimiento como la Corea de Huntington.

Otros autores (Pacheco y Medrano, 2007:244-245), señalan que la levomepromazina, presenta como indicaciones autorizadas los “estados de ansiedad (de cualquier origen). Estados de agitación y excitación psicomotriz (...) como el resto de antipsicóticos clásicos, su uso ha quedado muy relegado, sobre todo en su formulación oral”.

Por último, la paliperidona, según los autores Puerro, García, Sánchez y Cabanes (2011:29-30), “es un antipsicótico utilizado en el tratamiento de la esquizofrenia desde 1990. (...). Ha demostrado que reduce los síntomas de la esquizofrenia y previene la recurrencia de nuevos síntomas a largo plazo.”. Sthal (2009) lo presenta como un fármaco aprobado por la FDA para la esquizofrenia y que es utilizado también para los trastornos psicóticos y los trastornos conductuales en demencias aunque aún no se ha aprobado su uso para esta indicación por la FDA.

En cuanto a la efectividad de los antipsicóticos, Saz (2009) afirma que se ha documentado la efectividad de los antipsicóticos para controlar la agitación, la agresividad y los síntomas psicóticos en pacientes con demencia. El haloperidol puede ser efectivo para tratar la agresividad pero actualmente los antipsicóticos de primera elección son los atípicos, con menos efectos extrapiramidales, como la risperidona o la quetiapina aunque al utilizarlos siempre se deben de sopesar sus riesgos. Este autor señala otros fármacos que sin ser neurolepticos pueden ser de utilidad clínica en los casos de agitación en demencia con cuerpos de Lewy como la trazodona, la carbamacepina y la gabapentina.

En algunas guías farmacológicas como la del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2012:129) se señala, respecto a los principios generales del tratamiento psicofarmacológico de los síntomas conductuales y psicológicos en la demencia en el anciano, cuáles serían susceptibles de tratamientos farmacológicos y cuáles no. Así, sería “susceptible de tratamiento farmacológico” “la agitación con riesgo para los demás, gritos-alaridos continuos, los síntomas psicóticos o delirantes (...) que causen distress o impidan el funcionamiento normal del paciente”. Asimismo las “razones únicas no apropiadas para el uso de neurolepticos en la demencia” son “vagabundeo, comportamiento social inadecuado (desnudarse en público, robo de objetos, preguntas repetitivas...), actividades repetitivas sin objeto, atesorar cosas y la tendencia al aislamiento (...)”. Por lo que comentan estos autores y por lo que, en ciertos casos, se ve reflejado en la práctica clínica se puede concluir que, en ocasiones, pudieran confundirse las situaciones susceptibles de tratamiento farmacológico de las que no lo son. Idealmente deberían existir pruebas diagnósticas que permitieran identificar la causa o las causas de los comportamientos que presenta cada paciente que sufre una enfermedad mental con objeto de diseñar un tratamiento individualizado para cada caso específico.

Respecto a la clasificación de los antipsicóticos como típicos y atípicos resulta clarificador hacer un pequeño análisis de ambas clasificaciones. En primer lugar, aclarar que los neurolepticos, que hoy se suelen llamar antipsicóticos, se conocieron, con anterioridad, como “tranquilizantes mayores” en un intento de diferenciarlos de las benzodiazepinas o “tranquilizantes menores” y que el uso generalizado de los atípicos o “antipsicóticos de segunda generación” o “nuevos antipsicóticos” fue motivado con frecuencia en la práctica clínica, por la presencia de menores efectos extrapiramidales o efectos motores adversos que pueden aumentar el riesgo de caída y provocar además otras complicaciones.

Independientemente del fármaco a utilizar, ya sea de primera generación de antipsicóticos o segunda generación, suele producirse la siguiente relación: a más dosis, mayores riesgos. Además, aunque la pauta general es utilizar estos psicofármacos durante el menor tiempo posible la retirada de esta medicación a veces es compleja. Así, algunos autores como Devanand et al. (2013:1497), concluyen que “con pacientes que habían respondido a la terapia con risperidona el suspender el tratamiento había aumentado riesgo de recaída”.

Para concluir, es importante señalar las conclusiones de publicaciones más recientes, las cuales, independientemente de la elección entre antipsicóticos típicos o atípicos señalan que, en algunos casos, el abordaje no farmacológico a través de intervenciones psicoeducativas puede contribuir a la mejora del paciente. De esta manera, en el caso de la esquizofrenia señalamos las conclusiones de un artículo reciente publicado por Heimann (2015) en el que se señala que aunque el tratamiento antipsicótico es fundamental deben contemplarse, además, las intervenciones psicoeducativas. Por último, señalar otro estudio publicado por Gitlin, Kales y Lyketsos (2012:2020) que en el caso de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias relacionadas concluye que “los tratamientos no farmacológicos son recomendados en primera instancia debido a la modesta efectividad del tratamiento farmacológico de forma única y a sus notables riesgos”.

1.2.1.4. Los ansiolíticos

Los ansiolíticos (N05B) son los siguientes de la clasificación. En este grupo encontramos los siguientes psicofármacos: lorazepam, alprazolam, diazepam, clorazepato de potasio, bromazepam, ketazolam y medazepam entre otros (Raffa et al., 2008; Tiziani, 2011).

Según Sthal (2009), el lorazepam está aprobado por la FDA para el tratamiento, entre otras patologías, de la ansiedad y de la ansiedad asociada a síntomas depresivos aunque también se utiliza para el insomnio, la manía aguda, la psicosis aguda y el delirium, pautado junto con haloperidol. El alprazolam, está aprobado para tratar el trastorno de ansiedad generalizado y el trastorno de pánico entre otras indicaciones aunque es ampliamente utilizado en otros trastornos de ansiedad, la manía y la psicosis aguda. El diazepam está aprobado en los trastornos de ansiedad y en los síntomas de ansiedad, aunque el tratamiento debe de ser más corto en el trastorno convulsivo, entre otros

trastornos, aunque es comúnmente utilizado en el insomnio. El clorazepato de potasio está reconocido por la FDA para los trastornos y síntomas de ansiedad. Finalmente, la amitriptilina está aprobada para la depresión pero es utilizada para la ansiedad y el insomnio.

Pacheco y Medrano (2007) señalan que el bromazepam se utiliza para tratar enfermedades que cursan con ansiedad, angustia, obsesiones, compulsiones, fobias e hipocondría. Reacciones exageradas ante situaciones conflictivas y estrés. Trastornos de la conducta, agresividad e inadaptaciones como coadyuvante de la psicoterapia. El ketazolam está indicado para los estados de ansiedad, para la espasticidad asociada a los accidentes cerebrovasculares, en los traumatismos vertebrales, el síndrome cervical y la rigidez de la encefalitis. Estos dos psicofármacos son muy poco utilizados en la actualidad y no figuran en las otras guías consultadas.

Finalmente, el medazepam, también un fármaco menos utilizado, según el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2012:134-135), tiene como indicaciones autorizadas, el “tratamiento de los estados depresivos con ansiedad, comprendiendo incluso las formas larvadas muy frecuentes. Síndromes depresivos en todas sus formas (...)” aunque también añade, “es un fármaco en desuso”, tratándose de una asociación “histórica”. Por lo que establece que no debería prescribirse ni siquiera las indicaciones autorizadas, ya que hoy en día existen fármacos más específicos y eficaces.

Resulta relevante señalar que, según algunos autores como Gurpegui (2009) los ansiolíticos son fármacos que reducen la ansiedad. La síntesis de las benzodiazepinas marcó el comienzo de los modernos ansiolíticos pero, además, varios medicamentos de otras familias se usan en ocasiones como ansiolíticos. Entre ellos, algunos antipsicóticos se han usado en dosis bajas como tranquilizantes y lo mismo ocurre con algunos estabilizadores, bien sea de los primeros que aparecieron como el valproato o más recientes como la pregabalina. Las benzodiazepinas se han situado como los tranquilizantes por excelencia; todas ellas, aunque en proporción diversa, tienen efecto además de ansiolítico, hipnótico, miorrelajante y anticonvulsivante.

Por último, señalar que diferentes estudios han analizado el uso de antipsicóticos en el medio institucional analizando su prevalencia (Zarowitz, 2012; Foebel et al., 2014; Mort, Sailor y Hintz, 2014; Huber et al., 2012). La conclusión general es el uso frecuente de estos psicofármacos en este medio, señalándose en el último estudio mencionado, que

la risperidona es uno de los psicofármacos más prescritos. Este campo de investigación es profuso ya que numerosos estudios indagan sobre el uso de antipsicóticos y las variables asociadas a su consumo (Salzman, 2013; Volicer, 2012; Kample, Chen, Sherer y Aparasu, 2009; Ta et al., 2015; Gellang et al., 2012; Calvó-Perxas et al., 2012; Okumura, Togo y Fujita, 2015), en este último estudio mencionado, los autores concluyeron que de los 1894 casos de demencia analizados, los antipsicóticos atípicos fueron usados en el 29,6% de los casos, y en el 50,6% de los pacientes con síndromes parkinsonianos.

1.2.1.5. Los hipnóticos y sedantes

Los hipnóticos y sedantes (N05C) son los siguientes de la clasificación. En este grupo encontramos los siguientes psicofármacos: lormetazepam, clometiazol, zolpidem y flurazepam, entre otros (Adán, Acín, Díaz, Alexandre y Pérez, 2010; Stein, Lerer y Sthal, 2013).

Los trastornos del sueño también se presentan en la ancianidad. En los pacientes que padecen demencia la aparición de trastornos del sueño pueden generar una importante sobrecarga en los cuidadores. Además, el “síndrome del anochecer” supone un aumento de las alteraciones conductuales en las personas con demencia coincidiendo con la disminución de la luminosidad y puede empeorar aún más la conciliación del sueño. En la práctica clínica se ha utilizado una amplia variedad de fármacos para el tratamiento del insomnio. Además, los tratamientos psicológicos y conductuales son apropiados en casi todos los casos de insomnio crónico aunque el tratamiento farmacológico puede ser adecuado cuando el insomnio causa síntomas significativos, malestar o deterioro. Tanto los tratamientos psicológico-conductuales como los farmacológicos pueden resultar útiles en el insomnio.

Según el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2012:136-137), las indicaciones de estos distintos psicofármacos son las siguientes; el lormetazepam: “hipnótico, insomnio de corta duración”, el clometiazol: “insomnio en demencia, insomnio sin ansiedad, alcoholismo”, el zolpidem: “insomnio, como alternativa a benzodiacepinas”. En el caso del flurazepam según Stahl (2009) la prescripción está aprobada para tratar el insomnio.

Por último, señalar que distintos estudios (Coronado, López y Fernández, 2010; Byusee, 2008) han analizado la efectividad del tratamiento farmacológico y otras opciones

terapéuticas en el tratamiento del insomnio. En este último estudio mencionado, se afirma que: “los tratamiento psicológico-conductuales y farmacológicos han demostrado su eficacia en el tratamiento del insomnio crónico”.

1.2.1.6. Los antidepresivos

Los antidepresivos (N06A), los psicoestimulantes (N06B) y medicamentos contra la demencia (N06D), pertenecen todos ellos a un mismo grupo denominado: psicoanalépticos (N06). Los antidepresivos (con código N06A) son los siguientes de la clasificación. En este grupo encontramos los siguientes psicofármacos: paroxetina, mirtazapina, escitalopram, sertralina, trazodona, imipramina, citalopram, amitriptilina, mianserina, fluoxetina y venlafaxina, entre otros (Raffa et al., 2008; Heinz et al., 2010).

Según el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2012:140-142), las indicaciones de estos distintos psicofármacos son las siguientes; la mirtazapina: “depresión”, el escitalopram: “depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, angustia con agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social”. La sertralina: “depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico”, la amitriptilina: “trastornos depresivos con ansiedad” y la venlafaxina: “depresión, ansiedad generalizada y fobia social (...)”, la mianserina: “depresión”. Finalmente, la trazodona: “insomnio y trastornos de conducta en pacientes con demencia”. Respecto a este último psicofármaco, Salazar et al. (2011:408) afirma que “se ha documentado que la trazodona es eficaz en el tratamiento de la agitación en ancianos y en las alteraciones de conducta en pacientes con enfermedad de Alzheimer”.

Stahl (2009) señala que las indicaciones autorizadas por la FDA serían en el caso de la paroxetina, el tratamiento de los siguientes trastornos, entre otros: depresivo mayor, obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada. Con lo que respecta a la imipramina está aprobada para el tratamiento de la depresión aunque se usa comúnmente para la ansiedad y el insomnio. De igual manera, el citalopram está aprobado para la depresión pero se utiliza comúnmente para otros trastornos como los trastornos de ansiedad generalizada, o el trastorno obsesivo compulsivo.

A lo largo del tiempo, la clasificación de los antidepresivos ha ido sufriendo cambios. En la clasificación de los antidepresivos según los mecanismos de acción,

clásicamente se distinguía entre los antidepresivos tricíclicos y los IMAO a los que se añadieron, más tardíamente los tetracíclicos. En cambio, clasificaciones más recientes de los antidepresivos se centran esencialmente en su farmacodinámica y así apareció el término ISRS o Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina y otras terminologías como los IRSN, Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina y Serotonina o los INR, Inhibidores de la Recaptación de Noradrenalina. Así, esta variedad de grupos y este amplio abanico de supuestos mecanismos de acción se corresponden con el hecho de que es difícil definir la depresión como un trastorno con una fisiopatología unitaria. Las diferencias entre los clásicos antidepresivos y los más recientes se centran en un mejor perfil de efectos adversos lo que supone una mejor tolerabilidad.

Existe una alta frecuencia de consumo de antidepresivos en la población. Las depresiones, en un alto porcentaje, pueden presentar una recaída, por lo que es frecuente que se conviertan en crónicas, en lo que también incide el no cumplimiento de los tratamientos. En el caso de las personas mayores, en algunas ocasiones, también se da el caso de la infrautilización de los antidepresivos. Esto es provocado por la creencia errónea de que la depresión forma parte del proceso normal del envejecimiento. La enfermedad, que a veces se cronifica, en el caso de las personas mayores presenta un curso y una sintomatología concreta que hace necesaria una especial consideración de los tratamientos en este grupo de edad.

El cuadro psicopatológico de la depresión en el anciano difiere con frecuencia de la sintomatología que resulta habitual en el adulto con depresión. Esto a veces provoca que los estados depresivos en las personas mayores se detecten con más demora o no se detecten. Así, no es tan habitual que las personas mayores, sobre todo, si tienen deterioro cognitivo, manifiesten sentimientos de tristeza o desesperanza y sí otro tipo de conductas como: preocupaciones somáticas con demandas reiteradas, pérdida de interés, mayor pérdida de apetito, etc.

Sin embargo, los síntomas depresivos son susceptibles de tratamiento y no tratarlos puede ser negativo tanto para el paciente como para su entorno. En los últimos años, los tratamientos farmacológicos para la depresión se han ido complementando cada vez más con intervenciones psicoeducativas. La importancia de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión está acreditada por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) y la American Psychiatric Association (APA). Algunos autores como Vallejo (2009:142-143)

reflexionan sobre la eficacia de los antidepresivos y la indicación de psicoterapia, “las depresiones de base biológica, endógenas o melancolías, responden a los antidepresivos y escasamente la psicoterapia o al placebo, las depresiones menores responden a la psicoterapia”.

Por último, diversos estudios han destacado el frecuente consumo de antidepresivos en la población de personas mayores tanto en el medio comunitario como en el medio institucional (Codony et al., 2007; Nishtala, McLachlan, Bell y Chen, 2009).

1.2.1.7. Los psicoestimulantes

Los psicoestimulantes (N06B) son los siguientes de la clasificación. En este grupo encontramos los siguientes psicofármacos: citicolina y piracetam entre otros (Diagotto, 2014; Battista, 2013; Berger, 2012).

Padilla et al. (2015:200) afirman que “la citicolina no tiene indicación aprobada para el manejo de los trastornos cognitivos asociados en las demencias, si bien, probablemente además de en el ictus, se haya venido usando mayoritariamente para esta indicación”.

En lo que respecta al piracetam Pacheco y Medrano (2007:386) explicitan que entre las indicaciones autorizadas se encuentran las siguientes: “trastornos de la atención y de la memoria, dificultades para realizar actividades cotidianas y para la adaptación al entorno que acompañan a los estados de deterioro mental debido una patología cerebral degenerativa relacionada con la edad”. En otras publicaciones como la de Capone (2011:162), se hacen aclaraciones más exhaustivas respecto a éste psicofármaco y a su aceptación por parte de la comunidad científica “a pesar de sustanciales estudios en animales y en la especie humana, los nootropos no han conseguido aceptación en Norteamérica para el tratamiento de trastornos cognitivos a causa de su aparente falta de eficacia”.

Con respecto a los psicoestimulantes en general otros autores como Berridge y Devilbiss (2012) afirman que los psicoestimulantes ejercen efectos conductuales y cognitivos diversos, dentro de un amplio rango de dosis, de tal manera que las dosis bajas y clínicamente relevantes facilitan la función cognitiva. Además señalan que estos psicofármacos han sido reconocidos recientemente por la población general, con lo que se ha producido un uso creciente de estos fármacos dentro y fuera de los campus

universitarios para mejorar los resultados académicos y del trabajo por parte de personas que no padecen trastorno por déficit de atención/hiperactividad. En comparación con lo que ocurre con las dosis más altas de psicoestimulantes, se conoce mucho menos acerca de la neurobiología de las dosis de psicoestimulantes potenciadoras de la función cognitiva. Sin embargo, independientemente de estos usos que recientemente se le están dando a estos fármacos, los psicoestimulantes tienen una larga historia de uso en niños en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

1.2.1.8. Los medicamentos contra la demencia

Los medicamentos contra la demencia (N06D) son los siguientes de la clasificación. En este grupo encontramos los siguientes psicofármacos: Ginkgo biloba, donepezilo, galantamina, rivastigmina y memantina, entre otros (Tiziani, 2011; Domenech et al., 2013, Heinz et al., 2010).

Stahl (2009) señala como indicaciones autorizadas, tanto del donepezilo, la galantamina, la memantina como de la rivastigmina la enfermedad de Alzheimer de leve a moderadamente grave. En el caso de la rivastigmina, además está autorizada para el tratamiento de la demencia asociada a enfermedad de Parkinson. Tal y como señala este autor, todos estos fármacos se utilizan para trastornos de memoria en otras patologías. Desgraciadamente, después de más de una década no se ha conseguido superar la efectividad estas sustancias, por lo que siguen constituyendo el patrón básico del tratamiento.

Según algunos autores, las distintas líneas de investigación en las que enfermos y familiares han depositado grandes esperanzas no han dado de momento resultados notables. Es frecuente que las personas con demencia necesiten además de otros tratamientos, sobre todo, en el caso de los SPCD severos, por lo que con frecuencia también se prescriben otros psicofármacos como los antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, etc. De esta manera, Manepalli, Desai y Sharma (2009) afirman que aunque las terapias anti-demencia pueden enlentecer la progresión de la enfermedad, la farmacoterapia para los síntomas conductuales afectivos concomitantes, usualmente no es tan satisfactoria.

Por último, en lo que respecta al Ginkgo biloba, Schatzberg et al. (2008) afirman que es un antiguo remedio tradicional que se ha usado durante cientos e incluso miles de

años y que se usa en Estados Unidos para problemas de memoria asociados con la edad avanzada. Los derivados del ginkgolide de la hoja pueden incrementar el flujo sanguíneo cardiovascular y cerebral.

1.2.1.9. Los relajantes musculares

Los relajantes musculares (M03) son los siguientes de la clasificación. En este grupo se encuentra, entre otros, el tetrazepam.

Según la afirmación de algunos autores como García y Santos (2013), las benzodiazepinas son un grupo de fármacos que se utilizan frecuentemente para los trastornos de ansiedad y del sueño, así como relajantes musculares. Estos autores realizaron un estudio en el que participaron 104 pacientes. Concluyen que la mayor parte utilizaba las benzodiazepinas más tiempo del aconsejado y que el 63,5% de los pacientes experimentó, al menos, una reacción adversa. La dosis diaria de benzodiazepina y sus análogos en equivalentes de diazepam por paciente se calculó según las siguientes conversiones: 10 mg de diazepam equivalen a 50 mg de tetrazepam. El 59,6% refirió que las empleaba para el insomnio, el 48,1% para la ansiedad y el 17,3% como relajantes musculares. El mismo año en el que se publicó este estudio, 2013, se suspendió definitivamente la comercialización del tetrazepam, tal y como lo señalan autores como Medrano (2014:176), “los datos sobre eficacia clínica no eran lo suficientemente sólidos como para considerar favorable el balance beneficio-riesgo de tetrazepam”.

1.2.1.10. Los antihistamínicos de uso sistémico

Los antihistamínicos de uso sistémico (R06) son los siguientes de la clasificación. En este grupo encontramos los siguientes psicofármacos: doxilamina, entre otros.

Las indicaciones autorizadas de este fármaco, tal y como explicitan algunos autores como Pacheco y Medrano (2007:94) son: "tratamiento sintomático del insomnio ocasional, ya sea de conciliación, por frecuentes interrupciones durante el mismo o por despertar temprano por la mañana". Se trata de un fármaco menos utilizado y no aparece en las otras guías consultadas.

1.3. El abordaje no farmacológico o psicoeducativo

La necesidad de abordar no farmacológicamente a los mayores institucionalizados a través de intervenciones psicoeducativas se encuentra en situaciones distintas a la hora de establecer intervenciones terapéuticas con estas personas. En primer lugar, este abordaje puede resultar útil en algunos casos. Por ejemplo en el caso del insomnio, no se utilizan solo hipnóticos u otro tipo de psicofármacos, sino que pueden utilizarse medidas no farmacológicas o psicoeducativas, por ejemplo, en relación con la higiene del sueño. La medicación debe seleccionarse según el tipo de patología, el perfil y la demanda del paciente y, sobre todo, por el riesgo/beneficio del fármaco. No hay que olvidar que, en ciertas patologías, puede ser interesante intentar combinar enfoques farmacológicos y técnicas psicoeducativas. En segundo lugar, en ciertos casos, los pacientes permanecen sin tratamiento por insatisfacción con las medicaciones existentes, por miedo a los efectos adversos, etc. por lo que son necesarios nuevos enfoques de tratamiento. El enfoque no farmacológico o psicoeducativo es una opción más de tratamiento en el medio residencial.

En el contexto de la atención residencial, la complejidad que van adquiriendo los servicios de atención a las personas mayores ha hecho necesaria su reestructuración estableciéndose diferentes niveles de atención. Todo ello para responder a lo que en la Constitución Española (artículo 50) se recoge textualmente, con respecto a las personas mayores, “con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”, contemplándose tanto aspectos biológicos como sociales.

Dentro de estos niveles de atención se encuentran los servicios de atención residencial. La aprobación de la Ley¹ 39/2006, de 14 de diciembre, de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia”, conocida socialmente como “Ley de Dependencia” ha tenido un importante impacto social al haber coincidido con cambios importantes en la estructura social de la familia y de la población cuidadora. La Ley define textualmente la dependencia como un estado en el que las personas mayores “precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con incapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. El alcance de la definición da cabida a un amplio abanico de casos y situaciones

¹ BOE nº299. Ley 39/2006. Artículo 2.

de dependencia. Se evita un punto de vista reduccionista que dirija la atención meramente a la esfera física y se introducen aspectos como la enfermedad mental, la pérdida de autonomía sensorial y otras situaciones que imposibiliten la autonomía. En la definición de dependencia, la persona se contempla, por lo tanto, desde un enfoque biopsicosocial.

1.3.1. Gerontología y envejecimiento. La atención de las personas mayores en los centros residenciales desde un modelo biopsicosocial

La Gerontología, la ciencia que estudia el envejecimiento, ha tenido un desarrollo importante en los últimos tiempos como campo interdisciplinar. Las situaciones de vejez son individuales y, por tanto, cada persona envejece de forma distinta. En ello pueden influir diversas cuestiones como las socioculturales, las socioeconómicas o los estilos de vida. Sólo desde esta concepción se entiende la amplia multidisciplinariedad de la gerontología. Así, en la comprensión de la persona mayor serán importantes tanto los aspectos biológicos, psicológicos como los sociales.

En Pedagogía y Psicología existe más de un término para referirse al estudio del envejecimiento. Knowles, Holton y Swanson (2015) contemplan la terminología “gerontología educativa” como no del todo ajustada y proponen que se conciba el envejecimiento desde la perspectiva de la Pedagogía teniendo en cuenta, además, los procesos de enseñanza y aprendizaje y contemplando en la práctica educativa, los factores personales, sociales y contextuales que rodean a las personas mayores.

En el caso de la Psicología, tal y como afirma Fernández Ballesteros (2009), nos encontramos con distintas denominaciones, entre ellas, Gerontopsicología, Gerontología comportamental, Psicología gerontológica y Psicogerontología, entre otras, decantándose la autora, por el término psicogerontología como la mejor traducción del término inglés *geropsychology*. Este término es el más utilizado en Europa y Norteamérica y también se emplea en los países iberoamericanos por lo que ante su uso más generalizado y su definición más ajustada al concepto lo hace parecer el más pertinente.

La psicogerontología puede ser definida como la subdisciplina de la psicología científica que se ocupa del estudio del envejecimiento y la vejez y de las aplicaciones de estos conocimientos a las personas mayores. Sin embargo, también es importante distinguirlo de la gerontología. Mientras la gerontología es una ciencia multidisciplinar, la psicogerontología es una especialidad de la psicología que trata de los aspectos

psicológicos de los mismos objetos de conocimiento que la gerontología. También es necesario identificar las semejanzas y diferencias que existen entre la psicogerontología con otras disciplinas afines como la *psicogeriatría*, esta última se ocupa de las enfermedades que ocurren durante la vejez, desde una perspectiva psicológica.

Desde un punto de vista fisiológico, se han propuesto varias teorías sobre el envejecimiento y todas ellas han intentado de forma distinta ilustrar cómo el paso del tiempo conlleva inevitablemente el deterioro del organismo. Sin embargo, no existe una teoría unificadora válida, ya que los diferentes órganos, tejidos y células envejecen de manera diferente. Además en las enfermedades intervienen muchos determinantes, que van desde el entorno físico y los agentes externos, a los estilos de vida y los factores sociales.

En la actualidad y durante los últimos años, el panorama de la gerontología está variando notablemente. La atención preferente hacia la geriatría está siendo complementada por una mayor importancia de la que anteriormente se le otorgaba, a los aspectos psicológicos, educativos, los recursos sociales, culturales, etc. así como por un mayor conocimiento de las posibilidades y resultados que la intervención psicoeducativa, la gerontología comportamental, etc., ofrecen.

El campo de la geriatría y la gerontología se ha ido transformando en lo que se refiere al desarrollo y asentamiento de asociaciones y otras entidades, entre ellas, una de las más importantes, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, este año cumplirá 65 años desde sus inicios. En la actualidad, la presencia de profesionales como educadores, psicólogos, trabajadores sociales, etc., y sus aportaciones en reuniones y jornadas, no ha hecho más que crecer. Sin embargo, aún hoy resultan a veces insuficientes los recursos humanos disponibles, es decir, los profesionales y el personal cualificado con adecuada formación que le permita afrontar los retos que están por venir y que algunos grupos de investigadores y profesionales ya adelantan. Así, definiciones más recientes, contemplan el envejecimiento desde un punto de vista más multidimensional. El Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco (2012:12-13), define el envejecimiento como “todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos”.

De esta forma, en la definición cobran importancia otros aspectos además de los físicos y biológicos asociados al envejecimiento: la capacidad de adaptación al cambio, los intereses y las relaciones interpersonales, las actitudes pasivas o activas, la participación en actividades socioculturales, etc. Sin embargo, ampliar el concepto también tiene su contrapartida: las mayores dificultades para abarcar esta compleja realidad en el avance científico y la necesidad de que las investigaciones cada vez contemplen un mayor número de variables, lo que en muchas ocasiones, más que complicado es fácilmente inviable. Sin embargo, la gerontología trata de comprender desde la multidisciplinariedad, los problemas de un grupo de edad y el esfuerzo por concebirlos desde una visión amplia no debe decaer.

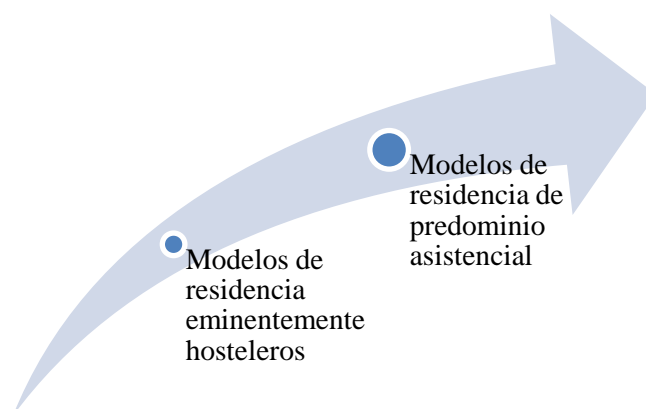
En la realidad de la atención a las personas mayores la necesidad de esa multidisciplinariedad se impone en el trabajo diario de los profesionales. De esta forma, las experiencias sobre fórmulas de coordinación entre recursos sociales y sanitarios en el ámbito de la atención a los ancianos en las diferentes comunidades autónomas no han hecho más que incrementarse. La coordinación entre los interlocutores sociales y sanitarios cada vez va siendo más necesaria junto con el esfuerzo por articularse de una forma adecuada. Todos estos profesionales tratan de prevenir la dependencia, proporcionar la autonomía personal y asistir en los cuidados, conociendo los déficits funcionales y sociales de las personas. A pesar de las dificultades para coordinar e integrar dos tipos de prestaciones diferentes como son las sanitarias y las sociales, existe un consenso generalizado de que esto debe de hacerse así.

Aunque normalmente se habla de residencias geriátricas como término claramente definido, la realidad es que bajo esta definición, en ocasiones, existen diferentes tipos de centros que no se parecen demasiado entre sí. Lo que sí tienen en común es que las personas que acuden a estos centros no lo hacen por motivos estrictamente sanitarios, por lo que lo social y lo sanitario se deben conjugar para una adecuada atención al residente. Además, uno de los cambios que está operando en el sector residencial de las personas mayores, forzado por los cambios sociales en general y, por las necesidades de las personas mayores en particular, es el de la progresiva profesionalización el de la incorporación de la calidad como un elemento clave en el servicio prestado. El origen de las residencias geriátricas se sitúa en un modelo de caridad. Así, hace años, eran frecuentes los establecimientos religiosos que atendían a personas desvalidas. El servicio prestado

comienza a especializarse a partir de la Constitución de 1978 en la que se considera a la tercera edad como un colectivo receptor de servicios sociales.

El incremento de personas pluripatológicas que solicitan atención residencial acelera el proceso de especialización de las estructuras asistenciales y del personal cuidador de los centros residenciales. Las residencias están experimentando cambios en la tipología de los clientes que atienden. Poco a poco, va desapareciendo el cliente mayor-joven con autonomía conservada y que básicamente requería de la residencia los servicios de hostelería. Éste está dando paso a uno mayor-mayor con distintos niveles de dependencia y que requiere, además de unos servicios de hostelería, servicios de atención personal cada vez más específicos. Ante estos cambios y el incremento de mayores demandas se deberá de ser muy flexible para adaptarse a las expectativas de las personas mayores y/o de sus familias. En palabras de Molina, Meléndez y Navarro, (2008:312-319), ha sido constatable “el cambio filosófico y práctico en el modelo de atención”. De esta forma, se ha evolucionado desde “modelos eminentemente hosteleros”, destinados a un numeroso grupo de usuarios con menores niveles de dependencia funcional, en los que las principales etiologías de ingresos se correspondían con aspectos de la esfera social, a “modelos de predominio asistencial” donde la atención está centrada en unos residentes cada vez más longevos y con unas limitaciones físico-psíquicas cada vez más pronunciadas. Tal y como se refleja en la figura 3.

Figura 3. Cambio en el modelo de atención en las residencias para personas mayores

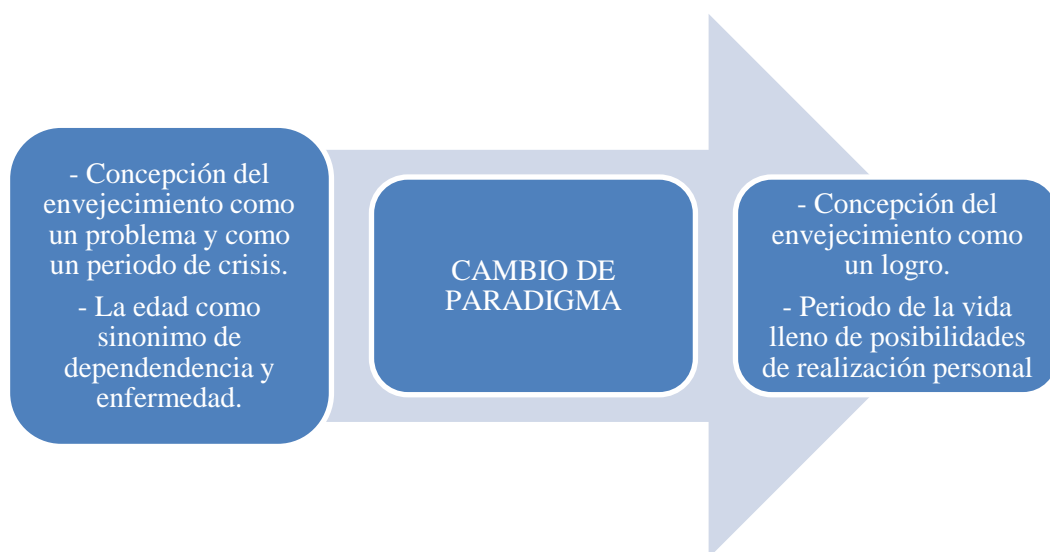


Elaboración propia a partir de Molina, Meléndez y Navarro, (2008:312-319)

Por un lado, tras ese “cambio filosófico”, hoy en día y en prospección al futuro, algunos autores como Leturia y Etxaniz, (2008:62-63), ya hablan de “cambio de

paradigma”: “El siglo XXI es el que deberá hacer compatible la longevidad con la autonomía personal en un escenario de familias más pequeñas, con una mayor presión de la soledad y la dependencia”. No obstante, por otro lado, en este siglo las personas mayores poseen muchos más recursos para vivir una vejez más plena y para seguir desarrollándose como personas en esta etapa final de la vida. Esta concepción es radicalmente diferente a la propuesta por autores en años pasados. Así, Laforest, (1991:79-174), por aquel año, se denominaba la experiencia del envejecimiento como un momento crítico o de “crisis”. Las crisis las agrupaba en tres. En primer lugar, crisis de “identidad”, ya que el anciano experimenta un conjunto de pérdidas por la creciente soledad y decadencia general que influyen en la imagen que el anciano tiene de sí mismo. En segundo lugar, crisis de “autonomía”, ya que el deterioro progresivo y el aumento de la dependencia hacen que el anciano sea menos capaz de hacer cosas por sí mismo. En último lugar, crisis de “pertenencia”. Si la ancianidad se vive como una ruptura con la participación social y de los valores sociales y se puede experimentar una “muerte social”. En resumen, desde una mirada retrospectiva se puede apreciar un cambio significativo en la concepción del envejecimiento. Los cambios que se producen en relación con el envejecimiento con el nuevo paradigma son muchos y los más importantes se resumen en la figura 4.

Figura 4. Cambio de paradigma en relación a la conceptualización del envejecimiento.

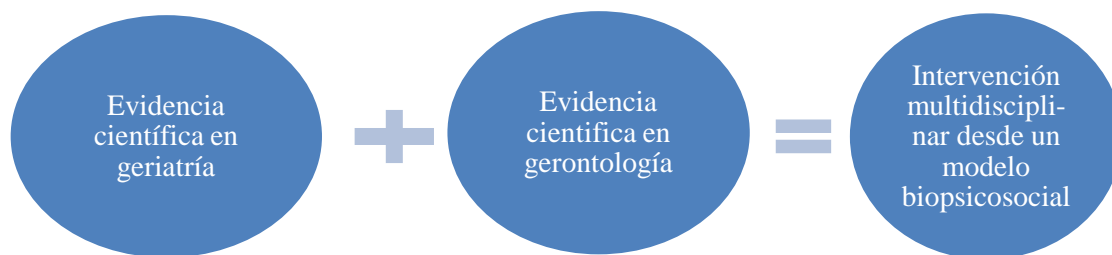


Fuente: elaboración propia

Las personas mayores en la actualidad y en un futuro, deberán de dotarse de grandes recursos personales, sociales, etc. para poder asumir este “cambio de paradigma” haciendo frente a todas estas “crisis”. Sin duda, la Pedagogía y la Psicología tienen un importante papel en el afrontamiento de este gran reto. Desde esta perspectiva, las instituciones de atención a las personas mayores no deben de estar orientadas únicamente a tratar las consecuencias que se consideran inevitablemente asociadas al propio proceso del envejecimiento, sino que deben de perseguir; el optimizar las destrezas, habilidades y recursos del mayor, preservar y/o potenciar las habilidades cotidianas en la medida de lo posible y, de esa forma, facilitar que puedan interactuar socialmente y lograr que esto logre redundar en una mayor satisfacción vital. Además, se debe propiciar el mayor grado de autonomía posible en las actividades de la vida diaria y, cuando el deterioro se muestre irreversible, facilitar al residente la mayor calidad de vida, bienestar y dignidad personal. Así, el personal de atención en los centros, en especial, el personal que ofrece soporte a las actividades básicas de la vida diaria, debe de estar preparado para mantener al máximo las capacidades funcionales del individuo afectado de demencia, retrasando el declinar de la persona afectada. Además, otros profesionales como los educadores y psicólogos deben de velar por el bienestar psicológico pero, además, deben promover la autosuperación, el aprendizaje continuo y la autorrealización de las personas mayores ingresadas en los centros.

Como síntesis, esta concepción de “cambio de paradigma” es defendido en la actualidad desde importantes entidades como el Plan Europeo de Acción para la Salud Mental (2013-2020), aprobado el pasado 19 de septiembre de 2013 por los 53 Estados miembros. Dicho plan (punto 51) pretende que los servicios sanitarios en Europa se construyan sobre pilares como las intervenciones biológicas, psicológicas y sociales. De esta forma, tal y como se refleja en la figura 5, la evidencia científica alcanzada tradicionalmente desde la Geriátrica puede complementarse con estudios bien sustentados desde la Gerontología que contribuyan a ofrecer cuidados adecuados a las personas mayores desde la multidisciplinariedad.

Figura 5. Aportaciones de la geriatría y la gerontología para un cuidado integral



Fuente: elaboración propia

1.3.2. Las intervenciones psicoeducativas en el medio residencial

Las intervenciones psicoeducativas, tal y como se conceptualizan en el presente trabajo, engloban todas las intervenciones no médicas o no farmacológicas que se realizan hacia el residente y, que también engloban, a sus familiares y el personal en los centros gerontológicos. En el presente apartado se realiza una breve introducción a todas estas intervenciones: la psicoestimulación, la actividad física, la terapia psicológica, la intervención en el ambiente y los programas de formación.

1.3.2.1. Definición de intervención psicoeducativa.

El término “intervenciones psicoeducativas” engloba una gran amalgama de diferentes tipos de intervenciones. Algunos autores como Bendicho (2012:86-96) presentan de una manera muy clara esta confusión terminológica: “intervenciones psicoeducativas, intervenciones psicosociales, terapias blandas, tratamientos no farmacológicos... No existe un consenso en cómo denominar a este tipo de intervenciones terapéuticas”. Este autor incluye dentro de estos tratamientos tanto las intervenciones sobre las funciones intelectuales como la estimulación física, intervenciones conductuales, sobre el ambiente y el entorno del paciente, así como los programas destinados a cuidadores y a la adecuada comunicación entre enfermo y cuidador/es.

Desde nuestra perspectiva, las intervenciones que contemplan todas estos aspectos se ajustan más al término “psicoeducativas”, que a la mera clasificación como “no farmacológico”. Por otro lado, al enfatizar el aspecto educativo esta denominación se presenta como más adecuada que el término “psicosocial”.

En general, se puede afirmar que hacen falta más evidencias bien sustentadas de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas aunque empieza a haber cada vez más datos sólidos en la literatura reciente de la eficacia de estas intervenciones (Johnson et al., 2013; Livingston et al., 2014a), incluso desde el modelo animal, como el estudio realizado por Rodríguez et al. (2011).

Estas intervenciones habitualmente son ofrecidas tanto a las personas con demencia como a las que no presentan deterioro cognitivo. Además, el apoyo a los cuidadores puede contemplar tanto los cuidadores formales como los informales. Por último, la modalidad de intervención puede ser individual, grupal o ambas. Existen muchas clasificaciones aunque una de las más completas e interesantes, ya que incluye datos de evidencia científica, es la establecida por Olazarán et al. (2010). En esta clasificación aparecen las intervenciones psicoeducativas en el cuidador con grado A de recomendación.

Bendicho (2012) contempla el Proyecto Internacional de Terapias no farmacológicas (NPT Project) como un avance significativo para su difusión y como prueba de su eficacia. Este proyecto consistió en la revisión de 1313 estudios científicos, lo que permitió por primera vez estructurar de manera científica este campo de intervención, siguiendo los criterios de la medicina basada en la evidencia. Así se clasificaron las intervenciones según fueran dirigidas a los profesionales o a los cuidadores familiares u orientadas al enfermo, de la siguiente manera: a) orientadas al trabajo con cuidadores: apoyo al cuidador, grupos de autoayuda y ayuda mutua, educación y entrenamiento sobre situaciones problemáticas y el estrés propio del cuidado; asesoramiento y gestión de los recursos formales e informales existentes. b) orientadas al enfermo: aquellas intervenciones multicomponente que se consideraron las más eficaces, las cuales, en fases iniciales pueden mejorar la cognición y la capacidad funcional, tienen efecto sobre el estado de ánimo, pueden evitar problemas de conducta, generar bienestar y mejorar la autoestima y las relaciones sociales.

Tanto las intervenciones psicoeducativas centradas en el paciente como en los cuidadores pueden ser positivas. Autores como Ruiz (2012) afirman que entre las intervenciones psicoeducativas que se han ido proponiendo en los últimos años, la estimulación cognitiva es la que recibe el mayor apoyo empírico, especialmente en el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y las demencias, llegando a proponerse

como la primera intervención tras el diagnóstico. Otros autores como McNeil, Bosmans, Van Hout y de Rooij (2013) inciden en los beneficios de las intervenciones psicoeducativas en los cuidadores y en la importancia de que estas intervenciones se pongan en marcha nada más conocer el diagnóstico.

1.3.2.1.1. La psicoestimulación y la actividad física

Desde el prisma adoptado en el presente estudio la psicoestimulación y la actividad física queda definida como una intervención psicoeducativa que se realiza para el afianzamiento de las funciones cognitivas, relacionales, afectivas y físicas que pudieran estar mermadas en el colectivo de las personas mayores con o sin deterioro cognitivo. En la tabla 2 se explicita el objetivo general, los objetivos específicos y los contenidos de estas intervenciones psicoeducativas tal y como se han conceptualizado en el presente trabajo. Así, se recogen en esta tabla las características comunes que han presentado estas intervenciones psicoeducativas en todos los centros participantes de esta investigación.

Tabla 2. Contenidos, objetivo general y específicos de la psicoestimulación y la actividad física

Objetivo general	
Afianzar las funciones cognitivas, relacionales, afectivas y físicas que pudieran estar mermadas en el colectivo de las personas mayores institucionalizadas con o sin deterioro cognitivo.	
Objetivos específicos	Contenidos
Proveer de forma estructurada de información sobre sí mismos y su entorno, fomentando la orientación espacial, temporal y personal.	Sesiones de orientación a la realidad
Activar el pasado personal a través del recuerdo de hechos personales, emociones imágenes, etc. que eviten el olvido de vivencias significativas en cada uno de los mayores participantes	Talleres de reminiscencia
Intervenir específicamente para el afianzamiento de las capacidades cognoscitivas	Talleres de entrenamiento cognitivo
Realizar actividades artísticas y manualidades adaptadas a las posibilidades del paciente	Talleres de arteterapia
Incrementar la participación en los programas y fomentar las relaciones sociales y un buen estado afectivo.	Talleres recreativos
Realizar ejercicios básicos de movilización y movimiento que fomenten la autonomía y que sirvan de esparcimiento para los mayores en caso de inquietud, apatía o aislamiento. Estimular las implicaciones cognoscitivas en las actividades requiriendo procesos de atención, comprensión y memoria.	Sesiones de ejercicio físico

Fuente: elaboración propia

Las premisas de partida de estas intervenciones consisten, por un lado, en que manteniendo activa y estimulada a la persona mayor, tanto desde el punto de vista intelectual como físico, el individuo puede mantener preservadas las capacidades físicas y cognitivas que aún conserva, el mayor tiempo posible. Es decir, se trata de evitar que el desuso agrave más aún los déficits que éstos mayores presentan. Por otro lado, se trata de que introduciendo, además, los aspectos lúdicos y recreacionales, se contribuya a una mejora del estado de ánimo, se afiance la participación de los usuarios en los programas y, en general, se realice una intervención para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Todos estos programas deben realizarse por personal cualificado y competente que mantenga una supervisión activa y constante de los participantes y que adapte convenientemente las tareas a las capacidades cognoscitivas y físicas que cada individuo presente. Se debe evitar que la persona se exponga a niveles altos de frustración, se fatigue o se sobreestime y también, que por el contrario, las tareas presentadas no supongan un reto para las capacidades de las personas a las que están destinadas, evitando la desmotivación y el abandono de las mismas. Además, se deben manejar adecuadamente los estados de inquietud o agitación que pudieran presentarse durante las sesiones, propiciando el bienestar de los mayores a través de un clima de colaboración.

Resulta vital, previo a la aplicación de los programas, realizar un buen análisis de las capacidades que presentan los mayores. Para poder realizarse adecuadamente debe conocerse bien cuáles son las capacidades cognitivas preservadas en cada participante, cuál es el estado de ánimo, el nivel de inquietud o agitación, realizar un análisis de las capacidades sociales, los recursos personales, el nivel intelectual, los intereses, el nivel de adaptación al centro, el apoyo familiar, etc.

Como se aprecia, los programas de psicoestimulación no se reducen a una intervención en el funcionamiento cognitivo y los beneficios van mucho más allá e incluyen muchos más aspectos. Esta visión es compartida por autores como Boyle, Wilson y Aggarwal (2006:441-445) y Ruiz (2012). “la estimulación cognitiva comprende un conjunto de intervenciones que actuando a través de la percepción sensorial y de las funciones intelectuales, tratan de atenuar el impacto personal y social de la enfermedad” por lo que comprende acciones dirigidas a mantener o mejorar las capacidad cognoscitivas pero también otras capacidades de tipo funcional, además del afecto y la conducta. Además, se aprecia como es importante que la persona que realice los programas esté

convenientemente formada para poder lograr los objetivos propuestos pero también para manejar todo tipo de situaciones que se pueden presentar durante las sesiones. A veces, se requieren además habilidades concretas para el manejo de situaciones familiares complejas, discusiones, quejas, etc.

El objetivo común de todos estos programas sería el estimular a las personas mayores para mantener las capacidades residuales el mayor tiempo posible retrasando el deterioro y fomentando la autonomía. La estimulación se entiende así, desde un sentido amplio, en el que se priorizan además los aspectos relacionales y las actividades de grupo donde la persona puede desarrollar un sentido de pertenencia y aprender y motivarse.

Aunque la psicoestimulación y el ejercicio físico cuando se realiza en grupo puede tener numerosos beneficios es importante tener en cuenta que su eficacia podría variar si se interviene en grupos reducidos y homogéneos. De hecho, una de las diferencias entre la psicoestimulación y la intervención neuropsicológica puede residir en el tamaño del grupo.

En la psicoestimulación las actividades se realizan tras una valoración integral de la persona mayor, tal y como se ha comentado. En la intervención neuropsicológica, se debe realizar, en primer lugar, una exploración neuropsicológica en profundidad para poder establecer los procesos cognitivos que se pretenden trabajar y la selección de las tareas.

Además, normalmente las sesiones se realizan individualmente en grupos muy reducidos. La psicoestimulación y la intervención neuropsicológica también difieren en los objetivos de intervención, ya que esta última, tiene como objetivo principal la rehabilitación neuropsicológica de los procesos cognitivos afectados, es decir, traspassa el mero “mantenimiento” de las funciones proponiéndose la recuperación de las mismas. Aunque en la psicoestimulación el objetivo no es rehabilitar sino estimular, las actividades deben estar siempre enmarcadas en un modelo teórico que las sustente y que les dé este sentido, evitando confundir la estimulación cognitiva con la mera repetición de distintos ejercicios sin un objetivo que los fundamente.

El profesional debe seleccionar los materiales que resulten más adecuados ajustándolos convenientemente a las características de los participantes y, además, debe contemplar otros aspectos como los emocionales y comportamentales. Se debe evitar que la intervención consista en ejercicios planteados para ser aplicados por familiares o

cuidadores sin una formación adecuada para ello. Debe de ser un profesional clínico el que coordine e individualice el tratamiento. En este sentido, Marín (2009:13) subraya, en el caso de las demencias avanzadas, que los pacientes con demencia severa “son incapaces de iniciar ninguna actividad. A menos que se diseñan programas adaptados a ellos, estarán aislados y desconectados del entorno. Sin embargo, son capaces de responder a contactos individuales programados en función de su deterioro cognitivo”.

De igual manera, la actividad física, como una actividad próxima a la psicomotricidad o a la gerontogimnasia más que a la estricta rehabilitación física se puede servir de juegos y actividades que favorezcan la socialización y eviten el deterioro funcional. Se trata de trabajar a nivel psicomotor con las personas mayores, para darles una mayor calidad de vida, a través del placer obtenido del movimiento, las movilizaciones y la realización de distintas dinámicas.

Aunque el objetivo sea estimular y no rehabilitar, un programa de estas características normalmente reúne unos requisitos mínimos como son: que la actividad física sea regular y progresiva y que se lleve a cabo en el grupo para que pueda ser motivante y para que se pueda favorecer la socialización. Además, si el grupo es reducido la intervención puede ser más personalizada y esto puede facilitar el trabajar la cohesión y la identificación de los sujetos con el grupo.

El profesional encargado de la realización de estas intervenciones parte del conocimiento de los participantes y de las propias habilidades para facilitar la diversión, la distracción y la distensión psicológica de las personas mayores, lo cual es una tarea más complicada si las personas padecen demencia y otros trastornos relacionados.

A través de ejercicios mentales como físicos se busca el estimular los procesos cognitivos, desde esta óptica, tanto en la psicoestimulación como en la actividad física el concepto de reserva cognitiva puede plantearse como el marco teórico de partida. En esta línea de pensamiento, Hernández (2013:3-4) mantiene que “la capacidad plástica del cerebro, la reserva cerebral y la cognitiva, son la base científica de estas terapias”.

Debido a que en estas actividades se busca, además, el trabajar determinados procesos cognoscitivos, el profesional que las lleve a cabo debe dominar todas estas técnicas. En la tabla 3 se presenta la metodología de la psicoestimulación y la actividad física tal y como se conceptualiza en este estudio.

Tabla 3. Metodología de la psicoestimulación y la actividad física

¿Cómo?	Herramientas
Reforzando las conductas adaptativas y disminuyendo las desadaptativas de manera que durante las intervenciones se fomenten de forma adecuada los contactos sociales, la participación en las actividades, etc.	Terapia comportamental
Evitando comportamientos de ansiedad e inquietud durante la realización de las actividades a través de la validación de contenidos verbales, emociones, etc.	Terapia de validación
Eliminando o previniendo conductas de agitación e inquietud durante las sesiones	La relajación
Estimulando a las personas mayores a través de uso de nuevas tecnologías como internet, pantallas táctiles, medios audiovisuales, videojuegos, etc.	Uso de nuevas tecnologías
	Espacios
¿Cuándo?	
Durante las horas de visitas para que las personas mayores puedan interactuar con sus familiares, conocidos, etc. y puedan estar acompañados por estas personas incrementando así su bienestar y sentimiento de utilidad	A través de sesiones de corta duración y talleres de mayor duración. Grupos homogéneos y de reducido tamaño.
¿Quién?	Personas
Profesionales competentes que puedan lograr los objetivos propuestos y manejar todo tipo de situaciones que se puedan ir presentando.	Psicólogos, en algunos casos, otros profesionales formados y coordinados por un psicólogo.

Fuente: elaboración propia

Numerosos autores han destacado los beneficios del ejercicio físico en las personas mayores (Aichberger, Busch, Reischies y Ströhle, 2010; Thurm, Scharpt, Liebermann, Kolassa y Elbert, 2011; Liu y Hu, 2015).

Según Sánchez-Urán (2011:47-68) el “generar actividades de diversa índole” en la vejez puede ayudar a que los mayores desplieguen nuevos conocimientos y destrezas que podrían potenciar su autonomía e independencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria. La práctica de ejercicio físico puede ser una intervención que podría resultar útil para retrasar la discapacidad y los eventos adversos como la fragilidad, las caídas, etc. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las personas mayores que viven en residencias, en muchos casos, superan los 85 y 90 años por lo que el ejercicio físico que pueden tolerar es, únicamente, el adaptado a su situación física y sanitaria. Las sesiones deben de contener ejercicios básicos y sencillos para que a través de la motivación y un buen conocimiento individualizado de cada usuario, puedan resultar apropiadas. Diferentes

combinaciones de las variables que componen el entrenamiento, como por ejemplo el número de repeticiones por serie, número de series o descansos entre series, originan diferentes respuestas fisiológicas, por lo que el equipo multidisciplinar del centro, debe contribuir para que estas sesiones se realicen de forma ajustada a las capacidades de los residentes. Además, una de las funciones básicas a realizar por el personal de atención directa (auxiliares) es el de promover y fomentar el mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria con lo que, también a través de la labor de estos profesionales, se puede fomentar la deambulación y la movilidad de los residentes en el día a día de los centros. (Casas e Izquierdo, 2012).

Es importante destacar también que habitualmente en los centros gerontológicos, cada vez es más frecuente encontrarnos con nuevas intervenciones. Entre ellas, destaca la musicoterapia o la terapia multisensorial Snoezelen, además de otras como: la terapia con animales, la horticultura terapéutica, danzaterapia, talleres de cocina y un sinnúmero de nuevas actividades. Distintos autores han analizado los efectos de estas nuevas terapias (Sposito, 2015; Kaldy, 2013; Orrell, 2012) concluyéndose que aún se necesita camino por recorrer para el sustento definitivo de la evidencia científica aunque se va avanzando paulatinamente en este sentido.

La musicoterapia y la terapia multisensorial Snoezelen resultan especialmente interesantes porque su uso está empezando a ser más generalizado en los centros en los últimos años, por lo menos, en nuestro medio más inmediato, y porque pueden ser utilizadas en todas las fases del tratamiento, dadas sus características no verbales. Por lo que las personas con demencia avanzada, que habitualmente no son diana de otras intervenciones dado el avance del deterioro, pueden beneficiarse de estas intervenciones.

Respecto a la musicoterapia, es importante que los estudios centrados en este tipo de terapias sigan realizándose ya que, de momento, existen pocos ensayos controlados aleatorizados que traten de analizar el efecto de esta intervención sobre las alteraciones conductuales de las personas con demencia. Sin embargo, algunos estudios como el de Konno, Kang y Makimoto (2014) han mostrado su eficacia, en concreto, para disminuir los comportamientos de rechazo de cuidados durante la asistencia a las actividades básicas de la vida diaria en personas mayores con demencia institucionalizadas.

En el caso de la terapia multisensorial Snoezelen, los usuarios en una sala Snoezelen se rodean de estímulos como luces, colores, sonidos, olores, etc. para

estimularse y poder disminuir, los estados de inquietud. Esta terapia puede utilizarse con personas con demencia y, algunos autores como López y Gómez (2011:79-88), han profundizado en su efectividad analizando la calidad metodológica de los artículos en inglés o en español publicados en los últimos 10 años encontrando que,

“Esta intervención ha mostrado ser eficaz en el manejo de la conducta a corto plazo en personas mayores con demencia en un estadio moderado y severo. Son necesarios estudios de mayor calidad metodológica para confirmar la efectividad clínica de esta terapia en la demencia leve y en el mantenimiento de los efectos a largo plazo” (López y Gómez, 2011:79-88).

1.3.2.1.2. El apoyo psicológico al residente.

La falta de “cultura psicológica” que, a menudo, se vive en el medio residencial es, muchas veces, producto del papel que “lo psicológico” desempeña en otros ámbitos de la vida. En los últimos años, se está empezando a reconocer de manera más acusada la labor del psicólogo y de las terapias psicológicas en general. Sin embargo, todavía, en muchos casos, las personas que necesitan del apoyo del psicólogo tienen que recorrer un camino arduo en el que aceptando sus propias dificultades logran ponerse en manos de un profesional. Normalmente, las personas que se atreven a comentar todos estos problemas, lo suelen hacer con el médico de familia quien, ante la configuración actual del sistema sanitario, está más habituado en la prescripción de psicofármacos.

Además, las personas mayores con trastornos afectivos o problemas emocionales se encuentran, con frecuencia, en situación de vulnerabilidad. Muchas veces, no reconocen sus limitaciones por miedo a perder su autonomía o dar una imagen de personas con falta de facultades. Es frecuente también que las personas del entorno interpreten estos problemas como consecuencia de la edad y no sientan la necesidad de orientarles a iniciar un tratamiento. Por todo ello, muchas personas mayores que estén necesitando de un tratamiento tanto farmacológico como psicoeducativo, puede que no lo estén recibiendo. Respecto a qué terapias están recibiendo las personas que deciden recurrir a la ayuda psicológica, a continuación, se hará una sucinta reflexión en torno a las mismas.

En primer lugar, el término terapia cognitivo y/o conductual es amplio ya que en esta tipología de terapia se insertan diferentes modalidades terapéuticas, entre ellas, la psicoeducación y también la reestructuración cognitiva o el entrenamiento en habilidades. Desde el enfoque cognitivo-conductual se postula que desde la manera en que procesamos la información que recibimos del entorno y la forma en la que la interpretamos a través de

creencias, pensamientos, etc. se puede comprender mejor el origen del desarrollo y mantenimiento de la conducta desadaptada.

El psicólogo en las residencias desde su labor clínica y social puede desarrollar un importante papel en la atención al residente. Su intervención, a nivel individual, puede abarcar la estancia del residente en el centro desde el primer periodo de adaptación al centro hasta los momentos finales de apoyo en el traslado o al final de la vida o terminalidad. En este proceso el psicólogo puede intervenir específicamente en patologías o situaciones concretas pero también, de una forma más general, con la totalidad de las personas mayores ingresadas en la valoración del estado cognoscitivo y la coordinación y/o puesta en marcha de programas de psicoestimulación. Esta intervención se realiza desde un modelo concreto. El modelo cognitivo-conductual es el adoptado en el presente estudio. En la tabla 4 se recogen los contenidos, objetivo general y específicos del apoyo psicológico al residente tal y como se ha contemplado en el presente estudio.

Tabla 4. Contenidos, objetivo general y específicos del apoyo psicológico al residente

Objetivo general	
Ofrecer apoyo psicológico a los residentes como parte de la asistencia gerontológica que, desde un concepto global de salud, debe ofrecerse a los usuarios de los centros residenciales para personas mayores	
Objetivos específicos	Contenidos
Ayudar al residente a asumir la situación de ingreso facilitándole la adquisición de rutinas y las relaciones sociales en el centro, estableciendo una alianza terapéutica y apoyando emocionalmente. En las personas con demencia, establecerse como “figura de referencia”. Intervenir también con la familia.	Programa de apoyo a la adaptación al centro
Realizar intervenciones psicológicas en casos específicos como: riesgo de suicidio, duelo, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos, etc.	Programas de intervención psicológica específica
Ofrecer apoyo psicológico y acompañar al residente en situación terminal. Intervenir también con la familia.	Programas de atención al final de la vida

Fuente: elaboración propia

Son muchas las necesidades que, desde un punto de vista psicológico, pueden presentar las personas mayores en las residencias. El apoyo psicológico se debe ofrecer desde una metodología de trabajo bien instaurada que además sea conocida y apoyada por el resto de miembros del equipo multidisciplinar. Desde el enfoque adoptado en el estudio,

las metodologías a utilizar son: la terapia cognitiva-conductual, el apoyo social, el control comportamental y el apoyo emocional. Esta metodología se aplica en espacios tanto formales, a través de encuentros concertados o entrevistas programadas, como a través de otros más informales, en el trato diario con el residente. El agente de intervención sería el psicólogo convenientemente apoyado por el resto del equipo multidisciplinar del centro. Además, este profesional tendría que demostrar competencia, sensibilidad y buen trato con las personas mayores, familiares, etc. En la tabla 5 se recoge la metodología del apoyo psicológico al residente tal y como se conceptualiza en el presente estudio.

Tabla 5. Metodología del apoyo psicológico al residente

¿Cómo?	Herramientas
Interviniendo a nivel cognitivo y conductual. Fomentando la adquisición de estrategias psicológicas y conductuales.	Terapia individual cognitivo-conductual
Contribuir al bienestar del residente y a un buen estado psicoafectivo fomentando la participación en grupo y su involucración en distintas actividades. Promover la interacción positiva entre usuario/familia.	Apoyo social
Reforzar selectivamente incrementando las conductas adaptativas y tratando de eliminar las desajustadas o desadaptativas.	Control comportamental
Ayudar y acompañar al residente a través de la escucha activa y la empatía. Promover la expresión de las emociones desde el establecimiento de la relación de ayuda	Apoyo emocional
¿Cuándo?	Espacios
Durante toda la estancia del residente en el centro y de forma especial tanto en el ingreso y periodo de adaptación como en los casos de traslado/cuidados terminales.	A través de encuentros formales e informales.
¿Quién?	Personas
Profesionales competentes con sensibilidad y buen trato hacia las personas mayores y su entorno.	Psicólogos apoyados por el resto de miembros del equipo multidisciplinar.

Fuente: elaboración propia

En segundo y último lugar, el modelo cognitivo-conductual es un modelo que frecuentemente tiene aplicación en la práctica clínica y que, desde hace años lleva complementándose con otras terapias. En esta misma línea, Márquez-González (2010:247-248) afirma que “desde hace algunos años se viene experimentando una

renovación propiciada por las llamadas “terapias conductuales de tercera generación” (...), la terapia de aceptación y compromiso, la terapia dialéctico conductual, la terapia basada en la Atención Plena, la terapia activación conductual (...). Las nuevas terapias enfatizan el potenciar en el paciente la capacidad de aceptación. De este modo, se les orienta a aceptar el dolor, el miedo, la frustración, las pérdidas y los cambios que no son controlables o cambiables, de manera que el paciente pueda afrontar los cambios sin dañar su salud psicológica.

De esta forma, la terapia basada en la atención plena, pretende aumentar en el paciente el contacto con el momento presente y hacerle consciente del papel que ejercen las expectativas creadas en la vida cotidiana. Esto puede facilitar a las personas mayores el afrontar el dolor, la enfermedad y las pérdidas. También puede ayudar a que el paciente aprenda a ser consciente de sus pensamientos y aceptar las sensaciones y sentimientos generados sin intentar modificarlos. La terapia dialéctico conductual, que se centra en la flexibilidad cognitiva, la solución de problemas y la regulación emocional, también puede resultar útil para las personas mayores. En la terapia de aceptación y compromiso el paciente va interiorizando cómo los pensamientos negativos pueden ejercer un poder destructivo en la identidad personal y la historia de vida y le va orientando, en cambio, hacia metas personales valiosas para la concepción de sí mismo. Por último, en la terapia de activación conductual, se trabaja a través de la creación de una buena relación terapéutica, para conseguir a lo largo de la terapia, que el paciente supere la inactividad y modifique su entorno de forma que este sea más estimulante y se rompa el círculo vicioso del refuerzo negativo que puede invalidar todo intento de cambio conductual.

Además de estas nuevas terapias es importante resaltar también otros modelos. Entre ellos, el modelo de la psicología humanista. Dado el marco en el que nos encontramos, las intervenciones en las personas mayores, las aportaciones que se pueden hacer desde aquí son especialmente relevantes. Así, desde las teorías de algunos autores como Carl Rogers, psicólogo humanista del siglo XX, se desarrolló la llamada “psicología transpersonal”. En este modelo, la relación terapeuta-paciente es la piedra angular. Este psicólogo defendía, entre otros planteamientos, que en la relación mantenida con el paciente esté podía beneficiarse del terapeuta para su propio crecimiento personal y que para ello el psicólogo debía ser, ante todo, congruente, honesto, genuino y auténtico. Además, este autor subrayó la importancia de la empatía y de la comunicación eficaz en

las relaciones, elementos que pueden resultar vitales en la relación de ayuda con los mayores.

Respecto a la capacidad de la empatía, mencionar que puede contemplarse como uno de los elementos básicos y necesarios para trabajar con efectividad en nuestro ámbito, sin que este término sea entendido como una sobreimplicación en los cuidados. Se trata de captar con claridad el mundo del paciente entendiendo el punto de vista del mayor desde sus propias circunstancias, características personales, situación de vida, etc. La comunicación es otra de las herramientas que todo profesional de ayuda puede ejercer. Para ello, se deben buscar los significados implícitos, los sentimientos y, “lo latente” en cada respuesta. Ser, en nuestras relaciones, conscientes del poder de la comunicación no verbal, aprender a escuchar, dejar a un lado los propios juicios, resistirse a la distracción y tratar de eliminar todas las interferencias de la comunicación. Todas estas habilidades pueden ser aprendidas, desarrolladas y puestas en práctica en el día a día de la vida de las residencias.

La terapia psicológica, además de dirigirse al tratamiento de las personas mayores para el afrontamiento de las pérdidas y otras crisis vitales, presenta también su contribución en el tratamiento de personas mayores con trastornos mentales, demencia y otros trastornos. El enfoque adoptado es el concebir que la sintomatología en estos pacientes también podría, en cierta medida, estar supeditada al entorno y a los patrones cognitivos del paciente. Así, en las alucinaciones y los delirios los síntomas pueden ser aumentados o disminuidos por los cambios ambientales o por la intervención del psicólogo si previamente se ha establecido una alianza terapéutica. También es importante el vínculo que pueda crear con la familia. De esta manera, por un lado, el objetivo sería traspasar el contenido delirante a una situación más ajustada y menos nociva para el paciente. Además podría ser positivo normalizar la situación sintomática de los pacientes. Por otro lado, observando las conductas podría intentarse prevenir las crisis si se identifican las situaciones que las propician. Se podría dotar también, a los enfermos de habilidades de afrontamiento con técnicas de relajación, actividades recreacionales u otras. Además se podría ofrecer a los pacientes una red de apoyo y ayudarles a desarrollar habilidades interpersonales que rompieran con su aislamiento. En cuanto a la intervención en los trastornos de conducta, el enseñar al paciente y a los cuidadores a identificar los antecedentes y los consecuentes de las situaciones a evitar podría ayudar a disminuirlos, sí

además, se introducen otras actividades placenteras y se enseñan técnicas de solución de problemas.

Especialmente durante los últimos años, se han ido realizando numerosos estudios para comprobar el grado de evidencia sobre la eficacia de estas terapias en las personas mayores. Algunos de los estudios que han mostrado la eficacia de estas intervenciones han sido, el realizado por Franco, Sola y Justo (2010) sobre terapia basada en la atención plena en cuidadores y, el llevado a cabo por Ruiz, Cangas y Barbero (2014), sobre la terapia de aceptación y compromiso en la depresión. También, el caso de la ansiedad, algunos autores como Ayers, Thorp y Wetherell (2007) han profundizado en los beneficios de la terapia cognitivo-conductual combinada con el entrenamiento en relajación en personas mayores. Por último se pueden mencionar, en el caso de los trastornos de conducta, los estudios publicados por Logsdon, McCurry y Teri (2007) y por Vaernet (2009) sobre el manejo de las alucinaciones y los delirios en la esquizofrenia.

1.3.2.1.3. Control del medio o modificación del ambiente

Para que las personas mayores tengan una calidad de vida adecuada se les puede proveer de estancias apropiadas, entornos que permitan satisfacer sus necesidades, en los que puedan mantener su dignidad e independencia, establecer relaciones sociales, realizar actividades que fomenten su autoestima, etc. El entorno puede ejercer una importante influencia y, por ello, el análisis del mismo cobra una especial relevancia en el ámbito de las alteraciones conductuales asociadas a la demencia y otros trastornos relacionados.

Para el análisis del abordaje psicoeducativo de los trastornos de conducta en los mayores es adecuado partir de una mirada al macrosistema -qué es la residencia en su conjunto, donde el entorno, el contexto o el ambiente tienen una importancia decisiva- hasta llegar al microsistema -que sería la persona mayor con su pluripatología, situación clínica, etc.- pasando por un lugar intermedio en el que se situarían todas las relaciones establecidas con y por el mayor, entendiendo éstas, las protagonizadas por cuidadores profesionales, familias y otros residentes.

El estudio de todas estas variables centra el interés de algunos autores como Jansen (2013:785) que sostienen que “la adecuación de determinadas características físicas en el entorno residencial, puede paliar la posibilidad de un declive en otras dimensiones de la calidad de vida”. De esta manera, la calidad ambiental es relevante en la satisfacción que

puede experimentar el mayor a su ingreso y durante la estancia en el centro. Desde esta perspectiva, un especial interés cobra el ambiente en el caso de las personas con demencia. El entorno puede ser propicio, cómodo y “amable”. Además, las situaciones de los usuarios fluctúan -a veces rápidamente- y se debe de tratar de que el entorno no suponga una dificultad añadida para la adaptación a todos esos cambios. Además, un aspecto que podría convertirse en una variable determinante es el tamaño. El tamaño hace referencia tanto a la propia infraestructura general del centro como al tamaño de los grupos que reciben una intervención o tratamiento en un momento dado. Teniendo en cuenta que muchas de las personas que residen en centros para personas mayores padecen demencia y trastornos de conducta asociados a dicha patología el hecho de que estas personas se encuentran en grupos más o menos grandes o que la propia infraestructura del recinto sea de un tamaño u otro tiene su importancia. Este importante aspecto está recogido en estudios como el de Fleming y Purandare (2010).

El nivel de ruido y alboroto al que se debe hacer frente todos los días puede variar en relación a todas estas variables, por lo que, en el manejo de dichas conductas el contexto podría ser un elemento esencial. Por distintas circunstancias los centros pueden presentar un tamaño pequeño o moderadamente pequeño. Se puede hablar de entre 15 a 30 plazas, por ejemplo o un tamaño mucho más grande, residencias en torno a las 100 plazas o más. Además, una cosa es el medio físico en el que se encuentre el mayor y otra cosa es el uso que se da a ese entorno, es decir, una residencia grande podría coordinar sus funciones y actividades de manera que durante la mayor parte del día los usuarios se encuentran insertos en grupos de poco tamaño, en el que todas estas variables mencionadas se encuentran mucho más controladas.

Por todo lo mencionado, se hace necesario profundizar en aquellos aspectos que de alguna manera pueden condicionar la vida de estas personas. Las personas mayores pueden verse afectadas tanto por la sobreestimulación sensorial como por una la falta de estimulación producida por ambientes opacos, inactividad, prácticas excesivamente rutinarias, etc. Resulta esencial situarse en un punto óptimo y alejado de un extremo u otro. El gran reto de las residencias se plantea cuando se pretende ofrecer a los usuarios una estancia lo más cercana al “hogar” posible, a través, por ejemplo, de estancias cercanas a su medio más próximo, la posibilidad de decorar de forma individualizada las habitaciones, el involucrar a la familia y al medio comunitario en el ritmo cotidiano del centro, etc.

Teniendo en cuenta el objeto estudio que nos ocupa, a continuación, profundizaremos en la relación entre el ambiente y los SPCD. El objetivo de este análisis será el contemplar algunas de las variables que pueden influir en la aparición de estas alteraciones conductuales y trastornos asociados presentando brevemente cómo se pueden manejar estas situaciones a través de las intervenciones psicoeducativas.

Numerosos estudios recomiendan hacer uso de las intervenciones psicoeducativas para el “control del medio” o la modificación del ambiente (Gitlin, Winter, Dennis y Hauck, 2007; Gitlin, Winter, Vause, Herge y Chernet, 2009). Aunque, en los casos en los que las alteraciones de conducta sean graves o muy graves y la integridad física del sujeto que las presenta o de terceros peligran, se deberá de contemplar el tratamiento farmacológico.

Los pacientes con demencia, que presentan muy mermadas sus capacidades cognitivas, en ocasiones, son incapaces de expresar necesidades. Así, los pacientes en el intento de comunicar lo que les ocurre podrían manifestar comportamientos inapropiados como demandas reiterativas, preguntas constantes, quejidos, gritos, etc. Así, el encontrar satisfechas sus necesidades podría ayudar a que los mayores se mostrarán menos agitados.

Desde esta óptica, los pacientes con demencia se encontrarían muy vulnerables ante el ambiente que les rodea ya que, además, su capacidad para afrontar el estrés se encuentra muy disminuida. Desde este planteamiento, todas las intervenciones centradas en el ambiente podrían beneficiar a estas personas (entorno tranquilizador, etc.).

Por último, las personas con demencia con frecuencia, pueden encontrar muchas dificultades para adaptarse a distintos entornos, bien sean éstos demasiado demandantes o poco estimulantes. En este sentido, muchos problemas de conducta pudieran ser reforzados por los propios cuidadores que, en un momento dado, fomentarían la presencia de entornos con exceso de demanda. Además, a veces, el que los cuidadores respondan excesivamente a los mayores agitados también puede empeorar la situación.

Por todo ello, habría que analizar los potenciales reforzadores de las conductas alteradas. Desde esta óptica, el ambiente influye en las personas y a su vez las personas están influyendo en el medio social, que por otro lado, también forma parte del ambiente. Por ello, el repertorio conductual de aquellas personas que rodean a los pacientes puede

ejercer una importante influencia. Este repertorio conductual es especialmente importante cuando está centrado en el manejo de los SPCD y, éste, en las condiciones ideales, debe de ser el más adecuado para manejar la situación en beneficio de los pacientes.

Ante las alteraciones de conducta, las intervenciones psicoeducativas están más centradas en lograr la disminución general del grado de la agitación del paciente que en intervenir, de forma más específica, en la disminución o eliminación de un síntoma en concreto, intervención más afín a un manejo farmacológico.

Se parte de la premisa de que el individuo con demencia no pueda adaptarse a los cambios del medio por lo que es el entorno el que se debe adaptarse al paciente. Las intervenciones psicoeducativas para el “control del medio” o la modificación del ambiente llevadas a cabo en las residencias podrían contribuir al control de las conductas de agitación e inquietud de los residentes que, sobre todo al anochecer, son muy frecuentes en el medio institucional. En la tabla 6 se explicitan los contenidos, objetivo general y específicos del “control del medio” o modificación del ambiente, tal y como se conceptualiza en la presenta investigación.

Tabla 6. Contenidos, objetivo general y específicos del “control del medio” o modificación del ambiente

Objetivo general	
Intervenir en el control de los SPCD de los residentes y en la prevención de éstos de una forma indirecta a través de diferentes estrategias.	
Objetivos específicos	Contenidos
Evaluar el estado del residente y su entorno tratando de identificar e intervenir en los acontecimientos antecedentes de la conducta problema Cambiar el entorno del residente para el control de la conducta problema.	Control de los SPCD
Evaluar el entorno del residente tratando de identificar e intervenir en los potenciales acontecimientos antecedentes de la conducta problema. Cambiar el entorno del residente para prevenir la aparición de la conducta problema.	Prevención de los SPCD

Fuente: elaboración propia

Todas estas pautas deberán darse por un profesional que conozca bien a los residentes y el medio, la residencia, el personal y las familias, y que sea capaz de individualizar en cada caso las técnicas adecuadas para el manejo de las situaciones

problemáticas. Para ello, deberá de estar bien formado, ser competente y tener una gran sensibilidad en el trato con personas.

Además, es muy importante tener en cuenta los factores orgánicos. Será primordial por lo tanto que este profesional trabaje en conjunto con el resto del equipo multidisciplinar del centro. La agitación podría estar producida por problemas físicos que podrían no ser diagnosticados y tratados si no se mantiene la actitud adecuada y no se toman las decisiones correctas. Ante la presentación de estos cuadros sería un error aplicar exclusivamente un tratamiento sintomático dirigido al cuadro conductual, alucinatorio o delirante sin intentar identificar la causa y tratarla a tiempo.

Las intervenciones psicoeducativas para el manejo de los trastornos de conducta es una opción, por poner algunos ejemplos, en el caso del vagabundeo. Según Osore (2009) descartadas las causas secundarias de vagabundeo como la acatisia, la depresión o la agitación general, puede ser que el paciente esté desorientado, aburrido, necesitando alejarse de una situación estresante o buscando objetos, etc. Algunas estrategias posibles son: promover el vagabundeo del paciente asegurar la no presencia de riesgos de caída o trabajar en la adaptación del residente al centro para evitar el vagabundeo con intención de escape. De igual manera, este autor identifica otras pautas a seguir, por ejemplo, ante las preguntas, llamadas y conductas repetitivas señalando que algunos pacientes pueden agitarse al ignorarse estas llamadas, y otros pueden dejar de hacerlas. Se pueden aportar objetos para el manipuleo repetitivo o prestar atención selectiva a las conductas más adaptativas. Otra opción sería ofrecer un delantal para pacientes con manipuleo de ropas con bolsillos, cierres y botones o aportar nuevas tareas distintas de la conducta problema. En el caso de la conducta sexual inapropiada es importante verificar que no se trate de que no pueden vestirse solos o de que se tocan los genitales por prurito o discomfort. Se debe de reaccionar calmadamente, evitar confrontaciones y actuar de manera en que el paciente pueda entender que su conducta no es aceptada. Además, se puede tratar de distraerlos y evitar reacciones desmedidas. Si se desviste en público, se puede cambiar el tipo de vestimenta, con cierres o botones por detrás, por ejemplo. En caso de masturbación en público distraer al paciente y cambiarlo de sitio.

Son muchas las posibilidades de actuación según sean las conductas problema objeto de intervención. Sin embargo, se pueden establecer algunas pautas generales como son evitar la sobreestimulación, evitar los riesgos y las posibles situaciones conflictivas,

los métodos de distracción y las estrategias de comunicación. En la tabla 7 se reflejan todas estas pautas desde la concepción de lo que es el “control del medio” o la modificación del ambiente, tal y como se entiende en el presente trabajo.

Tabla 7. Metodología del “control del medio” o la modificación del ambiente

¿Cómo?	Herramientas
Cambiando el ambiente a través de la eliminación de ruidos, número de personas que rodean al usuario, tareas que sobrepasan su capacidad, el desorden, la iluminación, etc.	Evitación de la sobreestimulación
Mantener fuera del alcance objetos peligrosos o distanciar al usuario de situaciones potencialmente peligrosas. Controlar que otros residentes no entren en conflicto con el residente que presenta la conducta problema.	Evitación de riesgos y las posibles situaciones conflictivas
Producir cambios en las rutinas/entorno para dar respuesta a las distintas necesidades del paciente o permitir su distracción, a través de actividades productivas, el desarrollo de pequeñas tareas, o también, participando en distintas actividades.	Métodos de distracción
Calmar al paciente a través de 1) la comunicación no verbal y el contacto físico y 2) la comunicación verbal: la escucha activa, la validación y la empatía.	Estrategias de comunicación
¿Cuándo?	Espacios
Siempre que el resultado de la evaluación del ambiente sea la detección o la probabilidad de aparición de conductas problema. Sobre todo al atardecer.	Sobre todo, zonas comunes donde el ruido y la aglomeración puedan ser elementos precipitantes.
¿Quién?	Personas
Profesionales capaces de evaluar el ambiente y adelantarse a la aparición de las conductas problema.	Psicólogos que trabajen en conjunto con el resto miembros del equipo multidisciplinar.

Fuente: elaboración propia

Diversos estudios han destacado las limitaciones en el estudio de los SPCD (Gitlin, Marx, Stanley, Hansen y Van Haitsma, 2014; Wetzels et al., 2010), en este último estudio se señala que la calidad metodológica de las investigaciones pueden estar limitadas por el tamaño pequeño de las muestras, los cortos períodos de seguimiento y la gran variedad de instrumentos utilizados.

Otros estudios a destacar son los que se han centrado en las modificaciones del ambiente para el control de los SPCD (Crespo, Hornilos y Gómez, 2013; Marquardt y Schmieg, 2009; Marquardt, 2011; Verbeek, Zwakhalen, Rossum, Ambergen y Kempen, 2010; Verbeek, Zwakhalen, Rossum, Kempen y Hamers 2013; Lai, Yeung, Mok y Chi, 2009).

Además, resultan especialmente interesantes los estudios llevados a cabo por van de Ven et al., 2013 y Kuiper, Dijkstra, Tuinstra y Groothoff, 2009) centrados en el uso de la herramienta Dementia Care Mapping (DCM), metodología de observación que se ha utilizado ampliamente como práctica de asistencia centrada en las personas y también como herramienta para la investigación. A través de la misma también se han llevado a cabo actuaciones por parte del personal de los centros para el control de las conductas problemáticas en la demencia.

1.3.2.1.4. La formación a las familias y al personal

Por un lado, en los últimos años se percibe una sensibilidad mayor por atender a las necesidades de las familias cuidadoras de las personas mayores dependientes o con demencia. Esto ha llevado a la preocupación por dar respuesta a la demanda, cada vez mayor, de apoyo asistencial, emocional o de formación. La familia, a partir del momento en que su familiar ingresa en una residencia, debe afrontar también un proceso de adaptación. En función de los recursos ofrecidos y utilizados por las familias, este proceso podrá ser más o menos complicado de solventar.

Por otro lado, la intervención con el personal en el medio residencial persigue formar y apoyar a los trabajadores desde el primer momento, dándole unas pautas a seguir que favorezcan el manejo de situaciones y fomentando la coordinación entre el centro y la familia. El siguiente capítulo se dedica al desarrollo pormenorizado de los diferentes aspectos relacionados con la formación de los cuidadores formales e informales.

2. LA FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES FORMALES E INFORMALES

2.1. Condicionantes para una formación efectiva de los cuidadores informales

Así como los cuidadores formales, en la mayor parte de los casos, acceden al puesto de trabajo con una formación previa, los cuidadores informales aprenden a cuidar a su familiar en lo “cotidiano”, “en el día a día” y a través del ensayo y el error. Algunos autores como Gómez (2007:60-71) afirman que “los cuidadores de pacientes con demencia aprenden a sobrellevar el cuidado para afrontar momentos difíciles de ira, cansancio, intolerancia y agresividad producidos por la conducta desordenada del paciente”. El cuidador a lo largo de su cuidado puede experimentar distintos sentimientos como rabia, culpa, frustración, tristeza, impotencia, etc.

En ocasiones, estos sentimientos son resultado de su desconocimiento sobre el proceso de enfermedad o la no asunción de la misma. A través de la formación podemos dotar al cuidador de estrategias que le ayuden a hacer frente a todas estas situaciones y, así, poder manejarlas con mayor facilidad (Ritchter et al., 2012; Möhler et al., 2012; Köpke, et al., 2012). De esta manera, estas emociones se pueden aprender a expresar y pueden ser reconducidas para que emerjan de manera saludable, de forma que no lleguen a afectar al bienestar psicológico del cuidador, y por extensión, a la persona mayor a la que cuidan.

Por todo ello, la formación debe contemplar dos tipos de objetivos: 1) comprender qué es la demencia y cuáles son las estrategias más apropiadas para el manejo de los SPCD y otras situaciones que pueden tornarse complicadas durante los cuidados y 2) entrenar a los cuidadores en estrategias de afrontamiento, enseñarles técnicas de gestión del estrés, de relajación, etc. Así, se requerirá competencia suficiente por parte del formador para lograr que los cuidadores adquieran todas estas destrezas (Köpke et al. 2010; Haut, et al. 2009). Si la formación se realiza en grupo, además, los familiares podrán expresar y compartir con otros las distintas inquietudes, miedos, deseos, etc. y, también, podrán aprender de cómo otros han manejado situaciones habituales, cómo han afrontado la ambivalencia de sentimientos, etc. Si la intervención es a nivel individual se podrá profundizar mucho más en cada caso particular y se podrá establecer una relación de ayuda que también puede resultar muy beneficiosa para el cuidador.

La formación tiene como propósito el desarrollo de competencias, esto es, de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarios para poder dar respuestas exitosas a las

situaciones a las que la persona tiene que enfrentarse (Dolan, Cabrera, Jackson y Schuler, 2007). Distintos estudios se han centrado en la formación de los cuidadores (Arcand, Monette, Monette y Sourial, 2009; Toye, 2013; Hubbard, Halcomb, Foley y Roberts, 2010; Kuske et al., 2009; Batchelor-Murphy, Amella, Zapka, Mueller y Beck, 2015; Aberdeen, 2010).

Respecto a los conocimientos, se puede enseñar a los cuidadores a definir e identificar las causas del comportamiento de la persona mayor con demencia, buscar posibles causas de los mismos, plantear posibles soluciones, implementarlas, evaluarlas y, si es necesario, a utilizar otras estrategias para optimizar los resultados.

En lo que respecta a las habilidades, a través de la formación se pueden entrenar éstas, entre otros fines, para ayudar a los cuidadores a enfrentarse a sentimientos y emociones negativas. Así, la formación tiene también como finalidad modificar o eliminar determinadas creencias y pensamientos negativos que pudieran actuar como barreras u obstáculos para un adecuado afrontamiento del cuidado. Pinder (2008) define las habilidades como el resultado del entrenamiento y la experiencia.

Entre las limitaciones generales que podrían afectar a la eficacia de la formación se encuentra el querer abarcar un número excesivo de contenidos que puede impedir que se consolide el aprendizaje de las habilidades referidas a cada uno de ellos (Pinder, 2008). La formación requiere que se dedique un tiempo al entrenamiento específico en habilidades concretas, si no se dispone del tiempo requerido, otra estrategia puede ser el reducir el número de habilidades entrenadas.

En lo que se refiere a las actitudes, a través de la formación también se puede modificar la forma de sentir hacia la persona mayor y hacia su entorno (Dolan et al. 2007). Se trata de que los cuidadores adquieran una perspectiva en la que no se contemplen solo los déficits sino también las potencialidades de la persona, a pesar de las limitaciones. De igual manera, se trata de que perciban la situación de cuidado, ya sea en la institución o en el domicilio, de una forma más positiva.

2.1.1. En el medio comunitario

El formador debe de ser consciente de que lo aprendido se va a poner en práctica con unos matices particulares: dependiendo del vínculo establecido entre la persona cuidada y el cuidador. Por ejemplo, en el caso de los cónyuges, algunos autores como López et al.

(2013:35-41) han profundizado sobre la repercusión que el acto de cuidar puede tener sobre la relación de pareja, “La relación de pareja es sustituida por una relación aséptica sentimentalmente, con una pérdida total de atributos y dimensiones del rol de esposa/marido”, manifestado por la “carencia del otro”. (...). Existe un desplazamiento del rol de esposos al “rol del cuidador-receptor de cuidados”; se interpreta al otro como un extraño, “por los cambios cognitivos y comportamentales”. Todos estos aspectos deben de tenerse en cuenta en la planificación de la formación ya que cada familiar estará inserto en una dinámica familiar concreta que puede influir en cómo asimila lo que se le trata de transmitir a través de la formación. Se debe de ser muy cuidadoso para no herir a nadie, por lo que será necesario que el formador conozca bien las distintas dinámicas establecidas con la persona cuidada.

Distintos estudios han profundizado en los beneficios de la formación en los cuidadores informales, señalando resultados más o menos positivos, tanto desde los contenidos como desde los conocimientos y las destrezas para el cuidado (Zarit y Femia, 2008; Whitlatch, 2008) como a través del desarrollo de distintas estrategias de afrontamiento (Trapp et al. 2015) o de comunicación con las personas mayores con demencia, como el estudio llevado a cabo por Liddle et al. (2012).

A pesar de ello, hay otros estudios que siguen analizando qué necesidades de formación presentan los cuidadores informales y qué habilidades o competencias necesitan desarrollar (Lewis, 2008; Yedidia y Tiedemann, 2008; Given, Sherwood y Given, 2008). La formación ha demostrado, desde sus limitaciones, beneficios en cuidadores informales en el medio comunitario (Parker, Mills y Abbey, 2008; Spijker et al., 2009)

La labor de cuidado realizada por los familiares engloba la atención a la persona cuidada en su totalidad: vigilancia, acompañamiento, cuidados sanitarios, apoyo instrumental y emocional, etc. Por ello, en muchas ocasiones, es difícil que el cuidador reúna todos los recursos necesarios para hacer frente a esta labor. De la Fuente, González y Guzmán (2011:77) llevaron a cabo un estudio para analizar el perfil de los cuidadores y concluyeron que los cuidadores,

“En relación al nivel de estudios, en el 43% de los casos se dispone de un nivel de estudios primarios (...), el 83% se dedica al cuidado informal sin colaboración formal para ello y un 77,2% indica que el cuidado se realiza con carácter permanente” (De la Fuente, González y Guzmán, 2011:77).

De esta manera, los cuidadores enfrentan situaciones que pueden resultar complejas de manejar sin los suficientes recursos y, además, de forma continuada. Los cuidadores informales deben de saber realizar distintas tareas como son las de higiene y aseo, movilización y traslado de la persona dependiente, suministro de medicamentos y alimentos, manejo de trastornos de conducta, etc. todas estas tareas están asociadas a riesgos potenciales como pueden ser caídas, atragantamientos, lesiones, intoxicaciones, etc. por lo que se debe conocer la manera concreta de realizar las distintas labores.

Las condiciones económicas, sociales y anímicas de los cuidadores muchas veces no ejercen como elementos facilitadores del cuidado sino todo lo contrario. Así, González y Carrero (2009) afirman que la labor del cuidado supone un coste personal y económico que requiere de una gran dedicación de tiempo y otros recursos.

Las personas antes de actuar o enfrentarse a algo, normalmente, hacen una evaluación de su situación personal y una evaluación de las características de la situación. A través de la información que proporcionan dichas evaluaciones, el sujeto se hace una idea de cuáles pueden ser sus probabilidades de éxito. Si el sujeto interpreta que las probabilidades de éxito son bajas, esto puede generar en este sujeto conductas desmotivadoras, mientras que si considera que las probabilidades de éxito son altas, la persona puede actuar más motivada. Los cuidadores informales parten de una motivación determinada ante la formación. Los formadores, entonces, deberían de tomar conciencia de ello y que esto se tradujera en una adaptación real de los contenidos y metodologías de enseñanza a los intereses y características personales de los cuidadores. De esta manera, podrían organizarse situaciones de aprendizaje que les pudieran involucrar y reforzar positivamente.

Autores como Crede y Kuncel (2008) han profundizado en la importancia de las actitudes en la formación. Otros autores lo han hecho en las distintas variables de la personalidad (Roberts, 2009; Hong, Panonen y Slade, 2008). Así, en la formación hay que considerar los intereses, motivaciones, necesidades, particularidades y potencialidades de los cuidadores, en un momento dado. Además sería recomendable emplear métodos activos con los que se pudiera promover la participación y a través de los que pudiera aplicarse con mayor facilidad lo asimilado a las situaciones reales.

Por último, en las sesiones de formación sería positivo, por lo tanto, aludir a tareas que respondieran a los diferentes niveles de complejidad que los cuidadores pudieran

encontrarse en el manejo de las distintas problemáticas en la práctica diaria o lo que es lo mismo, los contenidos resultaran significativos (Zarit y Femia, 2008; Whitlatch, 2008). Aun así, la selección de los contenidos podría resultar no suficiente y sería necesario organizarlos y estructurarlos en función de unos principios pedagógicos que garantizaran la eficacia y la eficiencia de la formación como pudieran ser: secuencia lógica de contenidos, según la dificultad, secuencia jerárquica, etc.

Otros autores, además de señalar la importancia de cuidar ciertos aspectos en la formación como son el tener en cuenta las expectativas y las actitudes de quien va a recibirla, subrayándose, en este caso, la importancia de las características del formador. Entre ellas, el entusiasmo, el rapport, el carisma, el autoconcepto, los intereses, etc. Un buen formador, en palabras de Doménech (2012:124) es aquel que, “además de poseer las aptitudes y destrezas necesarias (poder), está motivado (querer)”.

2.1.2. En el medio institucional

La institucionalización de las personas mayores es una realidad cada vez más presente en nuestra sociedad y que parece aumentar con el envejecimiento de la población. En un estudio transversal nacional Ayuso, del Pozo y Escribano (2010:789) realizado con una muestra representativa que ascendía a 690 personas concluyó que,

“Los individuos con edades comprendidas entre 65 y 74 años tenían prácticamente seis veces más probabilidad de estar institucionalizados, frente a no estar institucionalizados, que los de edades inferiores a 65 años. La probabilidad aumentaba hasta 16 veces para individuos de edad igual o superior a los 95 años” (Ayuso, del Pozo y Escribano, 2010:789).

Los cuidadores familiares están motivados para dispensar cuidados por diversas razones como la reciprocidad y el amor que sienten hacia su familiar, tal y como lo señalan autores como Brodaty y Donkin (2009). Sin embargo, la atención institucionalizada se vuelve necesaria cuando, por diversas circunstancias, a los familiares les resulta imposible atender adecuadamente a la persona en su medio habitual o cuando habiéndose dispensado ya cuidados, la evolución de la enfermedad, obliga a continuarlos fuera del domicilio en un medio con más recursos médicos, asistenciales, etc.

Los cuidadores con frecuencia no se encuentran psicológicamente en las condiciones adecuadas de enfrentar el cuidado, tal y como afirman Larrañaga et al. (2009) parece evidente, por lo tanto, que se hace necesaria la formación de los cuidadores

informales. Además, si éstos han tomado la decisión de ingresar a su familiar en una residencia, deben enfrentarse a una nueva situación de cuidado y acompañamiento, no exenta de dificultades, sobre todo, por las implicaciones emocionales que ello conlleva.

Además, la progresión de la demencia disminuye en las personas mayores la independencia y la autoestima, tal y como reflejan autores como Beuscher y Grando (2009), pero al mismo tiempo, la permanente provisión de los cuidados a largo plazo, puede provocar en los cuidadores, la percepción de que las demandas superan la propia capacidad de cuidar (Erder et al., 2012; Takai et al., 2009).

Así, en la formación a los cuidadores se deberá de detectar y dar respuesta a necesidades concretas por lo que se tiene la oportunidad de desarrollar estrategias educativas innovadoras, centradas en el aprendizaje real y en el análisis y transformación de las distintas situaciones cotidianas. Sánchez y Benítez (2014:294) lo expresan así: “No olvidemos que cuidar de una persona que padece esta enfermedad no es una tarea fácil, sus efectos se expanden a la propia dinámica familiar, el clima de la misma, las relaciones de sus miembros, etc. (...)”. Por ello, la formación debe de ser continuada o mantenida en el tiempo y, en el caso de la formación en el medio residencial, sería positivo que durara lo que dure la estancia de la persona mayor en el centro. Únicamente de esta forma, se podría ofrecer a través de un equipo de profesionales competentes, organizados interdisciplinariamente, una atención profesional, cercana, personalizada y humana, considerando la familia como uno de los ejes centrales de la intervención con el usuario. Los programas de intervención con las familias pueden, en algunos casos, resultar determinantes para los residentes así como para el personal.

Por último, señalar que distintas investigaciones han analizado la efectividad de la formación en los cuidadores para el manejo de los SPCD encontrando que pese a las limitaciones, los resultados son esperanzadores (Board, Heaslip, Fuggle, Gallagher y Wilson, 2012; Resnick, Cayo, Galik y Pretzer-Aboff, 2009; Barbosa, Nolan, Sousa y Figueiroa, 2015; Deudon, Maubourguet, Gervais y Leone et al., 2009).

Además, algunos estudios como el de Afram, Verbeek, Bleijlevens y Hamers (2015) han analizado las necesidades de formación concretas en los familiares durante el periodo de adaptación a la residencia concluyendo que los familiares necesitan, tanto conocimiento o información sobre las demencias como asesoramiento y apoyo en la transición al centro y durante toda la estancia de la persona mayor en la institución. Otros

autores en la misma línea (Grabowski y Mitchell, 2009; Lau, Shyu, Lin y Yang, 2008; Kallett, 2007) subrayan la importancia de la formación en estos cuidadores.

Tal y como se entiende en este estudio, la formación a las familias tiene como objetivo enseñar comportamientos y estrategias cognitivas y conductuales para que los familiares sepan cómo actuar con su familiar en las distintas situaciones que se le pueden presentar desde que su familiar ingresa en la residencia. En la tabla 8 se recogen los contenidos, objetivo general y objetivos específicos de la formación a las familias, tal y como se conceptualizan en la presente investigación.

Tabla 8. Contenidos, objetivo general y objetivos específicos de la formación a las familias.

Objetivo general	
Enseñar a las familias estrategias cognitivas y conductuales para saber cómo actuar con la persona mayor en las distintas situaciones que se le pueden presentar desde que su familiar ingresa en la residencia.	
Objetivos específicos	Contenidos
Favorecer la expresión de las emociones, Dotar de estrategias de afrontamiento en la asunción del estado del residente, Erradicar estereotipos sobre la vejez y las residencias, Eliminar pensamientos negativos respecto a la situación de ingreso, el comportamiento del usuario o a su autopercepción como cuidador, Preparar al familiar para el duelo y la pérdida	Programas de intervención cognitiva
Dar pautas generales sobre la interacción adecuada con el usuario Enseñar estrategias para el manejo de los SPCD Involucrar a la familia en los programas y objetivos del centro Mejorar las relaciones usuario/familia	Programas de intervención comportamental

Fuente: elaboración propia

A pesar de la utilidad de estas sesiones de formación, no todas las residencias pueden ofrecer un programa tan completo a las familias. Por lo que sería conveniente que, al menos, en el medio comunitario las familias recibieran la formación suficiente. En este sentido, Olazarán, Sastre y Martín (2012:189-195) realizaron un estudio en el que se había diseñado y administrado una encuesta a 75 cuidadores de pacientes con demencia que habían acudido a revisión a una consulta de neurología y afirmaron que “lamentablemente, (...) sólo un 10,6% de los cuidadores habían participado en algún programa de formación o apoyo al cuidador. Este hecho es especialmente preocupante en una muestra en la que más de la mitad de los pacientes tenía demencia moderada o grave”.

El papel que juega la formación es muy importante. Los cuidadores de personas que sufren demencia se encuentran una situación de vulnerabilidad. Algunos programas de

formación tienen como objetivo informar sobre la enfermedad, evolución, fases clínicas, síntomas característicos, precauciones que se deben de tomar, necesidades asistenciales, etc. Estos conocimientos pueden facilitar el organizarse para afrontar el cuidado de la mejor manera. Otros autores han centrado la formación en el entrenamiento de estrategias de afrontamiento, entrenamiento de habilidades, etc. Beinart, Weinman y Brady (2012) resaltan la importancia de sistematizar adecuadamente en los estudios los contenidos de la formación, aludiendo a que los resultados obtenidos tras la formación pueden ser distintos, si los contenidos están más centrados en unos aspectos u en otros.

Desde la óptica adoptada en el presente trabajo, resulta esencial informar a las familias sobre qué son las demencias y qué son los SPCD pero siempre con la finalidad de que entiendan y asuman la realidad del deterioro de su familiar y tengan más recursos para afrontar las distintas situaciones problemáticas. Es decir, que ambos enfoques para la formación son necesarios pero que el conocimiento de la enfermedad sirve como instrumento para el entrenamiento de las habilidades. Sin embargo, la cantidad de información dada sobre los aspectos patológicos será un aspecto importante a tener en cuenta ya que, en ocasiones, esta información puede aumentar el malestar emocional en las familias, sobre todo en el caso de que los usuarios estén en los primeros estadios de evolución de las demencias. En este sentido, Olazarán et al. (2012:603-604) afirman que “debe explicarse al cuidador el origen de los SCPD y advertir de que su eliminación completa no siempre es posible, por lo que, en ocasiones, deberemos contentarnos con una reducción de la frecuencia e intensidad de los síntomas, dando prioridad al bienestar del paciente”.

Respecto a los beneficios de la formación, Etxeberria et al. (2011) señalan mejoras en el afecto positivo, bienestar subjetivo, regulación emocional y satisfacción con el cuidado. En otra investigación reciente realizada por Sitges y Bonete (2014), se observaron incrementos en los niveles de inteligencia emocional y que los cuidadores verbalizaban una mejora tras la intervención. Algunas de las limitaciones encontradas en todos estos estudios hacen referencia a una ausencia de modelos teóricos que fundamenten de manera rigurosa los contenidos de los programas, la falta de una metodología de intervención que permita generalizar los resultados y la no utilización de procedimientos de evaluación que reflejen convenientemente los efectos de las intervenciones.

La intervención con las familias en la residencia debe de tener continuidad a lo largo de todo el proceso de estancia como un elemento más de la provisión de los cuidados al residente. La información dada a las familias y el apoyo ofrecido tiene que ajustarse a cada situación concreta. No todas las familias tienen las mismas necesidades y éstas podrán variar según la situación, siendo diferentes en cada estadio de la enfermedad, cada etapa distinta del proceso de adaptación al centro, etc. Además, cada familia presenta unas dinámicas de relación distintas, el vínculo establecido con el residente no será igual en cada caso, etc. Tanto la intervención a nivel individual como grupal puede ser beneficiosa. En la individual, se puede asesorar y apoyar de manera específica en cada caso y, en la intervención grupal, los familiares pueden aprovechar un espacio compartido en el que, gracias a las contribuciones de otras personas que están atravesando circunstancias parecidas, pueden aprender de otros, sentirse apoyadas por otros y desahogarse en un espacio controlado. En la tabla 9, se refleja la metodología de la formación a las familias.

Tabla 9. Metodología de la formación a las familias

¿Cómo?	Herramientas
Interviniendo a nivel cognitivo y conductual. Fomentando la adquisición de estrategias conductuales y psicológicas.	Terapia individual cognitivo-conductual
Promover la interacción positiva entre usuario/familia/centro	Apoyo social
Reforzar selectivamente incrementando las conductas adaptativas y tratando de eliminar las desajustadas o desadaptativas.	Control comportamental
Ayudar y acompañar al familiar a través de la escucha activa y la empatía. Promover la expresión de las emociones desde el establecimiento de la relación de ayuda	Apoyo emocional
¿Cuándo?	Espacios
Durante toda la estancia del residente en el centro y de forma especial tanto en el ingreso y periodo de adaptación como en los casos de traslado/cuidados terminales.	Tanto a través del asesoramiento individualizado como de la intervención en grupo
¿Quién?	Personas
Profesionales competentes que muestren sensibilidad y respeto por la particular dinámica familiar, en cada caso.	Psicólogos apoyados por el resto de miembros del equipo multidisciplinar.

Fuente: elaboración propia

2.2. Condicionantes para una formación efectiva de los cuidadores formales

La realidad de los centros residenciales cuenta con una amplia variedad de funciones que deben desarrollar los trabajadores del centro en los distintos procesos. Aunque el abanico de posibilidades de formación es amplio, los contenidos de la formación se pueden dividir, desde la perspectiva que nos ocupa, en tres: 1) el manejo de los SPCD y 2) la gestión de conflictos 3) las estrategias de afrontamiento para el manejo del estrés en los cuidadores (Trapp et al., 2015). A continuación, se presentan de forma sucinta y se señalan los aspectos que pueden resultar relevantes en cada uno de ellos.

La formación, información y el feedback continuo sobre las diferentes actuaciones del personal pueden ser determinantes para aliviar el impacto de los SCPD (Zarit y Femia, 2008; Whitlatch, 2008). De esta manera, se hace necesario estructurar espacios en los que los profesionales puedan compartir los unos con otros las diferentes prácticas utilizadas en el manejo de estos trastornos, de cara a que puedan enriquecerse de las aportaciones de los demás. Además, estas estrategias de intervención también pueden contemplar modificaciones de carácter organizativo y estructural para poder minimizar los efectos de los mismos y éstos deben de ser compartidas con todo el personal. Así, la formación en este manejo, desde un punto de vista pedagógico, supone entender los procesos de formación como realidades complejas en las que el formando debe de implicarse y mantener una posición activa que le permita compartir espacios de interacción para beneficiarse de las aportaciones de los otros profesionales, y entre ellos, el formador (Lave y Wender, 1991; Ritchter, 1998).

Según Vidal-Abarca, García y Pérez (2010:25-198) el proceso de formación es aquel en el que un “experto va introduciendo paulatinamente a un novato en la resolución de tareas y problemas cada vez más complejos, hasta que éste logra el nivel de pericia deseado”, sin embargo, desde una perspectiva de “aprendizaje socializado” (Vygotski, 1979), el papel esencial del formador es el de mediador. Su acción facilitadora más importante es la de proponer y elegir situaciones diversas, presentadas adecuadamente dentro de la zona de desarrollo proximal del trabajador. Seleccionar, organizar, presentar y trasladar el contenido de la formación para que se adecue a la etapa de desarrollo en el que se encuentre cada trabajador es una tarea ardua, pero que a largo plazo puede dar sus frutos.

El mismo proceso de aprendizaje significativo es necesariamente complejo y, en consecuencia, su realización requiere de un periodo de tiempo prolongado. El trabajador tiene un papel activo en sus procesos de aprendizaje a través de su propio cuestionamiento sobre qué es lo que quiere aprender, porque y para qué. Así, la creación de contextos en los que el ambiente de trabajo sea realmente colaborativo y en los que la verbalización y el intercambio de significados sea la nota dominante, adquiere una especial relevancia.

Vygotski (1979) introdujo la noción de Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) que es la distancia entre el nivel de desarrollo real del trabajador y el nivel más elevado de desarrollo potencial en la resolución de los problemas. El aprendizaje se produce partiendo de la ZDR (Zona de Desarrollo Real). Para este autor debe existir una distancia adecuada entre la ZDP y la ZDR, que no sea ni demasiado excesiva ni insuficiente. Así, mediante el “aprendizaje socializado” dos trabajadores con distintos niveles de ZDR pueden beneficiarse uno del otro y uno ayudar al otro a alcanzar el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes necesario para desarrollar las distintas tareas.

El repertorio conductual que manifiestan los profesionales del centro ante distintas situaciones, en muchas ocasiones es replicado por los residentes del centro. Las acciones emprendidas en cada momento deben estar orientadas a la extinción de conductas desadaptativas y a la adquisición de otras más funcionales o ajustadas ya que un nivel alto de conflicto no es un clima adecuado para la prevención de SPCD sino que, al contrario, puede constituirse como un “facilitador” para la aparición o mantenimiento de algunos trastornos de conducta o rechazo de cuidados. También puede darse la posibilidad de que los conflictos sean iniciados o mantenidos por una falta de habilidades, no sólo de los propios residentes sino también de los profesionales o las familias. En estas situaciones, se puede intervenir e iniciar un proceso de formación para cada trabajador de cara a que este profesional supere dichas carencias (Liddle et al., 2012). Así, la formación será tanto grupal como individual, e individualizada en cada caso particular.

Además, en el “a día a día” los trabajadores van aprendiendo. En relación al “aprendizaje autorregulado” (Vidal-Abarca et al. 2010), la participación del personal en el proceso de formación es fundamental. Se pasa a considerar a quien recibe la formación como un procesador activo, que no sólo repite la información como mero receptor sino que opera sobre ella. Cuando el cuidador alcanza un nivel de dominio considerable y es poseedor de unas competencias determinadas, se maneja por procesos de autorregulación.

Así, los cuidadores a través de la formación pasarían de observar las actuaciones de los demás e imitarlas a aprender por ellos mismos a realizar las tareas y, a través de procesos de autorregulación, ser capaces de adaptar sus actuaciones a los requerimientos del contexto.

Por último, el formador debe de dotar a los trabajadores de las estrategias necesarias para afrontar los cuidados sin que el estrés o la sobrecarga incidan negativamente en su desempeño. Para ello, también se deberá de contribuir a generar equipos de trabajo con un buen funcionamiento, lo que requiere aprender a trabajar más y en equipo, de forma que todos puedan aportar y buscar soluciones en común (Siemens, 2006). También una buena accesibilidad al equipo técnico del centro y a la dirección puede ayudar a manejar las preocupaciones e inquietudes, lo cual, a su vez, puede contribuir a una adecuada gestión del estrés. En muchos casos, las labores de asesoramiento e intervención que se encuentran a medio camino entre la formación y la terapia psicológica pueden ser beneficiosas. En dichas intervenciones pueden confluir elementos como la formación en la resolución de problemas, la transmisión de conocimientos, el apoyo psicológico y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Los trabajadores deben de mantener una actitud abierta hacia el cambio, poner en práctica la autocrítica y adaptarse de forma reiterada a los nuevos contextos. El grupo de trabajadores puede presentar amplias diferencias individuales respecto a las motivaciones, necesidades, etc., por lo que la disponibilidad para aprender puede variar mucho según los casos. Por ello, se debe de evitar que la metodología sea excesivamente dirigida para que los trabajadores puedan aportar, participar y contribuir positivamente durante la formación (Siemens, 2006), el aprendizaje se realiza sobre todo por imitación (Anderson y Dron, 2011). El formador debe de saber interactuar con el grupo, orientarles, e incentivarles (Kop y Hill, 2008).

Para ello, es importante planificar bien la formación y elaborar métodos concretos y contextualizados de aprendizaje que puedan facilitar un clima adecuado en el grupo o en el contacto con el trabajador, si la formación se lleva acabo de forma individualizada (Martínez 2011). La formación se realiza para incrementar el nivel de conocimientos y habilidades en el trabajo y cada trabajador se puede situar en un nivel competencial distinto del que se partirá en la formación.

En relación con el papel que tienen los cuidados ofrecidos por los cuidadores profesionales en las residencias en el bienestar de la persona mayor y su entorno, algunos autores han definido la formación a los cuidadores profesionales desde un punto de vista común al adoptado en el presente estudio y lo han hecho de la siguiente manera:

“La información y educación acerca de la demencia y su tratamiento, con especial énfasis en los síntomas conductuales y psicológicos asociados (SCPD), mejora el bienestar psicológico del personal de enfermería y auxiliar de las instituciones y reduce el empleo de sujeciones mecánicas y de neurolépticos.” (Olazarán y Bermejo, 2009:30)

La aplicación de programas tales como la formación del personal en el medio residencial puede requerir de un importante cambio de actitudes de los distintos profesionales. Así, no será conveniente aplicar estos programas como respuesta a casos especiales o situaciones problemáticas concretas sino como una iniciativa global que requiere de la afectación y la implicación tanto de la dirección como del personal del centro. Además, el planificar rigurosamente estas intervenciones, de manera que se concreten los medios de evaluación y se establezcan en qué medida podrían conseguirse los objetivos propuestos, puede contribuir a la efectividad del programa y a que a éste se le dé continuidad.

Por un lado, la capacidad de adaptación que posea la persona mayor puede influir en el comportamiento que manifieste en el centro y en la aparición de desajustes sujeto-centro. Normalmente, la vida en las residencias está sujeta a una serie de ritmos, praxis de cuidados y rutinas habituales que la persona mayor desconoce en un primer momento. A todo esto, hay que añadir la falta o la pérdida de autonomía física, intelectual o sensorial que pueden presentar los residentes. La persona mayor institucionalizada, además, puede presentar patología psiquiátrica, falta de apoyo familiar y otros condicionantes que jueguen en su contra en todo este proceso.

Por otro lado, es frecuente que el mayor ingrese en un medio desconocido en el que se encuentre rodeado de personas que no son su familia y de las que va recibir cuidados tan íntimos como la asistencia a las actividades básicas de la vida diaria. También es frecuente, que estas dificultades se presenten asociadas a un gran número de enfermedades o situaciones clínicas como la demencia. El personal del centro debe asistir, acompañar y apoyar a la persona mayor, la cual atraviesa todas estas dificultades. En la tabla 10 se

señalan los contenidos, objetivo general y objetivos específicos de la formación al personal tal y como se concibe desde la perspectiva adoptada en este trabajo.

Tabla 10. Contenidos, objetivo general y objetivos específicos de la formación al personal.

Objetivo general	
Enseñar estrategias cognitivas y conductuales para saber cómo actuar con el residente en las distintas situaciones que se le pueden presentar al personal en los cuidados.	
Objetivos específicos	Contenidos
Conocer que son los SPCD, las demencias y otros trastornos relacionados además de otra patología asociada al envejecimiento.	Adquisición de conocimientos en torno a los SPCD.
Conocer qué variables pueden influir en la aparición de estas alteraciones conductuales y trastornos asociados y como se pueden manejar estas situaciones a través de intervenciones psicoeducativas.	Entrenamiento de habilidades en el manejo de los SPCD.
Desechar los prejuicios asociados al envejecimiento y adquirir una actitud positiva frente a las tareas relacionadas con el puesto, el entorno de trabajo y los objetivos de centro.	Adquisición de actitudes adecuadas al puesto.
Dotar al personal de estrategias para manejar la sobrecarga producida por los trastornos de conducta y otras situaciones del contacto diario con los usuarios.	Entrenamiento en el manejo del estrés y la sobrecarga.

Fuente: elaboración propia

Para atender a todas estas necesidades de la persona mayor, el trabajador y, en concreto, el auxiliar, se puede servir tanto de la formación inicial como de la formación continua. Según la Diputación Foral de Bizkaia (2013), la formación que ahora se le exige al personal de las residencias se restringe al título oficial de auxiliar de enfermería en el caso de las auxiliares u otro análogo, como es el certificado de profesionalidad. La Diputación Foral de Bizkaia (2011:31) subrayaba que “la formación continua durante el año 2010 está presente en un 52% de los centros siendo el número medio de los cursos impartidos de 2,58 cursos por centro en ese mismo año”. En el mismo documento, publicado en este caso por la Diputación foral de Bizkaia en el año 2009, no se alude a la formación continua de los trabajadores.

Ante esta realidad, se presenta la formación en este trabajo como una formación mucho más sistematizada a realizar en los centros para personas mayores con el personal auxiliar. En la tabla 11 se señala la metodología de la formación al personal tal y como se concibe desde la perspectiva adoptada en este trabajo.

Tabla 11. Metodología de la formación al personal

¿Cómo?	Herramientas
Formación llevada a cabo por un profesional que conozca bien el centro, el personal y los usuarios para que la formación se pueda transferir al puesto con mayor facilidad. Formación proactiva realizada de forma periódica durante todo el año en todos los casos.	Formación interna y sistematizada.
Formación que involucre tanto al personal del centro como a la alta dirección. Pautas de actuación asimiladas por el personal y que formen parte de su praxis diaria sin requerir un esfuerzo adicional sino como una “habitual forma de trabajar”.	Formación como “cultura de centro”.
Realizar un análisis de necesidades de formación individualizada en cada trabajador a partir del perfil competencial. Evaluar la formación dada y el desempeño del trabajador tras la formación. Insistir cuantas veces sea necesario a través del asesoramiento individualizado al trabajador hasta el logro de los objetivos propuestos.	Evaluación de las necesidades y evaluación de la formación
Desarrollar en los trabajadores la capacidad de aprender de otros, promover el desahogo emocional y el apoyo mutuo, a través de la creación de espacios para la resolución conjunta de problemas y la colaboración entre trabajadores	La formación como un medio para el aprendizaje interpersonal, la expresión de emociones y el apoyo mutuo
Utilizar distintas estrategias como el refuerzo positivo y el incremento de la participación de los trabajadores para fomentar la superación personal como motor de cambio	La formación como cambio de actitud hacia la automotivación
Lograr que los factores tanto físicos como sociales de la aplicabilidad de la formación sean una realidad en las residencias. De forma que, los trabajadores perciban de manera positiva su lugar en la organización, la dirección se implique en la formación y en la mejora continua y los compañeros, la infraestructura y el clima general del centro sean elementos favorecedores de la aplicabilidad o la transferencia de la formación al puesto de trabajo.	Formación con fácil aplicabilidad al puesto de trabajo (transferencia de la formación)
¿Cuándo?	Espacios
Desde que el trabajador comienza a trabajar en el centro y durante todo el tiempo que éste realice funciones en el centro.	Sesiones grupales de formación, asesoramiento individualizado periódico, apoyo al trabajador cuando se precise. Formación continua y formación inicial.
¿Quién?	Personas
Profesionales capaces transmitir entusiasmo y de contagiar implicación en los objetivos del centro, con influencia personal y liderazgo carismático	Psicólogos

Fuente: elaboración propia

Llobet, Canut, Mateu y Rodríguez (2010) observaron que en este colectivo, a la mayoría de los trabajadores les gusta su trabajo y están motivados y, sin embargo, manifiestan estar poco valorados y remunerados y piensan que la formación es importante para ofrecer unos cuidados de calidad. Diferentes estudios han destacado los beneficios de la formación al personal en las residencias, en mayor y menor grado (Kuske et al., 2009; Kuske et al., 2007; Carlson, Rämngard, Bolmsjö y Bengtsson, 2013). Algunos estudios, además, han subrayado el cambio de actitudes como consecuencia de la formación en los centros a los cuidadores formales (Deasey, Kable y Jeong, 2014; Halek, Dichter, Quasdorf, Riesner y Bartholomeyczik, 2013; Seike et al., 2014; Kada, Nygaard, Mukesh y Geitung, 2009).

Respecto a los beneficios concretos obtenidos con la formación en los estudios consultados se señalan: 1) beneficios respecto al manejo de los SCPD como la agitación y otros trastornos de conducta (Spector, Orrell y Goyder, 2013; Noguchi, Kawano y Yamanaka, 2013). En este último estudio, se menciona como la formación ha disminuido los SPCD e incluso, ha incrementado las conductas prosociales en los residentes. Estos autores también aluden a la necesidad de que esa formación sea continua para que se mantengan los efectos positivos. Castro, Dalpai y Camzzato (2013), también encuentran resultados positivos en este sentido, aunque los interpretan con cautela señalando la necesidad de una mayor estandarización para que los estudios puedan ser replicados y se puedan sustentar de forma más consistente por la evidencia científica. También enfatizan la necesidad de una mayor evaluación de la formación. Otros estudios (Mellor et. al., 2015; McCabe et al., 2014) analizaron la utilidad del uso de protocolos de actuación dirigidos al personal de los centros encontrando resultados positivos pero haciendo mención, de nuevo, al necesario aumento en la investigación en este campo. 2) beneficios respecto al manejo de SPCD como apatía y depresión. Algunos estudios como el llevado a cabo por Smith, Stolder, Jagers, Liu y Haedtke (2013) han encontrado beneficios de la formación en este sentido, habiéndose aumentado el reconocimiento de la sintomatología depresiva en los mayores a través de la formación. 3) beneficios en los cuidadores formales en la mejora de las estrategias de comunicación hacia las personas con demencia en las residencias (Weitzel et al., 2011; McGilton et al., 2011; Sprangers, Dijkstra y Romijn-Luijten, 2015). Algunos estudios como el llevado a cabo por Belzij y Vézina (2015) ya han identificado una relación entre los modos de comunicación de los cuidadores formales y la presencia de conductas de rechazo de los cuidados en personas

con demencia. 4) beneficios en la reducción del uso de medidas de restricción física. Algunos estudios (Testad et al. 2015; Testad, Ballard, Bronnick y Aarsland, 2010) han señalado beneficios de la formación en este sentido. Como contrapartida, en otros estudios como el realizado por Möhler et al. (2012), se ha concluido que no hay pruebas suficientes para apoyar estos resultados. 5) beneficios respecto al uso de psicofármacos. Distintos estudios se han centrado en analizar esta relación (Daly, Bay, Levy y Carnahan, 2015; Desai y McFadden, 2013; Bowman, 2012) habiendo algunos estudios que han destacado los beneficios de la formación en la disminución de la prescripción de psicofármacos (Lemay et al., 2013; Booker, Latham, Evans, Jacobson y Perry, 2015).

2.2.1. La necesidad de la formación y los factores motivacionales.

A continuación se introducirán algunas ideas básicas respecto a la necesidad de la formación en los cuidadores formales y se hará referencia con brevedad a los factores motivacionales, muy importantes factores a tener en cuenta en la formación.

Hasta hace unos años desde la educación formal se garantizaba que con la formación inicial adquirida tras la culminación de los estudios, se podía hacer frente a las exigencias del mercado de trabajo. En la actualidad, en cambio, la fuerte competencia tanto a nivel individual como a nivel organizacional, la velocidad en la que se introducen cambios legislativos que afectan a las cualificaciones, el grado de especialización requerido por las empresas, la saturación del mercado laboral y otros factores hacen que la formación de partida sea insuficiente y la actualización permanente de los conocimientos y habilidades sea necesaria para adaptarse a los cambios de una sociedad permanentemente cambiante. De esta forma, la formación continua se convierte en esencial.

En nuestra Comunidad Autónoma, durante los últimos años el personal auxiliar de los centros gerontológicos ha ido, paulatinamente, actualizándose y completando su formación. Así, muchos trabajadores han pasado por procesos de acreditación de la competencia de la Agencia Vasca para Evaluación de la Competencia y la Calidad de la Formación Profesional. De esta forma, se están acreditando competencias adquiridas a lo largo del desempeño profesional e incluso en el ámbito no formal. Así, los cuidadores formales en las residencias pueden presentar distintos grados de formación, todos ellos equivalentes: a) título de Formación Profesional de grado medio de cuidadores auxiliares de enfermería b) título de Formación Profesional de grado medio de atención sociosanitaria c) acreditación de la experiencia profesional a través del Certificado de

Profesionalidad de atención sociosanitaria de personas dependientes en instituciones sociales. No obstante del trabajo diario en los centros, frecuentemente, se derivan necesidades de formación frente a las que la organización debe responder si quiere mantener la eficacia del trabajo de estos profesionales (Martínez 2011). Por lo que esta necesidad de formación continua se presenta como prioritaria y esencial en el ámbito de las residencias para mayores y debe ser liderada con competencia. Whitehead, Weiss y Tappen (2014:8-9) definen las cualidades de un buen líder señalando las siguientes: “coraje, actitud positiva, iniciativa, energía, integridad, optimismo, perseverancia, generosidad, habilidades para manejar el estrés y autoestima”. Un buen formador puede ser un buen líder si desarrolla también las capacidades de liderazgo. Si el formador, además, es líder, esto sin duda puede ayudar a que se alcancen mejor los objetivos de la formación.

En síntesis, el formador debe conocer cómo motivar y debe de saber que esto no consiste esencialmente en hacer más sencilla y entretenida la labor sino que debe de partir de una buena programación o planificación en la que se tenga en cuenta los intereses particulares de quién va a recibir la formación. Así, según Doménech (2012:124-435),

“La programación de la formación parte, por tanto, del conocimiento previo de la realidad (...), estaremos hablando de: objetivos del ámbito de los conocimientos (“saber”), objetivos del ámbito de las habilidades (“saber hacer”), objetivos del ámbito de las actitudes (“saber hacer” y “saber estar”)” (Doménech, 2012:124-435).

Desde la perspectiva adoptada en este estudio, la automotivación es la capacidad que puede poseer la persona para motivarse ante las distintas tareas y que le permite perseverar hasta lograr los objetivos. Villa y Poblete (2007:205) afirman que “la persona automotivada, consciente de sus propias capacidades y limitaciones, se dispone con el ánimo necesario para desempeñar las tareas que tiene encomendadas, empeñándose en desarrollar sus capacidades y superar sus limitaciones”. Así, la persona automotivada se sitúa en su realidad desde un punto de vista objetivo y siendo consciente de sus recursos y dificultades se propone metas ajustables a sus necesidades de manera que las dificultades no impiden seguir avanzando en la consecución de las metas. En palabras de Maslow (1993:248) “la auto-estimación saludable basada no sólo en la aprobación de los otros, sino también sobre los logros y éxitos reales y sobre la auto-confianza realista que deriva”.

Whitehead et al. (2014:6) aluden a la teoría de la motivación según Maslow en la que se establecen las categorías de necesidades en forma de pirámide donde se sitúan de las más básicas a las superiores las siguientes: “fisiológicas, seguridad, de pertenencia, autoestima y autorrealización”.

También hace referencia a la teoría de la motivación según Herzberg (1974) el cual estableció dos tipos de factores, los factores de higiene: “política organizacional, supervisión, relaciones interpersonales, condiciones laborales, salario” y los factores motivacionales: “logro, reconocimiento, el propio trabajo, responsabilidad”. Tras las teorías introducidas por estos autores hubo otros que profundizaron también en conceptos tan importantes en el ámbito de la formación como la motivación intrínseca, McCombs (1984) o la autorregulación (Lan, 1996; Zimmerman, 1990). Villa y Poblete (2007) señala respecto a la automotivación: “para poder ser una persona automotivada es necesario contar con el conocimiento de uno mismo y haber desarrollado la autoestima”. Así, la persona automotivada persigue cubrir las necesidades de autoestima y autorrealización según Maslow (1993).

2.2.2. Planificar la formación desde el enfoque de competencias

Tal y como se ha mencionado, antes de implementar la formación está debe planificarse. En toda planificación deben determinarse las necesidades de formación con el objetivo de que la formación resulte afectiva. Así, se deberán de decidir los objetivos de la formación y qué habilidades, conocimientos y actitudes se quieren abarcar. Para ello, se partirá de qué tareas hacen los cuidadores, a quién dirigen esas tareas, cómo y dónde las realizan pero además, se deberá de conocer bien quién realiza esas tareas, es decir, el perfil competencial de los cuidadores, y así, con ello se podrá establecer de forma personalizada las necesidades de formación en cada cuidador.

El enfoque basado en competencias forma parte de las políticas educativas desde hace unos años. Este enfoque, entre otros fines, persigue que el formador organice la formación de manera que se pueda dar respuesta a las necesidades concretas de quién la va a recibir.

La formación se debe ajustar a las necesidades de formación reales, de cara a conseguir mayor efectividad. No obstante, este enfoque implica hacer un importante esfuerzo por planificar convenientemente la formación, estudiar bien qué competencias se

van a desarrollar, qué metodologías, adaptar, contextualizar, seleccionar y secuenciar adecuadamente los contenidos, etc. huyendo de la tradicional organización del conocimiento por disciplinas y adecuándolo y organizándolo en torno a las necesidades y habilidades de quién reciba la formación para que esta verdaderamente sea útil (Franklin y Johnson, 2007; Kember, 2009, Struyven, Dochy y Janssens, 2010). A esta nueva realidad se suma la introducción de nuevas tecnologías, las cuales también pueden servir para estos fines (Galliani, 2008). Así, la formación puede resultar enriquecedora cuando se planifica desde este prisma y se pone al servicio de metas y objetivos propuestos generando procesos de innovación educativa (Thorne, 2008).

2.2.2.1. El concepto de competencia

Es amplia la terminología que los distintos autores han utilizado para referirse a las competencias. Este hecho se complica aún más al haberse añadido al mismo otros adjetivos resultando una gran amalgama de términos: “competencias transversales”, “competencias básicas”, “competencias específicas”, etc. Ante esta gran confusión terminológica se presenta de forma sucinta una alusión al término desde las concepciones que se asumen como más interesantes para el objeto de estudio que nos ocupa.

La formación continua basa su razón de ser en la necesidad de dar respuesta al problema que supone, en ocasiones, la falta de utilidad real en el mercado de trabajo de algunos de los conocimientos adquiridos a través de la educación formal y, aquí es donde tiene sentido el enfoque de competencias. La vida real las personas, las empresas, demandan un “saber hacer” que no está tan basado en conocimientos académicos sino en habilidades prácticas que le permitan a uno desenvolverse con facilidad en distintas situaciones y actuar de forma eficaz (Martínez 2011). Este enfoque, a pesar de sus limitaciones, pretende ayudar a que la formación trascienda de la mera adquisición de conocimientos para que éstos puedan ser aplicados y movilizados en aquellas situaciones que así lo requieran y así, se logren actuaciones con éxito en las distintas circunstancias.

Resulta interesante la visión que aportan Cónsul y Medina (2014) ya que describen de una forma práctica los niveles de competencia según el modelo de Benner. Según este autor, se podrían establecer cinco niveles de competencia. 1) principiante: el que no tiene experiencia y que adopta conductas dirigidas por normas y necesita ayuda para establecer un orden de prioridades. A esta categoría pertenecerían las personas que acaban de incorporarse al mercado laboral. 2) principiante aventajado: profesionales que ya han

afrontado un número suficiente de situaciones prácticas para observar los componentes significativos y recurrentes. El principiante aventajado ya está en condiciones de formular principios que orienten las iniciativas de pautas y guías a seguir. 3) competente: cuando tiene dos o tres años de experiencia en las mismas circunstancias y puede valorar sus iniciativas. Todavía no tiene suficiente flexibilidad, pero tiene la sensación de tener conocimientos y preparación para afrontar las situaciones. 4) aventajado: la experiencia que tiene acumulada le hace percibir espontáneamente las situaciones como un todo global, cosa que le hace capaz de identificarlas y ser eficiente en la toma de decisiones. 5) experto: ya no necesita un principio analítico, sino que capta intuitivamente las situaciones, se centra en el núcleo del problema y actúa partiendo de un conocimiento global de la situación. No todos los profesionales logran llegar a este nivel.

En el modelo holístico de evaluación de Pineda, Belvis, Moreno, Durán y Úcar (2011), estos autores establecen el concepto de “Competencia de Acción Profesional” en la educación sanitaria. Así, afirman que para un desempeño eficiente de la profesionalidad, es necesario saber los conocimientos requeridos por la profesión y, a su vez, un ejercicio eficaz de estos requiere saber hacer; pero, para ser funcionales en el mundo cambiante, es preciso aún más, es decir, es imprescindible un saber estar y saber ser.

Desde el modelo de Pineda, Moreno, Belvis, Durán y Úcar (2012) las competencias se dividirían en a) saber o competencia técnica: conjunto de conocimientos especializados y relacionados con un determinado ámbito profesional, que permiten dominar de forma experta los contenidos y las tareas propias de la actividad laboral. b) saber hacer o competencia metodológica: saber aplicar los conocimientos a situaciones laborales concretas, utilizando los procedimientos más adecuados, solucionando problemas de forma autónoma y transfiriendo las experiencias adquiridas a nuevas situaciones. c) saber estar o competencia participativa: conjunto de actitudes y habilidades interpersonales que permiten a la persona interactuar en su entorno laboral y desarrollar su profesión. d) saber ser o competencia personal: características de actitudes personales hacia sí mismo, hacia los demás y hacia la propia profesión, que posibilitan un óptimo desarrollo de la actividad profesional.

Martínez (2010) ha definido las competencias en el ámbito concreto de las residencias para personas mayores señalando seis competencias básicas desde un modelo de atención centrada en la persona: 1) supervisión, apoyo y asistencia a las personas

usuarias en las actividades básicas de la vida diaria y en apoyo a su proyecto de vida, 2) desarrollo de tratamientos y actividades estimulativas/terapéuticas dirigidas a mejorar/mantener el estado funcional, cognitivo y psicoafectivo, 3) interacción y comunicación positiva con las personas usuarias, 4) información, orientación, cooperación y apoyo a las familias, 5) Diseño, desarrollo y seguimiento de los Planes de Atención y Vida (PAyV) y 6) planificación de los procesos e intervenciones en el centro.

Autores como (Blankhall, Hawkes, Hingley y Wood (2011) han profundizado en los procesos de comunicación del personal con las personas afectadas de demencia a través del modelo VERA (Validation, Emotion, Reassurance y Activity). De Vries (2013), por su parte, han analizado los efectos de la comunicación verbal y no verbal con estos enfermos resaltando la importancia del uso por parte del personal de la comunicación no verbal. Haberstroh, Neumeyer, Krause, Franzmann y Pantel (2011) se han centrado en estudiar cómo incrementar en el personal las estrategias de comunicación con las personas mayores a través de su modelo TANDEM que, sobre todo, está basado en analizar las demandas del paciente y sus familias. Jootun y McGhee (2011) han establecido qué estrategias son las adecuadas para la promoción de la comunicación efectiva con los pacientes con demencia a través de 12 pautas concretas de actuación general en la comunicación con estas personas. Finalmente, Chapman (2012) ha subrayado los conceptos básicos de la comunicación holística y centrada en el paciente a través de la empatía, la atención, la escucha y el trato humanizado.

En la propuesta de Villa y Poblete (2007:24) las competencias se clasifican en tres categorías: 1) competencias instrumentales: “suponen una combinación de habilidades manuales y capacidades cognitivas que posibilitan la competencia profesional”, 2) competencias interpersonales: “suponen habilidades personales y de relación. Se refieren a la capacidad, habilidad o destreza en expresar los propios sentimientos y emociones del modo más adecuado y aceptando los sentimientos de los demás, posibilitando la colaboración en objetivos comunes”. 3) competencias sistémicas: “suponen destrezas y habilidades relacionadas con la totalidad de un sistema. Requieren haber adquirido previamente las competencias instrumentales e interpersonales”.

Desde nuestra óptica, en el medio residencial, este último modelo es el que más se ajusta a la realidad de la formación de los cuidadores, por lo que éste es el adoptado en el presente estudio. Así, se estructuran las competencias que se consideran más importantes

en los cuidadores: 1) como competencia instrumental la “competencia resolutive”, 2) como competencia interpersonal el “autocontrol ante los SPCD” y 3) como competencia sistémica “orientación hacia el modelo integrado de atención”.

En primer lugar y respecto a la competencia instrumental, diferentes autores (Rodríguez, Rabazo y Naranjo, 2015) hacen referencia a la competencia de “resolución de problemas”, concepto cercano al de “competencia resolutive”. Según estos autores, la competencia de resolución de problemas es ampliamente demandada en el ámbito laboral. Los mejores solucionadores de problemas se caracterizan por una orientación positiva y un estilo racional; es decir, son individuos que afrontan las situaciones problemáticas desde una visión optimista y que son capaces de entender los problemas, detectar los obstáculos y fijar objetivos acordes con las circunstancias, empleando la información que se requiera para ello. Aparte de las metas definidas, generan todas las alternativas de solución posibles y anticipan los resultados de las mismas, lo que les permite optar por la que han valorado como la más adecuada. Una vez implementada la solución elegida, se deben de examinar las consecuencias y, en caso de no lograr el fin perseguido, reiniciar el proceso.

La capacidad resolutive permite solventar y manejar las situaciones que se presentan como problemáticas a los cuidadores, como son los SPCD. Normalmente los procedimientos a utilizar no son simples y requieren de un entrenamiento adecuado y pueden establecerse distintos niveles de dominio de la competencia. Desde nuestra perspectiva y trasladando conceptualización que hacen López, García, Segredo, Alonso y Santan (2014) de la “competencia resolutive” a la realidad de la formación de los cuidadores, se presentan los niveles de dominio, los indicadores y los descriptores de dicha competencia. Cada trabajador parte de un nivel de competencia y, a través de la formación, va ganando en dominio. Se establecen dos indicadores que, a través de los cuales, se valorará si se es capaz tanto de resolver como de prevenir la conducta problema. Para ello se realiza una valoración del entorno, cambiando si se precisa, algún elemento del mismo. En la tabla 12 se recogen todos estos elementos. Así, se presentan los niveles de dominio, los indicadores y los descriptores de dicha competencia.

Tabla 12. Niveles de dominio, indicadores y descriptores de la “competencia resolutive”

Niveles de dominio	Indicadores	Descriptores	
		1	2
Nivel 1: Es capaz de aplicar lo aprendido en la formación en la conducta problema real que es similar de la que ha recibido formación.	Es capaz de resolver la conducta problema.	Evalúa el estado del residente y su entorno tratando de identificar e intervenir en los acontecimientos antecedentes de la conducta problema tal y como se le ha enseñado.	Cambia el entorno del residente para controlar la conducta problema tal y como se le ha enseñado.
	Es capaz de prevenir la conducta problema.	Evalúa el entorno del residente tratando de identificar e intervenir en los potenciales acontecimientos antecedentes de la conducta problema tal y como se le ha enseñado.	Cambia el entorno del residente para prevenir la aparición de la conducta problema tal y como se le ha enseñado.
Nivel 2. Es capaz de desarrollar sus propias estrategias para resolver la conducta problema real que es similar de la que ha recibido formación.	Es capaz de resolver la conducta problema.	Evalúa el estado del residente y su entorno tratando de identificar e intervenir en los acontecimientos antecedentes de la conducta problema con otras estrategias distintas de las que se le han enseñado.	Cambia el entorno del residente para controlar la conducta problema con otras estrategias distintas de las que se le han enseñado.
	Es capaz de prevenir la conducta problema.	Evalúa el entorno del residente tratando de identificar e intervenir en los potenciales acontecimientos antecedentes de la conducta problema con otras estrategias distintas de las que se le han enseñado.	Cambia el entorno del residente para prevenir la conducta problema con otras estrategias distintas de las que se le han enseñado.
Nivel 3. Es capaz de desarrollar sus propias estrategias para resolver otras conductas problema de las que no se ha recibido formación.	Es capaz de resolver la conducta problema.	Evalúa el estado del residente y su entorno tratando de identificar e intervenir en los acontecimientos antecedentes de otras conductas problema distintas de las que se ha formado.	Cambia el entorno del residente para controlar conductas problema distintas de la que se ha formado.
	Es capaz de prevenir la conducta problema.	Evalúa el entorno del residente tratando de identificar e intervenir en los potenciales acontecimientos antecedentes de otras conductas problema distintas de las que se ha formado.	Cambia el entorno del residente para prevenir conductas problema distintas de las que se ha formado.

Fuente: elaboración propia

Goleman (1999:43) afirma que a través de la autorregulación se manejan los propios estados internos, impulsos y recursos. Entre las competencias que miden la aptitud emocional se encuentra el autocontrol.

En segundo lugar, y haciendo alusión a la competencia interpersonal, el autocontrol es la capacidad que nos permite gestionar de forma adecuada nuestras propias emociones. Si se posee una adecuada capacidad de autocontrol éstas se podrán controlar y así, se podrán manifestar o inhibir de una forma adecuada. Esto resulta especialmente relevante

en el manejo de los SPCD. En la tabla 13 se detallan los niveles de dominio, indicadores y descriptores de la competencia “autocontrol ante los SPCD”.

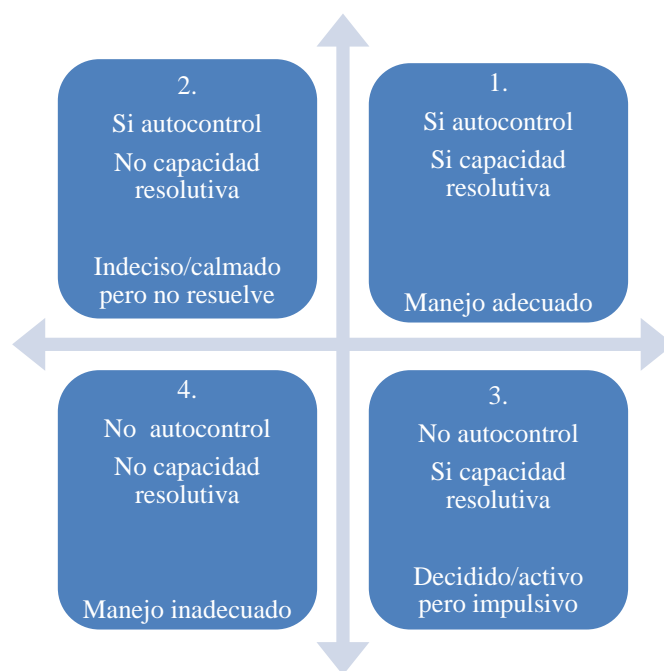
Tabla 13. Niveles de dominio, indicadores y descriptores de la competencia “autocontrol ante los SPCD”

Niveles de dominio	Indicadores	Descriptores		
		1	2	3
Nivel 1: Es capaz de mantener el autocontrol en pocas situaciones y casi siempre muestra una conducta impulsiva.	Interpreta el comportamiento de la persona con demencia como intencional.	Sus conocimientos sobre la demencia y los SPCD son escasos.	Utiliza frecuentemente estrategias de manejo de los SPCD no in situ.	No utiliza casi nunca estrategias para el manejo de la sobrecarga o las que utiliza no son in situ (ocio, descanso, etc.).
Nivel 2: Es capaz de mantener el autocontrol en ocasiones y a veces muestra una conducta impulsiva.	Atribuye el comportamiento de la persona con demencia a una causa externa, sin identificar el estado de demencia.	Tiene ciertos conocimientos sobre la demencia y los SPCD aunque confunde conceptos.	Suele utilizar estrategias de manejo de los SPCD de tipo conductual.	Suele utilizar estrategias para el manejo de la sobrecarga de tipo conductual.
Nivel 3: Es capaz de mantener el autocontrol en prácticamente todas las ocasiones y raramente muestra una conducta impulsiva.	Atribuye el comportamiento de la persona con demencia a la propia demencia.	Conoce bien qué es la demencia y los SPCD.	Utiliza con frecuencia estrategias de manejo de los SPCD de tipo cognitivo.	Utiliza con frecuencia estrategias para el manejo de la sobrecarga de tipo cognitivo.

Fuente: elaboración propia

Desde nuestra visión, los cuidadores que presenten un adecuado dominio tanto de la competencia “autocontrol ante los SPCD” como de la “capacidad resolutive” podrán ser eficaces en su tarea como cuidadores realizando con éxito sus respectivas funciones. En la figura 6 se incluye un diagrama descriptivo de la relación entre estas dos competencias entendidas como básicas para el cuidado.

Figura 6. Competencia de los cuidadores en el manejo de los SPCD.



Fuente: elaboración propia

En tercer lugar, y en referencia a la competencia sistémica, “orientación hacia el modelo integrado de atención”, hay que señalar que, desde nuestra concepción, tanto el autocontrol como la capacidad resolutoria se contemplan como una propuesta constructiva estratégica en el modelo integrado de atención. Así, los cuidadores que se orienten hacia este modelo deberán de presentar un dominio adecuado de ambas competencias, lo que les permitirá alcanzar también el dominio de esta competencia sistémica.

El establecimiento de este perfil competencial, puede ayudar a los cuidadores a alcanzar un nivel adecuado de estas competencias, lo que puede facilitarles, un cuidado más reposado y más efectivo en el manejo de la persona con demencia. Les permitirá cumplir con las tareas y funciones asignadas a su puesto de trabajo. En la tabla 12 se especifican los niveles de dominio, los indicadores y descriptores de esta competencia.

Tabla 14. Niveles de dominio, indicadores y descriptores de la competencia “orientación hacia el modelo integrado de atención”

Niveles de dominio	Indicadores	Descriptores		
		1	2	3
Nivel 1: Alude frecuentemente a medios externos y no considera que las estrategias personales de manejo de los SPCD puedan servir.	No se interesa por la formación y se sirve únicamente de lo aprendido en el pasado.	Raramente muestra interés por los procesos de mejora.	Muestra interés ocasionalmente por los procesos de mejora si se producen incidencias.	Muestra interés ocasionalmente por los procesos de mejora se produzcan o no incidencias.
Nivel 2: Alude con cierta frecuencia a medios externos. Muestra cierto interés en las formas de manejo de los SPCD a través de estrategias personales.	Tiene interés en la formación y aprende a través de programas de formación.	Considera que raramente se puedan obtener beneficios a través de los procesos de detección de necesidades de formación, implementación y evaluación de los programas de formación.	Muestra interés en los procesos de detección de las necesidades de formación, implementación y evaluación de la formación.	Se beneficia de los procesos de detección de necesidades de formación, implementación y evaluación de la formación.
Nivel 3: Alude en algunas ocasiones a medios externos y es capaz de utilizar de forma efectiva estrategias personales para el manejo de los SPCD.	Es capaz de aprender por sí mismo en el día a día a través de las situaciones que se le van presentando o de potenciales situaciones y de los demás, ya sean cuidadores o técnicos.	Aprende a través del ensayo y error en el contacto con la persona con demencia.	Aprende a través de las conductas eficaces de los demás ya sean técnicos o cuidadores.	Es capaz de generar alternativas de intervención por sí mismo y ponerlas en práctica tanto para el control de los SPCD como para su prevención.

Fuente: elaboración propia

En resumen, distintos estudios han profundizado en las competencias de los cuidadores (Damron, 2008; Franzmann, Krause, Haberstroh y Pantel, 2014; Hasson y Arnetz, 2007). En este apartado se han presentado, las tres competencias del modelo integral de atención propuesto en el presente trabajo, las cuales, podrían ayudar al manejo de los SPCD.

2.2.3. Evaluación, transferencia e impacto de la formación.

La formación de los cuidadores se hace necesaria. Sólo a través de la formación, se podrán modificar en éstos su campo de conocimientos, de forma que las actitudes también cambien y las habilidades se desarrollen. La única forma de saber si la formación ha sido

efectiva es evaluándola. La forma más ajustada de valorar si la formación ha servido para una actuación eficaz en los cuidadores es midiendo la transferencia de la formación.

“La sociedad actual busca individuos capaces de producir resultados en situaciones auténticas, de confrontarse con la frontera de lo muy complejo, de contender con la incertidumbre y las respuestas no lineales; precisa de individuos aptos para responder a la supercomplejidad, resultante de la necesidad de dar respuesta a los problemas mientras se satisfacen las exigencias de múltiples marcos de referencia” (Abreu y de la Cruz, 2015:170).

2.2.3.1. La evaluación de la formación.

Desde el ámbito de la educación formal, autores como Hamodi, López y López (2015:155) definen qué se entiende por evaluación de la formación: “los medios de evaluación son todas y cada una de las producciones del alumnado que el profesorado puede recoger, ver y/o escuchar, y que sirven para demostrar lo que (...) han aprendido a lo largo de un proceso determinado”.

Pilar Pineda ha realizado diferentes estudios en torno a la evaluación de la formación en los contextos organizacionales (Pineda, Ciraso y Quesada, 2014; Planas, Pineda, Gil y Sánchez, 2014; Pineda, Moreno, Quesada y Stoian, 2012; Pineda, Belvis, Moreno, Duran y Úcar, 2011). Esta autora ha subrayado, entre otros aspectos, la importancia de analizar todas las variables que afectan a la evaluación de forma integrada, y diseñar procesos evaluativos globales, coherentes y adaptados a cada realidad. Es decir, llevar a cabo procesos de evaluación eficaces y eficientes en función de los recursos disponibles.

Al igual que el diseño de la formación, también la evaluación de la formación debe de ser planificada, y debe constituirse como un proceso reflexivo que se elabore para conseguir mejoras tanto en las personas que han recibido la formación; estudiando cuál es su perfil competencial y que áreas deben aún mejorarse, como en el propio formador; reconociendo limitaciones y posibles fallos en la realización de la formación e incluso en la metodología, recursos, momentos y contextos elegidos para la formación.

La evaluación de la formación resulta esencial en los cuidadores informales y, así, muchos estudios se han centrado en ese ámbito (Chiu, Pauley, Wesson, Pushpakuma y

Sadavoy, 2015; Gaugler, 2015), pero también, lo es de forma prioritaria en el medio institucional.

En este sentido, presentamos a continuación dos estudios en los que se ha reflexionado a través de la evaluación de la formación en aspectos como la metodología de la formación o las propias competencias del formador.

Así, un estudio que aunque realizado en otro contexto resulta interesante por incluir aspectos evaluativos y de análisis por parte de los formadores, fue elaborado por Orte, Amer, Pascual y Vaqué (2014). Estos autores encontraron que dentro de los recursos personales y profesionales que habían facilitado la labor a los formadores destacaban las habilidades para empatizar con los participantes, el manejo de grupos y la capacidad organizativa. El recurso menos considerado fue la formación académica, sin embargo, las relaciones formadores-familias eran positivas cuando la función del formador era adecuada.

En un segundo estudio, ya en el ámbito de las residencias, evaluaron la formación destinada a las auxiliares de atención directa realizada por profesores profesionales de reconocido prestigio, externos a la propia organización y pertenecientes al mundo académico, no habiéndose encontrado resultados positivos. Tras la evaluación y un proceso reflexivo, concluyeron que la razón podía haber sido que la estrategia metodológica de los cursos había sido expositiva, utilizando técnicas como lecciones magistrales, preguntas exploratorias y análisis de buenas prácticas. En palabras de estos autores:

“Una estrategia metodológica expositiva de la formación tiene como característica la exposición oral unidireccional, una presentación de contenidos más académica y feedback aplazado en la que el participante le es más difícil mantener la atención al ser un elemento pasivo. Otras estrategias metodológicas de formación como la demostrativa o activa podrían haber sido más acertadas ya que sitúan al trabajador en el contexto real del trabajo, lo implica en mayor medida, facilita el aprendizaje vivencial y se consigue un feedback inmediato a corto plazo” (Serrano y Payá, 2014:71-80).

Los dos estudios mencionados ejemplifican como realizar la evaluación de la formación es importante. Otros estudios (Tejada y Ferrández, 2007) ahondan sobre qué es relevante medir en la evaluación. Mientras que la satisfacción de los participantes se evalúa en casi todos los casos, la evaluación del impacto es una cuestión mucho menos valorada. Estos autores aluden a que, tradicionalmente, la evaluación del impacto se ha

reducido a una orientación economicista muy centrada en los resultados y que, para complementar esta visión desde el punto de vista pedagógico, la evaluación debe de incluir criterios de efectividad y de aplicabilidad. De esta manera, se evaluará si la formación ha alcanzado un punto óptimo de calidad, de acuerdo con la propia esencia de la actividad formativa, y también, el grado en que los participantes transfieren los conocimientos y habilidades adquiridos a las situaciones reales.

Asimismo, otros autores también se han centrado en la evaluación de la formación de los cuidadores desde este modelo (Broughton et al., 2011; Cooke, Moyle, Venturato, Walters y Kinnane, 2014; Haberstroh, Neumeyer, Schmitz y Pantel, 2009; Sidani, Streiner y Leclerc, 2012).

En síntesis, la evaluación puede resultar muy compleja y por ello, en algunas ocasiones, hay falta de evaluaciones rigurosas y útiles. La evaluación de los programas, tradicionalmente, ha presentado numerosas dificultades: escasez de recursos y de tiempo para la implementación, falta de diseños de evaluación globales, falta de diseños de evaluación realizados desde la propia planificación de la formación, etc. Será necesario que se disponga de mecanismos y tiempos para la reflexión en el trabajo cotidiano que ayuden a la valoración de las tareas diarias. También, a nivel de investigación resulta muy complicado aislar los efectos de un programa formativo de otra serie de variables o factores por lo que se necesitarán diseños experimentales rigurosamente realizados en los que un mayor número de las variables estén controladas.

2.2.3.2. La transferencia e impacto de la formación.

Anteriormente, el conocimiento se identificaba con la capacidad de retener información y reproducirla; en el mundo moderno se busca la “performatividad”, es decir, la capacidad de producir resultados. “En el nuevo modelo los alumnos interpretan y contextualizan el conocimiento, y visualizan la posibilidad de transferirlo a los diferentes contextos” (Abreu y de la Cruz, 2015:177).

Autores como Brown & Pickford (2013:10) aluden a la importancia de la transferencia: “en la actualidad, se prevé que los estudiantes demuestren que no sólo han llegado a dominar los contenidos teóricos de las asignaturas, sino también la habilidad de trasladar a la práctica lo aprendido”.

La transferencia se puede facilitar proporcionando, a los principios aprendidos explícitamente, la similitud entre la formación y las situaciones cotidianas. Sin embargo, algunas tareas son tan complejas, que en principio no se pueden aprender de una manera directa tal y como se encontrarán después en una situación “de la vida real”. Además, no resulta productivo, en muchos casos, sólo proporcionar conocimientos necesariamente aplicables a los problemas de la vida cotidiana. En cambio, pudiera resultar útil incrementar en los cuidadores la capacidad resolutoria enseñándoles directamente aptitudes para la resolución de problemas. Para el alcance de la transferencia se debe de progresar desde la aplicación en situaciones similares a situaciones diferentes. Los aprendizajes alcanzados tras el proceso formativo deben de manifestarse en el puesto de trabajo y deben de ser aplicados con éxito a situaciones y coyunturas distintas a las del programa de formación. Además, las competencias adquiridas deben de ser empleadas con efectividad en el puesto de trabajo a lo largo del tiempo (Dolan, Cabrera, Jackson y Schuler, 2007).

Hay muchos métodos para medir la transferencia. Quizá, uno de los más completos, sea la observación. Esta técnica consiste en la realización de una observación directa y sistemática del puesto de trabajo a personas que hayan participado en una acción formativa. No obstante, muchas veces es complicado realizar estas observaciones de forma sistematizada y, más aún, que quien las lleve a cabo sea la persona responsable de la formación. Esto suele resultar más fácil cuando la formación es llevada a cabo por un profesional que pertenece a la propia organización. Parafraseando a Brown y Pickford (2013:109) “si llegamos a la conclusión de que es imposible medir con precisión el proceso, tenemos que plantearnos (...): ¿Cuál es la mejor manera de evaluar el proceso con las limitaciones que se nos imponen?”. Por lo que en cada situación se deberá tomar la opción más apropiada, aunque no por ello, se debe de desistir del intento de evaluar la transferencia de la formación. Así, en los casos en los que no se pueda medir la transferencia de la formación puede resultar útil y conveniente medir, al menos, los factores que pueden afectar a la aplicabilidad de la formación.

En la transferencia se debe de tener en cuenta que, sobre todo, en el medio institucional, son muchos los factores que pueden afectar a la transferencia de la formación: la autoeficacia, la motivación, el apoyo de los compañeros/as, el apoyo a la formación por parte de la organización, el clima de trabajo, la disponibilidad de tiempo para la aplicación, la existencia de los recursos necesarios para la aplicación, etc. Sin duda,

las condiciones de trabajo con una alta carga asistencial o la falta de tiempo pueden, también, afectar en algunos casos a la transferencia (Abreu y de la Cruz, 2015).

La importancia de la transferencia radica en que una formación puede resultar ineficaz si a partir de ella los conocimientos, aptitudes y actitudes adquiridos no se trasladan a las situaciones reales en el medio de trabajo. En muchas ocasiones, esta transferencia no se da, debido a que existen factores en la organización que lo impiden. Mertens (1996) hizo una contribución importante al modelo de competencias, en sus primeras etapas de andadura, resaltando la importancia de tener en cuenta los factores como condiciones del entorno y otros, que podían afectar a cómo el trabajador podía demostrar lo aprendido en la formación, a través del desempeño en su puesto de trabajo.

De esta manera, Cano (2015:118-120) subraya la relevancia de la transferencia en el medio institucional: “Ello lleva no sólo a invertir en formación, sino a remover los obstáculos que impidan la transferencia”. Esta autora hace referencia a algunos aspectos más relevantes del concepto de transferencia, y más concretamente, a las barreras para la transferencia. Las barreras para la transferencia pueden ser de tipo psicológico o de tipo organizativo. Aspectos como: la demora en recibir el apoyo organizativo suficiente, la percepción de que la transferencia no es suficientemente importante para la institución o, de que la docencia es poco valorada, pueden minar la motivación de los participantes. Será conveniente por lo tanto que las instituciones que impulsen alguna modalidad formativa articulen los mecanismos de apoyo institucional que faciliten la transferencia. Así, deben de disponer del tiempo necesario para la implantación y la consolidación del cambio y deben de comunicar que la formación es importante para la institución. Por lo tanto, el papel de los formadores, en los procesos de detección de necesidades y de ajuste de las demandas de las instituciones, para hacer enlazar esas solicitudes con los planes de mejora del centro, puede resultar muy relevante.

Burke y Hutchins (2008) se centran en el estudio de los factores que determinan la transferencia y en el desarrollo de modelos concretos para evaluar los resultados. También subrayan la importancia de poder dotar a los responsables de la formación de instrumentos que les permitan evaluar la transferencia. Estos autores, entre los factores que afectan a la aplicación de la formación, destacan, entre otros, los aspectos personales como la motivación y los aspectos organizativos como el clima y los recursos disponibles.

Pineda, Quesada y Moreno (2010) desarrollaron el modelo “Evaluation of Training Transfer”, un modelo para evaluar los factores que afectan a la formación en las compañías españolas. En este modelo se contemplaron tres importantes factores: 1) el interés y la satisfacción en la formación, la motivación por transferir, la autoeficacia y la responsabilidad para aplicar lo aprendido. 2) la oportunidad en el lugar de trabajo para transferir y 3) el apoyo organizacional para la transferencia de la formación.

En síntesis, son diversos los estudios que, profundizado en el concepto de transferencia, han abordado los distintos factores que pueden afectar a cómo la formación de los cuidadores puede ser aplicada a la realidad cotidiana de los cuidados. Entre otros, estos factores moduladores pueden ser: las propias características personales como la resiliencia (Harmeell, Chattillion, Roepke y Mausbach, 2011), el uso de determinadas estrategias de afrontamiento (Contreras, Juárez y Murrain, 2008:29-30) como “la focalización en la solución de problemas y la reevaluación positiva”, las variables psicosociales motivacionales (Vázquez, Pérez, Moreno, Arroyo y Suarez 2010:12-20), la satisfacción laboral (Coogle, 2007; López, White y Carder, 2014) o el clima (García, Moro y Medina, 2010:207-210).

Respecto al impacto de la formación, Tejada y Ferrández (2007) afirman que la evaluación de éste permite verificar la calidad de las acciones formativas, es decir, si la formación satisface las necesidades que la motivan y produce mejoras tanto en el desarrollo profesional individual como institucional. Por lo tanto, estos autores conciben la evaluación del impacto de la formación como estrategia de mejora de las organizaciones. En la misma línea de pensamiento y citando a Gairín (2010), la evaluación de los resultados obtenidos puede englobar aspectos como: la satisfacción con el programa, los conocimientos, habilidades o actitudes aprendidas, si los participantes han cambiado su conducta en el puesto de trabajo y si dichos cambios han afectado positivamente la organización.

Según Tejada y Ferrández (2007:5) esta evaluación permite “conocer la eficacia, eficiencia, comprensividad, validez y utilidad del programa, así como su rentabilidad profesional y social”, lo que justifica la trascendencia de su aplicación en las organizaciones.

Los efectos de un programa de formación pueden ser de diferentes tipos y recaer en las propias personas que la llevan a cabo, en la organización de la que forman parte, e

incluso, en muchos casos, se espera que repercutan en el entorno o en la sociedad. Así, Cabrera (2003) distingue en la evaluación del impacto el “impacto inmediato” que sería la evaluación centrada en los efectos sobre el puesto de trabajo y la organización y el “impacto mediato” contemplando también los efectos sobre el contexto social.

La evaluación del impacto debe de llevarse a cabo en diferentes momentos: al acabar la acción formativa o incluso durante el desarrollo de la misma, puede tener lugar una primera evaluación, pero para poder recoger otro tipo de evidencias como el cambio en determinados hábitos o rasgos de la cultura organizacional, es necesario esperar más tiempo. Pueden incluso ser necesarios varios meses o años. En efecto, como reconoce Ferrández (2006:20), es un “proceso orientado a medir los resultados generados (cambios y causas) por las acciones formativas desarrolladas en el escenario socioprofesional originario de las mismas al cabo del tiempo”.

No obstante, la evaluación del impacto es una de las funciones menos desarrolladas por las organizaciones y esto, en parte, puede acontecer porque, normalmente, al finalizar la formación, que puede ser evaluada a través de distintos instrumentos, no se da continuidad al esfuerzo por medir los efectos de la misma.

Para concluir, conviene mencionar que se han desarrollado distintas investigaciones en torno al impacto de la formación en el ámbito de las residencias para personas mayores. Así, Swani (2011) ha evaluado el impacto de programas de formación en estos centros. Pol-Grevelink, Jukema y Smits (2011) presentan una evaluación del impacto de la aplicación del modelo de cuidados centrados en la persona. Mort, Sailor y Hintz (2014) han evaluado el impacto de la formación en las residencias sobre la prescripción de psicofármacos.

3. GESTIONANDO EL CAMBIO

HACIA UN MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN

3.1. Introducción

En el presente capítulo se desarrolla el concepto de formación contextualizada en las organizaciones y se analizan los distintos modelos de intervención. Por último, se presenta un acercamiento teórico al concepto de burnout. En algún caso, se retoman algunos conceptos desarrollados en otros epígrafes de la tesis. Sin embargo, estos conceptos aquí desarrollados deben ser entendidos como componentes de la realidad organizacional desde una visión más sistémica que caracteriza a este capítulo.

3.2. La formación: eje esencial en las organizaciones y en sus procesos de cambio hacia la mejora

La formación hoy no solo adquiere una relevancia importante en las organizaciones, sino que fundamentalmente experimenta un cambio de sentido al que Gairín (2010:20-41) hace referencia, al afirmar que “la formación pasa de ser un requisito de selección a considerarse como una parte de la estrategia que posibilita posiciones ventajosas en relación al cambio o como la esencia que permite el aprendizaje de la organización”. Así, la formación se transforma en dispositivo, esto es, en mecanismo fundamental para el cambio hacia la mejora en las organizaciones, ya que producirá efectos positivos en el personal, habilitándolo para hacer funciones y tareas nuevas o más complejas y de mayor calidad, promoviendo su satisfacción personal y profesional.

Además, como el desarrollo de la organización se basa en el de las personas que la componen, es de esperar que la formación, además de incidir en éstas y en los puestos de trabajo, también lo haga en la propia organización. De este modo, la formación se convierte en una de las principales, si no la principal, técnica y herramienta de cambio organizacional y el aprendizaje en la base de la organización. Así, según Gairín (2010:25) “si consideramos a la organización que aprende como aquella que facilita el aprendizaje de todos sus miembros y continuamente se transforma a sí misma, estamos resaltando el valor del aprendizaje como la base fundamental de la organización”.

De la misma forma que se habla de “escuelas que aprenden” (Leithwood y Louis, 1998; Bolívar, 2000; Tintoré, 2010), cuando se trata de centros educativos, si aplicamos estas reflexiones a la realidad de un tipo concreto de organizaciones, la de las residencias para personas mayores, en las que se centra esta investigación, llegamos a la conclusión de

que éstas también podrían transformarse en “residencias que aprenden”. Ello exigiría un nuevo enfoque de la formación y del aprendizaje de sus trabajadores.

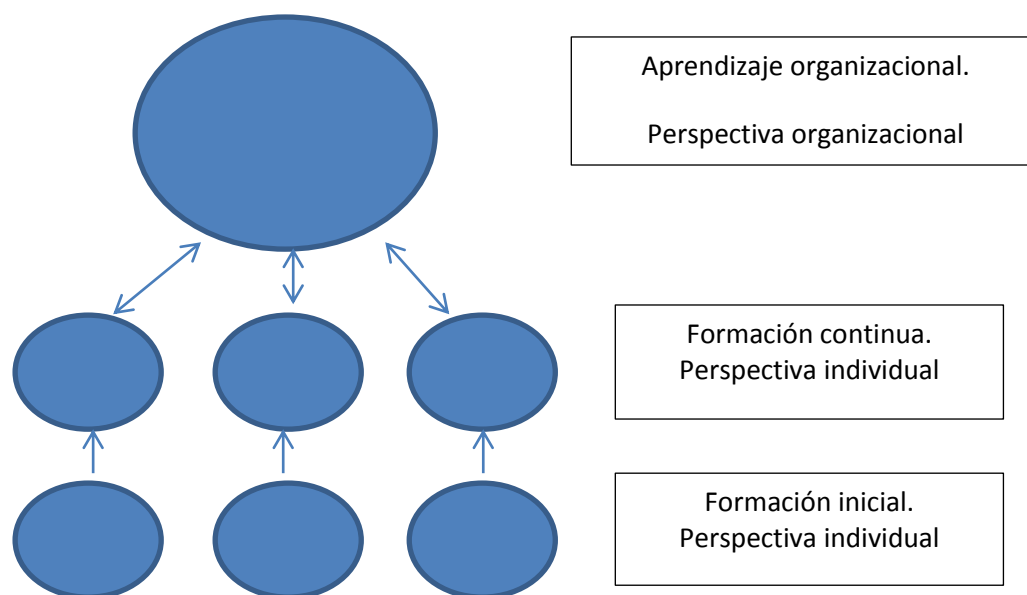
Aludiendo a la realidad de estas residencias y, centrándonos en los/las auxiliares que trabajan en ellas en particular, cabría señalar un proceso de formación en tres fases, momentos o perspectivas.

En primer lugar, cuando estos profesionales comienzan su carrera profesional en los centros, traen un perfil competencial resultante de una formación inicial, al menos y, en algunos casos, también de una formación continua y/o una experiencia. En el proceso de selección que realiza la organización o residencia, ésta lleva a cabo una evaluación de la adecuación del perfil competencial de los posibles candidatos a sus necesidades. Esta primera decisión es relevante y, a partir de ahí, la persona que es seleccionada comienza a realizar sus funciones y también progresa en su proceso de formación, ya dentro de la organización, que a su vez, contempla otros dos niveles.

A través de un proceso de formación continua, a lo largo del tiempo que los trabajadores desempeñan su labor en las residencias van mejorando su nivel competencial, es decir, van dotándose de mayores recursos para afrontar situaciones, para realizar progresivamente mejor sus funciones y tareas, etc. En este proceso se pueden distinguir, tal y como diferencian Nonaka, Takeuchi y Kocka (1999:61-103), cuatro tipos de saberes: el “tácito” que incluye “modelos mentales y creencias” además del “saber hacer” y describe lo que se sabe pero que no se sabe explicar y el “explícito” que es el que engloba una secuencia o “razonamiento lógico” y se adquiere cuando al trabajador conoce las razones explícitas de porqué se hace así lo que se hace, es decir, se sabe explicar. En concordancia con estos dos niveles se sitúan los otros dos saberes: el “individual” y el “grupar”.

Por otro lado, el proceso de formación de los empleados puede conducir a un tercer nivel, tal y como afirma Nonaka et al. (1999) en las situaciones en las que los empleados inventan nuevo conocimiento, también se están reinventando a sí mismos y reinventando a la organización a la que pertenecen. Este proceso es el aprendizaje organizacional. En la figura 7 se expone gráficamente este proceso de tres niveles.

Figura 7. Proceso de formación en la organización.



Fuente: elaboración propia

Desde el ámbito educativo se ha desarrollado profusamente el concepto de aprendizaje organizativo (Sun, 2003; Birthistle, 2008). Este concepto presenta, entre otras, tres principales aproximaciones teóricas como “necesidad de adaptación al entorno” (Hedberg, 1981), desde una “teoría de la acción” (Chang y Lee, 2007) y desde el paradigma de “generación de conocimiento” (Massinghan, 2009).

Según Bennett (2008:27) el aprendizaje organizacional “es el proceso mediante el cual las entidades, grandes o pequeñas, públicas o privadas, transforman la información en conocimiento, lo difunden y explotan”. No todas las organizaciones tienen la misma capacidad de aprendizaje organizacional por lo que la diferencia entre ellas en cuanto a adaptación al cambio es notoria.

Para Senge (2006), el aprendizaje organizacional es más que una definición, son organizaciones abiertas al aprendizaje. Este autor subraya la construcción de una visión compartida y lo que él llama la “quinta disciplina” que es el pensamiento sistémico. Así, aunque se desarrollan por separado cada trabajador resultara decisivo para el éxito de los demás, tal y como ocurre con cualquier conjunto. Este autor propone, como solución a las barreras que presenta el aprendizaje: clima organizativo no favorable, falta de refuerzo en el puesto de trabajo, etc., la práctica de las cinco “disciplinas del aprendizaje”. Éstas están constituidas: 1) a nivel individual por: el dominio personal y los modelos mentales. 2) a nivel grupal por: el aprendizaje en equipo y la visión compartida. 3) a nivel integrador: el

pensamiento sistémico. Así, para este autor se debe crear un entorno organizacional que anime a todos los componentes a desarrollarse a sí mismos para alcanzar los ideales o propósitos. Hay que conocer las capacidades de los trabajadores y crear un clima organizacional donde se fortalezca el dominio personal como proceso continuo. Se deben de manejar los modelos o paradigmas que permitan promover formas de comunicación efectiva dentro de la empresa, y que éstas sean un apoyo para el crecimiento más que un obstáculo. El reto es que todos los miembros de la organización aprendan a descubrir en sí mismos la capacidad de crear una visión personal que dé sentido a su vida y a su trabajo, que ésta apoye la visión central propuesta por el líder. Para este autor, través del diálogo se debe de aprender a reconocer los obstáculos cuando están a punto de aparecer, y a través de la “quinta disciplina”, poder identificar las interrelaciones y adoptar un cambio de perspectiva en las situaciones que se viven. En este modelo, los líderes son diseñadores y guías que ayudan a construir una organización donde la gente constantemente expande sus capacidades para entender la complejidad de la realidad y dar respuesta a la visión personal y empresarial.

3.3. La formación como proceso integrado en la “cultura de centro”

El término de “cultura organizacional” ha sido desarrollado por distintos autores, entre ellos, uno de los más relevantes ha sido Argyris (2008). Argyris y Schön (1978) la definen como un conjunto de valores, normas, creencias, roles, suposiciones y comportamientos compartidos por los miembros de una organización que permiten el aprendizaje real. Para Pooper y Raana (2000) representa la parte intangible del aprendizaje organizativo, integrada por las creencias y valores compartidos que aseguran que los mecanismos de aprendizaje produzcan nuevas visiones y conductas.

Garrosa y Carmona (2011) hacen referencia al término “cultura organizacional saludable” en el contexto sanitario. La definen como la cultura caracterizada por tener unos valores y éticas comunes entre sus miembros, unos valores, unos sentimientos propios, un compañerismo mutuo, colaborativo y competente, con unas satisfactorias relaciones sociales en las que se fomente la ayuda de todos los miembros.

Según Gairín (2010) y en referencia al concepto de “cultura organizacional positiva para la transferencia de la formación al puesto de trabajo”, este concepto fue introducido por Barzucchetti y Claude. Estos autores, aludían al impacto cultural entendido como un modo de comportamiento interno, un modo de comportamiento con el exterior, un modo

de relación a los acontecimientos y una visión común a la realidad. Tejada y Ferrández (2007:65) comprende la formación como “proceso que debe involucrar a toda la organización” este lleva a una praxis común en los centros.

Los modelos implantados en el medio residencial en los últimos años pretenden mejorar la calidad de vida de las personas institucionalizadas y, concretamente, contribuir a un necesario cambio en el enfoque de la intervención gerontológica poniendo en el centro de atención las necesidades de las personas mayores, en un contexto de colaboración y con un determinado estilo de cuidado. Estudios como los de Dichter, Schwab, Meyer y Bartholomeyczik (2014) y Crespo et al. (2013) han analizado la calidad de vida de las personas con demencia sus necesidades y el estilo de cuidado ofrecido en las residencias.

Recientemente, se hace referencia a un “cambio de cultura” en el cuidado institucionalizado de las personas mayores (Shield, Looze, Tyles y Lepore, 2013; Tucker, Arthur, Roncoroni y Sanchez, 2015; Lepore, Shield, Looze y Tyler, 2013; Shield, Tyler, Lepore, Looze y Miller, 2014; Lee, Choi, Lim, Young y Kim, 2013; Grabowski, Elliot, Leitzell y Cohen, 2014; Shier, Khodyakov, Cohen, Zimmerman y Saliba, 2014). Algunos autores como Orte y March (2007:257) en relación a este cambio cultural de los mayores conceptualizan la vejez como “una nueva realidad sociológica que necesita de políticas específicas, en las que la educación está jugando un papel cada vez más importante. Efectivamente nos encontramos ante (...) un cambio importante de las características de este colectivo, con nuevas necesidades y demandas”.

Entre los principios que definen la atención gerontológica, se encuentran algunos de los siguientes: participación, bienestar subjetivo, personalización, etc. No obstante, la realidad de las residencias, a veces no se sujeta completamente y con facilidad a estos principios, ya que la situación de los usuarios -altamente compleja-, las necesarias normas organizativas -que en ocasiones no pueden con facilidad ser lo suficientemente flexibles-, las rutinas asistenciales, las condiciones laborales de los profesionales que allí trabajan y un sinnúmero más de variables interfieren o dificultan el logro de una atención de calidad y por tanto, centrada en la persona.

Sin embargo, el cambio de paradigma es necesario ya que el ofrecer los cuidados “desde la persona” requiere implicación y compromiso por parte de todo el personal. Supone una nueva forma de ver a las personas mayores y cambiar el modo de relacionarse

con ellas. Se requiere además de una actitud de apertura al cambio que permita incorporar diferentes “modos de hacer” en la vida de centro.

La forma en que los mayores, la familia y los profesionales perciban la situación de ingreso puede tener su influencia en la adaptación a la provisión de los cuidados, presencia o no de desajustes, etc. (Kuske et al., 2009). De esta manera, si la situación de ingreso se percibe como una oportunidad de mejorar y de aspirar a metas que se consideraban ya inalcanzables como recuperar o mantener la salud, hacer amistades, aprender a realizar actividades nuevas, etc. esto puede generar una actitud positiva y facilitadora en el proceso de adaptación y durante toda la estancia del residente en el centro.

Sin embargo, si se genera una actitud negativa hacia la vejez y hacía la vida en la residencia comprendiéndola como la pérdida de la salud, del domicilio habitual, de las amistades, el alejamiento de la familia, etc., esto puede producir efectos negativos que pudieran ocasionar problemas en la adaptación al centro y desajustes durante la estancia de la persona mayor en la residencia.

Todo esto forma parte del modelo cultural que se instaura en la residencia (Shield et al., 2013; Tucker et al., 2015; Lepore et al., 2013) En unos casos, la actitud de la persona mayor y de la familia es positiva y de esto también se beneficia el personal que le atiende. En otros casos, el personal del centro puede transmitir dicha visión. Frecuentemente estas dos situaciones se dan a la vez. Sin embargo, también en ocasiones, es el personal del centro receptor directo de la insatisfacción que envuelve al residente y a la familia o son éstos –familia y usuario-, los que se exponen a un personal insatisfecho. También, muchas veces, ambos procesos se dan al mismo tiempo.

El paradigma de los cuidados centrados en la persona comienza a ser ya una realidad y son numerosas las investigaciones que intentan analizar sus efectos, tanto en la persona con demencia como en sus cuidadores (Brownie y Nancarrow, 2013). El que los cuidados estén centrados en la persona es muy necesario en momentos críticos para el residente y sus familias como es el ingreso y la adaptación al centro (Sury, Burns y Brodaty, 2013), Así, en el estudio de Afram et al. (2015) se exploraron las necesidades de la familia al ingreso en la residencia. Otros estudios centrados en el modelo de cuidados centrados en la persona han profundizado en las distintas intervenciones psicoeducativas (Roberts, Morley, Walters, Malta y Doyle, 2015; Barbosa et al., 2015), en las distintas herramientas utilizadas en el modelo (Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark y

Edvarsson, 2012) y en sus efectos en la satisfacción laboral (van den Pol-Grevelink, Jukema y Smits, 2012).

El lograr este cambio de paradigma, pasa por modificar la cultura de las organizaciones, proceso no exento de un alto grado de dificultad. Los comportamientos, en muchas ocasiones, se ven condicionados por las opiniones personales, prejuicios, etc. Por ello, todo esto supone un verdadero cambio de actitudes y lograr vencer las resistencias al cambio ya que las “actitudes defensivas” Suñé (2004) supondrán un intento de blindarse ante las distintas decisiones y prácticas a poner en marcha.

Al esfuerzo de poner en marcha los cambios sigue la necesidad de mantenerlos en el tiempo para lo que será necesario un seguimiento, revisión, evaluación continua. Esto requiere que este nuevo paradigma de los cuidados esté verdaderamente asimilado por los agentes del cambio y, en especial, por la dirección del centro.

Tal y como afirman Urrutia y Erdoiza (2013:34-35) en la explicación de uno de los modelos de Atención Centrada en la Persona, “el Modelo Vida y Persona, creado con el objetivo de que el centro desarrolle un Modelo de Atención holístico en el que el servicio que se presta este enfocado desde las Necesidades y Preferencias de la persona mayor y su familia”. Este cambio de paradigma está también muy relacionado con cómo la gerencia comprende la gestión de la calidad y los modelos de excelencia ya que uno de los elementos importantes del modelo es el interés por la mejora que debe de ser transmitido y compartido por todos los elementos de la organización. Una vez que contamos con una gestión fuerte del centro, personal empoderado que es generoso y una persona mayor y su familia que participan en dicha gestión, vencemos las resistencias que la estructura organizativa pueda generar y que pueden hacer que el centro de atención no sea la persona cuidada (Urrutia y Erdoiza, 2013:34-35).

En ocasiones, las organizaciones dedican un gasto a los planes de formación y éstos no derivan en los resultados esperados. Muchas veces esto se produce porque la formulación de estos planes no se articulan con otros importantes aspectos como son el paradigma ideológico y de intervención de partida, la visión, misión y plan estratégico de la organización, las verdaderas necesidades de formación, etc.

Si el plan de formación quiere constituirse como un importante dispositivo para el cambio hacia la mejora debe estar al servicio de la cultura de la organización, no siendo

posible, por tanto, cambiar la cultura de un centro sin llevar a cabo un plan de formación planificado ad hoc ni diseñar e implementar un plan de formación sin tener en cuenta las características peculiares de la cultura del centro. De ahí la pertinencia y necesidad de que los planes de formación se diseñen y lleven a cabo en cada centro, según las particularidades del mismo, ya que cada centro es único aunque pueda compartir en mayor o menor medida rasgos con otros.

Así, en general, la finalidad de la formación es el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para alcanzar el nivel competencial requerido en un determinado puesto de trabajo. Sin embargo, no se deben olvidar los aspectos actitudinales, que tienen que ver más con la “cultura” de los centros. El desarrollo de estas competencias está relacionado con la motivación y la actitud hacia el trabajo y, constituye un importante reto para los formadores y para las organizaciones. En esta misma línea de pensamiento, Nahavandi, Denhardt y Denhardt (2014) asumen que en el concepto de “cultura” se engloban aspectos como: los valores, las conductas, las creencias y las actitudes.

El diseño y la puesta en marcha de los planes de formación -teniendo en cuenta que dependen de aspectos tan complejos como la motivación y el compromiso de los trabajadores- no es tarea fácil. Sin embargo, el lograr la mejora de las actitudes y aptitudes de los trabajadores puede suponer lograr un mejor desempeño.

En esta línea de pensamiento, distintos estudios (Wheeler y Oyebode, 2009; Enmarker, Olsen y Hellzen, 2011; Scott, Ryan, James y Mitchell, 2011) han analizado la relación entre el manejo del residente con demencia por parte del personal y la presencia de conductas de agitación o agresividad concluyendo que la introducción de intervenciones psicoeducativas como la formación son necesarias en los cuidadores profesionales y familias y que los modelos de atención centrados en la persona también pueden resultar beneficiosos. Otros estudios como el llevado a cabo por Robinson, Eccleston, Annear, Elliott y Andrews (2014) han subrayado la importancia de la formación para la adquisición de conocimientos en relación a las demencias. Además, distintos estudios han profundizado en la asociación entre las características del personal y la prevalencia de trastornos de conducta en las personas con demencia (Edvardsson, Sandman, Nay y Karlsson, 2008; Bogaert, Timmermans, Mace, Heusden y Wouters, 2014). El ambiente institucional, también ha sido analizado por Shield et al. (2014). En

ciertas ocasiones, el comportamiento de los mayores institucionalizados puede entenderse, además de por otros factores, como una reacción a una situación ambiental determinada (Crespo et al. 2013; Marquardt y Schmiege, 2009). En muchos de estos estudios también se señala la importancia de utilizar instrumentos adecuados para la medición de estas conductas. La medida de los trastornos de conducta puede ser realizada por instrumentos como el Neuropsychiatric Inventory (NPI) o el Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC) (Jackson, Fauth y Geiser, 2014).

Además, muchas veces, para que los procesos de formación sean efectivos, se necesita de un trabajo previo de sensibilización a través del cual los trabajadores dejen a un lado los prejuicios y puedan mantener una actitud adecuada -de apertura hacia los nuevos aprendizajes-. Esto ya ha quedado reflejado en guías internacionales como la Quality Care Through Quality Jobs (2008). Puede ser conveniente, además, estimular a los empleados a compartir su conocimiento y facilitar la comunicación entre ellos. De manera que los procesos de colaboración queden insertos en la organización y “se hable un lenguaje común”. Será importante también que esta “cultura de centro” se transmita, desde un primer momento, a los trabajadores de nuevo ingreso. Hay que tener en cuenta las variables que intervienen en cómo llega esa persona a la organización, cómo se adecúa al puesto de trabajo, cómo pone en marcha sus propios recursos para afrontar las distintas situaciones problemáticas que se le van presentando etc. En palabras de Cameron, Quinn, Degraff y Thakor (2014:4-5) “la cultura organizacional “crea valor” en las organizaciones a través de la formación”, siendo la formación un valor “intangible” muy valioso.

La importancia de la formación en las residencias radica en que si el equipo técnico del centro y los profesionales de atención directa no son capaces de manejar y prevenir los trastornos de conducta será más fácil que ante la falta de recursos tengan que optar por las sujeciones. En palabras de algunos autores Castle y Fogel (1998:185) “el uso de sujeciones se ve fuertemente influenciado por, la cultura general, la cultura de las organizaciones, la de los distintos profesionales y la formación del personal”.

Estudios como el realizado por Li y Porock (2014:1395) han obtenido a través del modelo de cuidados centrados en la persona “significativos efectos en la reducción de síntomas conductuales y en el uso de medicación psicotrópica en los residentes con demencia a los que se les ofrece cuidados de larga estancia”. En algunos casos la medida más adecuada será prescindir de la sujeción -que en todo momento entendemos como

física y/o química- y en otros casos esto no será así. El hecho de que sea imprescindible o no debe ser comprendido por todos los agentes del cambio.

De esta manera, en ciertos casos, las llamadas “prescripciones inadecuadas”, en cierta manera pudieran prevenirse, evitando además posibles conflictos con familiares y/o personal en el uso de estas medidas. Aunque lo más importante es lograr que el personal tras la formación pueda sentirse más competente para manejar distintas situaciones. También que las familias comprendan de forma más profunda el repertorio conductual de sus familiares y puedan sentir la satisfacción de trabajar en equipo con los profesionales del centro por y para el bienestar de sus familiares. Así, estos planteamientos pueden formar parte de la “cultura de centro”.

Distintos estudios han analizado las diferentes intervenciones realizadas en los centros para lograr una prescripción adecuada. Autores como Alldred et al. (2013) lo han hecho analizando las distintas intervenciones multidisciplinares y autores como Forsetlund, Eike, Gjerberg y Vist (2011) lo han realizado profundizando en los programas de formación. En este sentido, Prentice y Wright (2014) han obtenido una reducción en la prescripción de antipsicóticos de hasta un 20% a través de auditorías realizadas en las residencias por farmacéuticos que han formado sobre el balance de riesgo-beneficio del uso de estas medicaciones.

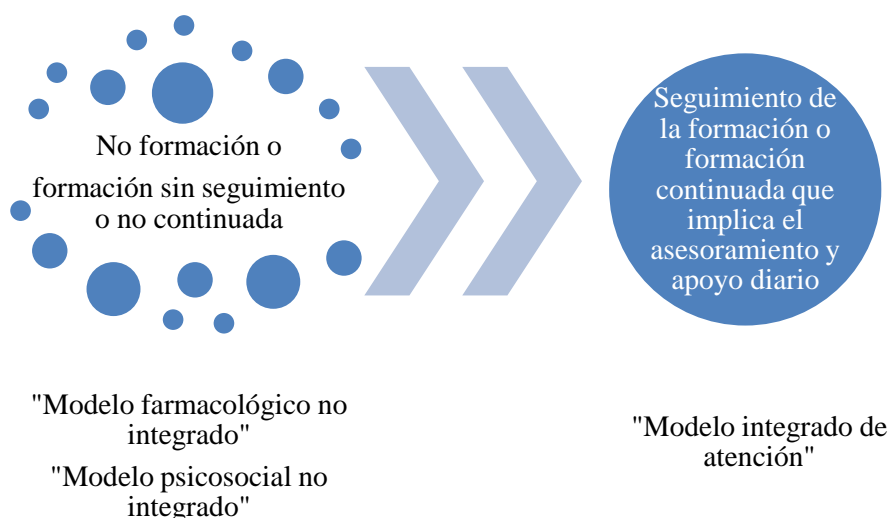
Watson-Wolfe, Galik, Klinedinst y Brandt (2014:71) afirman que la formación en las residencias centrada en el uso apropiado de antipsicóticos y en el conocimiento de las intervenciones no farmacológicas o psicoeducativas “ha logrado la reducción de prescripción de antipsicóticos desde un 20,3% a un 15,4% y ha incrementado las intervenciones no farmacológicas desde un 16,7% a un 75%”. Resultados similares han sido señalados por Lemay et al. (2013). Otros estudios (Smith, Schultz, Seydel, Reist y Kelly, 2013; Thompson, Abbott, Rogers, Whear y Pearson, 2014) también encuentran reducción en la prescripción de antipsicóticos a través de cambios de “cultura de centro”.

En el presente trabajo se presenta un modelo denominado “modelo integrado de atención”. En contraposición, se presentan los denominados: “modelo farmacológico no integrado” y “modelo psicosocial no integrado”. En ambos la formación se contempla como algo puntual o no como un proceso integrado en la “cultura de centro”. Tal y como se ha ido señalando a lo largo de los capítulos, son numerosos los estudios que comienzan a vislumbrar los efectos positivos de las intervenciones psicoeducativas, a estos estudios se

añaden otros (Cabrera et al., 2015; Lawrence, Fossey, Ballard, Ferreira y Murray, 2015; Orgeta, Quazi, Spector y Orrell, 2013).

En los centros característicos del primer modelo, el perfil competencial de los trabajadores ni se analiza ni se mejora. El equipo técnico del centro no trabaja en equipo en su totalidad, es decir, incluyendo también a los responsables de los programas psicoeducativos. Por lo tanto, ante los SPCD se impone una falta de recursos personales y técnicos que provoca que, en algunos casos, el centro no se beneficie de los potenciales beneficios de un tratamiento combinado, o exclusivamente psicoeducativo. En otros centros, en los que se encuentra implantado un “modelo psicoeducativo no integrado”, la situación es similar, aunque el personal comienza a intuir o a interesarse por los posibles beneficios de las intervenciones psicoeducativas. Por último, los centros más cercanos a un “modelo integrado de atención” se caracterizan por priorizar la formación. El papel de la formación en los modelos propuestos se recoge en la figura 8.

Figura 8. El papel de la formación en los tres modelos propuestos



Fuente: elaboración propia

La aplicación de programas tales como la formación del personal en el medio residencial requiere de un importante cambio de actitudes de los distintos profesionales (Testad et al., 2015; Testad et al., 2010). Dicha formación no debe contemplarse como intervención específica y puntual sino como cultura de centro. No se deben aplicar estos programas como respuesta a casos especiales o situaciones problemáticas concretas sino como una iniciativa global que requiere de la afectación y la implicación tanto de la dirección como del personal del centro.

Para que esta “cultura de centro” sea una realidad puede ser positivo que se ejerza un liderazgo en la misma línea de pensamiento expresado por Whitehead et al. (2015) cuando hacen referencia a las teorías de Mc Gregor (1960), asegurándose de que el líder motive y ofrezca las condiciones adecuadas a los trabajadores para que puedan dar lo mejor de sí mismos, escuchando sus opiniones y, sin recurrir a la supervisión constante o las estrictas reglas. Además, tal y como afirma Moreno et al. (2010), el trabajo en equipo tiene un impacto positivo en la organización. Este trabajo en equipo también se debe propiciar desde el centro y se debe hacer interiorizar a cada profesional la aportación que puede ofrecer en el marco de la organización Lee et al. (2013) y, de esta forma permitir al profesional que conozca la trascendencia de su trabajo.

En síntesis, el medio residencial ha sufrido un importante cambio durante los últimos años, hay una creciente demanda de alta cualificación profesional y de buena praxis dentro de los centros que atienden a personas mayores dependientes (Corazzini, Twersky, White, Buhr y McConnell, 2015; Miller, Looze, Shield y Clark, 2014). Nuevas iniciativas como estas se hacen necesarias como alternativas eficaces en la mejora de la atención residencial. Los familiares de estas personas exigen cada vez un mejor cuidado y un seguimiento exhaustivo de los residentes. Además, las administraciones demandan una mayor competencia asistencial, trabajo en equipo y unos cuidados efectivos y de calidad. La residencia debe de estar preparada para la mejora continua y para renovar estrategias de intervención que no se hagan eficaces probando nuevas alternativas de cuidado que pasen a formar parte de la “cultura de centro”.

Por todo lo expuesto a continuación se presentarán tres modelos distintos de intervención las residencias, que, al mismo tiempo implican tres modelos de culturas organizacionales bien diferenciadas: el “modelo farmacológico no integrado”, el “modelo psicoeducativo no integrado” y el “modelo de atención integrado”. El tercer modelo, aunque sujeto también a limitaciones, se plantea como el ideal y hacia el que es recomendable que se aproximen las organizaciones en sus intervenciones.

3.3.1. El modelo farmacológico no integrado

Este modelo correspondería a los centros donde se prima el manejo farmacológico de los SPCD y de los otros trastornos relacionados, careciendo el personal de otras estrategias complementarias que podrían suponer un complemento o sustitución, en ciertos casos, respecto a la medicación. Esta es la situación en la que se encuentran todas las

residencias en las que el equipo multidisciplinar del centro ignora o no otorga el suficiente valor a las intervenciones psicoeducativas que se llevan a cabo o que podrían ponerse en marcha en la organización, ni a sus potenciales beneficios. A esta situación puede llegarse por desconocimiento, por prejuicios profesionales, por falta de coordinación o trabajo en equipo, por incompetencia o por imposibilidad de actuación de los profesionales responsables de las intervenciones psicoeducativas.

En este sentido, Olazarán y Bermejo (2009) afirman que, en ocasiones, es un error pensar en los fármacos como primera y única vía para tratar los síntomas conductuales y psicológicos relacionados con la demencia (SCPD). Otros autores como González (2010:326-330) lo explicitan de la siguiente manera: “Los tratamientos no farmacológicos tienen un papel tanto o más importante que los farmacológicos”. Hernández y Gutiérrez (2011) en lo que respecta al tratamiento farmacológico, sostienen que aunque la sintomatología conductual y psicológica de la demencia se debe a alteraciones biológicas propias de la degeneración neuronal, existen otros factores desencadenantes. En esta misma línea de pensamiento, Manepalli et al. (2009) señalan los beneficios de las intervenciones psicoeducativas.

Las medicaciones, aunque muchas veces son estrictamente necesarias, no están exentas de posibles efectos adversos (Hernández y Gutierrez, 2011:35). Esto es más preocupante teniendo en cuenta la prevalencia de pluripatología y polimedicación en la población anciana. Diferentes estudios han resaltado esta problemática (Mud, Mud, Rodríguez, Ivorra y Ferrándiz, 2014:20; Gómez-Pavón et al., 2010; Reitz, Brayne y Mayeux, 2011; Robles y Gude, 2014:523). Los cambios fisiológicos en el envejecimiento es otro factor que también se debe tener presente en el tratamiento farmacológico. Así, distintos autores se centran en estos aspectos (López-Álvarez et al., 2015; Barberán, Pascual, Guadalupe y Pedrós, 2014; Ücok y Gaebel, 2008; Pacheco et al., 2010).

3.3.2. El modelo psicoeducativo no integrado

Este modelo correspondería a los centros donde sí se primarían las intervenciones psicoeducativas pero sin relacionarlas con la estrategia farmacológica. Esta es la situación en la que se encuentran todas las residencias en las que el equipo multidisciplinar del centro puede otorgar el suficiente valor a las intervenciones psicoeducativas y a sus potenciales beneficios, sin embargo, el equipo multidisciplinar funciona de manera fragmentada y no se toman decisiones en conjunto respecto a las distintas opciones

terapéuticas, según los casos. A esta situación puede llegarse por desconocimiento, por prejuicios profesionales o por falta de coordinación o trabajo en equipo o por varias de estas razones a la vez. Aunque en este modelo resalta los beneficios de las intervenciones psicoeducativas hay que ser consciente también de sus limitaciones.

Diferentes autores han incidido en las limitaciones que presentan las intervenciones psicoeducativas (Orrell, Hancock, Liyanage y Woods, 2008; Dichter et al., 2014). Entre ellas se encuentran las siguientes: 1) la propia naturaleza de las demencias, clínicamente heterogéneas y, en muchas ocasiones sin un diagnóstico claro, condicionan la aplicación de los diferentes programas y la evaluación de su eficacia. Los procesos degenerativos se suelen dividir en estadios según la evolución o fase de la enfermedad (Smits et al. (2015), lo que, en muchas ocasiones, provoca que no se puedan comparar las intervenciones realizadas sin distinguir los pacientes según padezcan demencia leve moderada o grave. De esta forma, es muy difícil reunir una muestra homogénea de pacientes para que sean asignables a diferentes condiciones experimentales. 2) Algunos beneficios que pueden aportar este tipo de intervenciones difieren según el estadio de la enfermedad, así, algunos programas pueden ser únicamente eficaces en un nivel de evolución de la enfermedad o pueden ser más o menos eficaces según el estadio en el que se apliquen. Sin olvidar que puede ser difícil encontrar programas con beneficios en las fases más avanzadas de la enfermedad. 3) A la hora de poner en marcha las intervenciones psicoeducativas, éstas deben de estar adaptadas a cada paciente, a lo que hay que añadir, la heterogeneidad dentro de los propios programas psicoeducativos. 4) Normalmente siempre cabe la posibilidad de que los resultados sean atribuidos a alguna variable que no sea la propia intervención psicoeducativa debido a que el tratamiento farmacológico, normalmente, siempre está presente en los pacientes ya que es muy difícil que pudieran prescindir de él para la realización de un estudio. 5) Los beneficios de las intervenciones en un nivel acaban influyendo en otro (Wheeler y Oyebode, 2009; Enmarker et al., 2011). 6) El hecho de que por razones éticas, en muchas ocasiones, es difícil acceder a datos tan sensibles como son los clínicos. Situación que se torna sumamente complicada si se contempla en el estudio a un correlato fisiológico como podría ser el análisis postmortem, etc.

A pesar de estas dificultades, numerosos estudios están empezando a dar peso a las intervenciones psicoeducativas (Wilks y Croom, 2008; Sorensen, Waldorff y Waldemar, 2008; Waldorf et al. 2012). Algunos de ellos como el realizado por Livingston et al. (2014) comienzan a obtener resultados respecto a la disminución de la agitación a través

de las intervenciones psicoeducativas y, otros (Ritchter et al., 2012; Möhler et al., 2012; Köpke et al., 2012; Köpke et al., 2010; Haut et al. 2009) comienzan a observar la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en la disminución de los psicofármacos y de las restricciones físicas en las residencias.

3.3.3. El modelo integrado de atención

Este modelo correspondería a los centros donde se primarían las intervenciones psicoeducativas pero también la estrategia farmacológica. Esta es la situación en la que se encuentran todas las residencias en las que el equipo multidisciplinar del centro funciona como un verdadero equipo y se toman decisiones en conjunto respecto a las distintas opciones terapéuticas, según los casos. Además, el personal posee un perfil competencial adecuado que le permite manejarse convenientemente en las distintas situaciones que en el día a día del centro se le van presentando y conoce y asume los pros y los contras tanto de las medicaciones como de las intervenciones psicoeducativas. Por ello, en estos centros la formación tiene un papel esencial y es entendida como “cultura de centro”.

En este sentido, parece importante resaltar la alusión que hace Olazaran et al. (2012:603-604) a las intervenciones psicoeducativas y al uso de los fármacos. “A pesar del consenso entre profesionales y sociedades científicas acerca de la prioridad del manejo no farmacológico, los médicos se ven a menudo presionados por los familiares y por cuidadores profesionales para priorizar el tratamiento farmacológico”, con lo que aquí la visión de “cultura de centro” se puede entender con claridad.

Diferentes estudios se han centrado en tratamientos combinados, es decir, farmacológicos y psicoeducativos (Ferrerres et al., 2012). Sin embargo, otros autores como Turabián y Pérez (2011:246-251) señalan cómo estos tratamientos combinados, en algunos casos, están poco presentes en la práctica clínica “los recién llegados a la clínica, en su ansiedad por curar rápidamente, conciben la terapéutica como una pura aplicación de conceptos teóricos farmacológicos, y esta vertiente eclipsa totalmente la importancia de los aspectos no farmacológicos”. Otros autores como (Oller et al., 2011:26) subrayan la utilidad de psicoeducación en la atención primaria.

Ya en el medio residencial, Carballo, Arroyo, Portero y Ruiz (2013:161) resaltan las intervenciones para la prevención de los SPCD centrándose en sus beneficios: “minimizar el estrés y evitar las reacciones psicológicas anómalas”. Autores como Berbel,

Ortiz y Aguado (2011:5178) las definen en contraposición al tratamiento farmacológico, “la ausencia de un tratamiento eficaz o al menos de limitada eficacia con los que se cuenta en la actualidad se ha motivado la búsqueda de otras estrategias”.

Para finalizar este apartado, se describirán a continuación, a modo de ejemplo, algunos de los trastornos psicológicos y otras patologías en las que el tratamiento combinado (farmacológico y psicoeducativo) o, únicamente, las intervenciones psicoeducativas se ha visto necesarias para tratar adecuadamente a los distintos pacientes y, de hecho, dicho planteamiento forma parte de la práctica habitual, o así se intenta en gran medida, en el ámbito de la salud.

En primer lugar, en el caso de las depresiones denominadas “resistentes” se ha defendido el tratamiento combinado por autores como Álvarez et al. (2008). En segundo lugar, en el caso del abordaje de la psicosis, en los últimos años, las intervenciones psicoeducativas también están incrementando su presencia en el tratamiento de los pacientes. Gutierrez, Sánchez, Trujillo y Sánchez (2012:225-226) afirman “El tratamiento de las psicosis agudas era, hasta hace unos años, algo relegado al tratamiento farmacológico (...), cada vez se aboga más por un tratamiento multidisciplinar que implique el trabajo conjunto farmacológico y psicológico”. En tercer lugar, en el tratamiento de los trastornos de ansiedad también, en los últimos años, se está incrementando la presencia de los tratamientos de tipo psicoeducativo. En cuarto lugar, algunos autores han analizado el papel del tratamiento psicoeducativo en el delirium en el anciano. Así, autores como Bonafonte et al. (2013) defienden que los fármacos neurolépticos son usados con mucha frecuencia en los pacientes que padecen delirium y su uso está avalado en las guías de tratamiento, pero de la misma forma, en otros estudios se recomiendan las terapias no farmacológicas al menos de manera coadyuvante. En quinto y último lugar, en el tratamiento de los problemas de conducta de los adultos con discapacidad intelectual también se defiende la combinación de tratamientos. De esta forma, autores como Deb et al. (2009) sostienen que si hay una causa física o psiquiátrica evidente de la conducta esta debe tratarse en forma apropiada. Si no se puede reconocer ningún trastorno físico psiquiátrico que se pueda tratar, entonces se valorará inicialmente la posibilidad de un tratamiento psicoeducativo.

No obstante, este modelo también presenta ciertas limitaciones. Entre ellos, Fernández (2011) señala el hecho de que los tratamientos farmacológicos requieren

fármacos que pueden adquirirse con relativa facilidad y cuyos efectos son mucho más rápidos que en las intervenciones psicoeducativas, las cuales requieren de la presencia de profesionales y, por parte del paciente, compromiso, motivación y constancia. Según este autor, los efectos positivos del tratamiento combinado son cinco. 1) los psicofármacos pueden incrementar la adherencia al tratamiento psicológico/conductual, 2) Los tratamientos psicológicos pueden incrementar la adherencia a la terapia farmacológica, 3) ambos tipos de tratamientos pueden presentar efectos sinérgicos sobre diferentes síntomas, 4) pueden presentar efectos aditivos, 5) los tratamientos psicológicos pueden disminuir la probabilidad de recaídas cuando el tratamiento farmacológico se va disminuyendo o retirando. Sin embargo, señala también cuatro efectos negativos: 1) los psicofármacos pueden interferir en el tratamiento psicológico, por ejemplo, disminuyendo la capacidad de atención, 3) los psicofármacos pueden provocar en el paciente actitudes pasivas, 4) los psicofármacos pueden aumentar en el paciente su percepción de incontrolabilidad sobre los síntomas, 5) la supresión de los tratamientos farmacológicos es también una tarea compleja que precisa de asistencia psicológica.

Por último, tal y como aluden Adan y Prat (2012) en la combinación de terapias, en algunos casos, los efectos positivos que puede ofrecer el tratamiento farmacológico serán mayores que los de las intervenciones psicoeducativas, en otros casos, los efectos de éstas últimas superarán a los del tratamiento farmacológico y finalmente, en otros casos, ambas intervenciones presentarán efectos positivos de igual manera. Dependerá del tipo de trastorno a tratar la elección de las diferentes opciones de tratamiento. Se requiere de una investigación sistemática, es decir, de estudios suficientemente rigurosos que puedan permitir realizar a los profesionales predicciones acertadas sobre qué determinada combinación de tratamientos o, en cambio, qué tratamiento único de un tipo u otro podrán aportar o no beneficios, según el caso. De momento, en el caso que nos ocupa, el manejo de los SPCD en las residencias, se continúa el camino hacia un consenso suficientemente avalado por la evidencia empírica, para el tratamiento de estos trastornos en los diferentes casos. Así, mientras algunos autores como Azermai et al. (2012) resaltan la mayor especificidad y eficacia de los tratamientos farmacológicos, otros como Guillemaud, Faucounau, Greffard, y Verny (2013) o Kales, Gitlin y Lyketsos (2014) apuestan por la integración de los tratamientos farmacológicos y las intervenciones psicoeducativas a través de una intervención integral y multidisciplinaria.

3.4. La formación como elemento protector ante el burnout

A continuación se aborda el concepto de burnout. Este concepto, se presenta como un fenómeno organizacional relacionado también, con la formación, en este caso, con la ausencia de la formación. No obstante, se ha estimado conveniente reflejar, en este epígrafe, el trabajo realizado en la revisión de la bibliografía respecto al concepto de burnout, también entendido como factor individual a abordar en la realidad de cuidadores formales e informales. Esta decisión se ha tomado por una razón de organización en la presentación de los contenidos, ya que se ha tratado de no abordar el tema del burnout en dos capítulos distintos, para que la organización del trabajo resultara más simple. Por lo tanto, este apartado se divide en cuatro subapartados con los siguientes contenidos: 1) aproximación teórica al concepto, 2) el burnout y los cuidadores informales, 3) los factores personales y el burnout y 4) el burnout como fenómeno organizacional.

3.4.1. Aproximación teórica al concepto de burnout

Freudenberger en 1974 acuñó por primera vez el término burnout. Este autor describió el síndrome cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor -mostrándose menos sensibles, poco comprensivos y agresivos en su relación con los pacientes, dándoles un trato distante y cínico-. Desde entonces se han elaborado numerosas definiciones para delimitar este fenómeno y explicar su desarrollo.

En 1976 la psicóloga Cristina Maslach profundiza en su definición y lo da a conocer en 1977 en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos. En la década de 1980 este fenómeno se estudia en Estados Unidos, un poco más tarde, se llevarán a cabo estudios en torno al burnout también en Canadá y Reino Unido y en otros países de habla inglesa. En la actualidad se pueden encontrar investigaciones sobre el tema por todo el mundo.

Después de que el síndrome se da a conocer, hay autores que insisten en que es característico de los servicios dedicados a la atención a personas. Otros, por el contrario, señalan que el síndrome se puede desarrollar en otro tipo de profesionales y no únicamente en los asistenciales. En 1979 se comienza a defender que el síndrome es consecuencia del

estrés laboral y se comienza a enfatizar la influencia de las variables organizacionales en la aparición del síndrome.

En la actualidad, aunque el síndrome de burnout está aceptado por la comunidad científica internacional, aún no tiene unos criterios diagnósticos definidos, por ejemplo, no se incluye en el CIE-10, aunque si se contempla como riesgo psicosocial. Esta falta de criterios, tal y como afirman algunos autores como Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009:64-79) “dificulta la valoración de los instrumentos de medida y la valoración de la concordancia con la percepción de burnout”. Así, los instrumentos para medir el burnout se hacen necesarios. En un estudio en el que participan 6150 profesionales sanitarios, las conclusiones son interesantes “se concluye que una pregunta simple sobre la percepción de burnout no puede sustituir la utilización de instrumentos de evaluación de este síndrome, sino que debe ser complementaria” (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009:64-79).

3.4.2. El burnout y los cuidadores informales

Algunos estudios se han centrado en la sobrecarga o el burnout de los cuidadores informales incidiendo en la importancia de identificar grupos de riesgo entre los cuidadores para realizar intervenciones tempranas en la prevención del burnout (Andrén y Elmstähl, 2008).

Un nivel elevado de dependencia del paciente puede producir una sobrecarga intensa en el cuidador informal. Por una parte, numerosos estudios han profundizado en el concepto de “carga” intentando discernir qué variables se asocian a él. Así, en un estudio llevado a cabo por Rodríguez y Landeros (2014:87-92) se concluyó que “a menor grado de dependencia del adulto mayor, menor es el nivel de sobrecarga subjetiva del agente de cuidado dependiente”. Otro estudio con similares resultados es el realizado por Mendoza (2014:12) en el que participaron 68 familiares cuidadores de pacientes con enfermedad neurológica crónica que acudieron a consultas hospitalarias de neurología y se encontró “sobrecarga intensa en 72,1% de los familiares a cargo del cuidado. El mayor nivel de sobrecarga fue proporcional a la mayor discapacidad del paciente”.

Contrariamente a los resultados anteriores, en el estudio de Delgado et al. (2014:57) se observó que “ninguna variable del paciente con demencia se relacionó con medidas de sobrecarga”. No obstante, una peor percepción de salud y calidad de vida se relacionaron con riesgo de ansiedad, depresión y sobrecarga en los cuidadores y una

mayor frecuentación a atención primaria y ausencia de trabajo remunerado fuera de casa se relacionaron con riesgo de ansiedad y depresión. Además, una mayor edad del cuidador principal y menos formación académica se relacionaron con riesgo de depresión.

Tal y como afirman algunos autores, diversos trabajos han demostrado que los cuidadores con altos niveles de sobrecarga tienden a ingresar en centros residenciales a los pacientes a su cargo con mayor frecuencia que los cuidadores menos afectados. A su vez, los pacientes con cuidadores menos sobrecargados tienden a presentar menor frecuencia de sintomatología de tipo psiquiátrico, como delirios, depresión de alteraciones del comportamiento (Martín, 2011).

La sobrecarga que experimentan los cuidadores informales, tal y como se manifiesta en algunos estudios como el de Cerquera y Galvis (2014), es mayor que la que experimentan los cuidadores formales. En este estudio la presencia de eutimia estado se encontró en el 36% de los cuidadores informales y en el 21% de los formales. Además tanto de los cuidadores informales como los formales presentaron sobrecarga subjetiva intensa.

La sobrecarga presente en los cuidadores informales de personas institucionalizadas, ha sido objeto de estudio de algunas investigaciones realizadas, como la llevada a cabo por Cohen, Zimmerman, Reed, Sloane y Beeber (2013). Según estos autores, la sobrecarga en los cuidadores, con frecuencia, se manifiesta a través de reacciones emocionales negativas que pueden incluir la ansiedad o la hostilidad. Con frecuencia, esta situación les lleva al aislamiento y a la no búsqueda de ayuda. Los grupos de apoyo y formación a cuidadores pueden ser una ayuda para contrarrestar el aislamiento de los cuidadores y superar los sentimientos negativos que suscita su situación. En estos grupos se habla de experiencias personales y se pueden identificar sentimientos comunes que puedan estar afectando al bienestar subjetivo de éstos. Además la intervención a nivel individual en los cuidadores a través del asesoramiento y el apoyo también pueden dar buenos resultados.

En otro estudio realizado por Secanilla, Bonjoch, Galindo y Gros (2011:105-109) se llevó a cabo una intervención mediante seguimiento y asesoramiento a través de sesiones psicoeducativas y terapia individual consiguiéndose buenos resultados,

“Se demuestra que a partir de las acciones de prevención y seguimiento así como a través de la formación psicoeducativa dirigida a los cuidadores se favorece la permanencia de los usuarios en el propio

domicilio, se mejora la calidad de vida de éstos y de sus cuidadores” (Secanilla, Bonjoch, Galindo y Gros, 2011:105-109).

En otro estudio (Asensio y Benitez, 2011) se realizó un ensayo clínico aleatorizado de nueve meses de duración en personas mayores con diagnóstico probable de demencia que precisaban de ayuda para las actividades de la vida diaria, tuvieran trastornos conductuales y dispusiesen de un familiar cuidador con una dedicación del 8h a la semana. La intervención consistió en sesiones individuales de formación de los cuidadores en el cuidado del paciente, impartidas por un terapeuta ocupacional. La formación incluyó habilidades de comunicación, modificaciones del medio para favorecer la funcionalidad, detección de complicaciones en las actividades de estimulación del enfermo. Los resultados principales a los cuatro meses fueron: mejoría funcional de los pacientes y de la situación de bienestar de los familiares del grupo de intervención. No hubo diferencias en los trastornos conductuales o calidad de vida de los pacientes. A los nueve meses no se observaron mejoras.

Los resultados de todos estos estudios nos pueden hacer reflexionar sobre la existencia de distintas variables intervinientes en todos los procesos de intervención. Es decir, en principio, no sería lo mismo que las sesiones de formación fuesen realizadas por un profesional u otro. Además, dentro de una sesión de formación hay muchos condicionantes a tener en cuenta. También hay que conocer sí las intervenciones pueden ser evaluadas desde distintos puntos de vista (cambios en el estado funcional, afectivo, conductual, etc.) ya que, en muchas ocasiones, lo que se pretende con una intervención desde un profesional en concreto y una modalidad concreta puede producir efectos en distintos aspectos muy dispares (trastornos de conducta, estado funcional, etc.).

Sin duda, dentro de lo que son las intervenciones psicoeducativas nos encontramos con un panorama muy amplio de intervenciones. Algunos autores (Signe y Elmstähl, 2008; Orgeta y Miranda-Castillo, 2014) afirman que las intervenciones psicoeducativas en los cuidadores informales reducen los niveles de sobrecarga, encontrándose en el primer estudio que los efectos se mantienen durante un período entre 6 y 12 meses y, señalándose en el segundo estudio, que las actividades físicas también pueden reducir el nivel de sobrecarga, aunque estos resultados deben interpretarse con cautela.

En el manejo de esta sobrecarga por parte de los cuidadores interfieren distintas variables como las características del propio cuidador, recursos personales, apoyo social,

estrategias de afrontamiento, etc. Respecto a este último aspecto, autores como Haley, Levine, Brown y Bartolucci (2007:323), han encontrado diferencias en base a las distintas estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores “existen los que tratan de afrontar activamente los problemas. Mientras que en otros su estrategia es de evitación”.

López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez y Carmona (2009:332) observaron una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores, así como una mayor frecuencia de posible disfunción familiar y de sensación de apoyo social insuficiente.

3.4.3. El burnout como factor individual

Son diversos los factores personales que interfieren en la aparición de burnout. Entre ellos se encuentran las estrategias de afrontamiento, las habilidades sociales, la comunicación eficiente, la planificación adecuada del tiempo o el apoyo social.

Una sugestiva línea de investigación indaga sobre la posible relación entre el burnout y la resiliencia. Así, se profundiza en el constructo “Job Engagement” o “compromiso laboral”, considerado el polo opuesto del concepto de “burnout”. Es decir, en presencia de factores de riesgo, unos sujetos pudieran “quemarse”, en cambio, otros pueden presentar niveles altos de eficacia y compromiso laboral o engagement. En la medida que refuerzan estos atributos personales se minimiza la vulnerabilidad al burnout.

En este sentido, Vera, Salanova y Lorente (2012) afirman que la autonomía en el trabajo y el clima de apoyo social fomentan el engagement. Las altas demandas laborales en forma de sobrecarga cuantitativa o conflicto de rol conllevan al desgaste.

En un estudio sobre “personalidad resistente” y autoeficacia llevado a cabo sobre una muestra representativa de profesionales Ríos, Sánchez y Godoy (2010:600-601) obtuvo “La autoeficacia generalizada y el constructo de personalidad resistente, se sitúan entre las estructuras de la personalidad que pueden ejercer un efecto protector frente a la aparición de enfermedades o trastornos en la salud.”

Otro estudio, en este caso realizado por Gil-Monte, García-Jueas y Caro (2008:113) realizado sobre una muestra de 714 profesionales de enfermería encontró que “la sobrecarga laboral y la autoeficacia fueron predictores significativos de las dimensiones agotamiento emocional, realización personal en el trabajo y despersonalización”.

Otros estudios como el llevado a cabo por Kokkonen (2014) se centró en los niveles de autoeficacia y su relación con el burnout sosteniendo que mayores niveles de autoeficacia y actitudes positivas hacia la organización están relacionadas con menores niveles de burnout.

La importancia de las conductas, motivaciones y acciones individuales en las organizaciones ha sido resaltado por Nahavandi et al (2014). Estos autores resaltan la importancia de practicar las habilidades y aprender de las experiencias. También analizan como la propia conducta y las propias habilidades tienen influencia en la conducta de otros.

En el estudio de López, López, Jareño y Moya (2015:258) realizado también en el medio sociosanitario se obtuvo que “la calidad de vida profesional de los profesionales es media-baja. Esto podría indicar la necesidad de un cambio cultural organizativo basado en la participación y la motivación más allá de las dimensiones estructurales, aumentando el apoyo directivo y reforzando la motivación intrínseca como favorecedora en la resolución de conflictos”.

3.4.4. El burnout como fenómeno organizacional

En ocasiones, la interacción con pacientes, familiares y con los mismos miembros del personal constituye una fuente de estrés para los profesionales de la salud. Además, la carga asistencial, el reconocimiento del trabajo, las relaciones con los compañeros o la satisfacción laboral, pueden influir en el riesgo de padecer burnout.

Nahavandi et al (2014) abordan la conducta humana en los diferentes niveles: individual, grupal y organizacional, asumiendo un enfoque bidireccional, en el que la conducta del trabajador tiene influencia en la organización, pero también la organización tiene influencia en las conductas individuales. En esta línea de pensamiento, algunos autores como Fritsch et al. (2009) encuentran relación entre las intervenciones psicoeducativas presentes en la organización, en este caso las residencias y el burnout en el personal. Esto refleja la multidimensionalidad de todos estos procesos y como un enfoque integrado o sistémico puede acercarse a la realidad de los centros.

Profundizando en el nivel de carga obtenido en los cuidadores profesionales, en un interesante estudio en el que se evaluó a cuidadores para analizar las semejanzas y diferencias en la salud y la calidad de vida de los cuidadores familiares y profesionales, los

autores Flores, Jenaro, Moro y Tomsa (2014) afirman que los familiares dedicados al cuidado presentan mayores niveles de sobrecarga y tiene una peor salud física y psicológica. Los cuidadores profesionales experimentan una mayor satisfacción con la vida general y con otros factores como trabajo, la familia y las relaciones sociales. La formación especializada, la remuneración recibida y la menor implicación emocional de estos cuidadores pueden contribuir a explicar estos resultados.

Dentro de las categorías profesionales, son numerosos los estudios que encuentran altos niveles de sobrecarga en el personal técnico como médicos o enfermeras, incluso más que en el grupo de auxiliares. En el estudio de Domínguez et al. (2012:30-33) se encontró que los auxiliares de enfermería presentaban “una media de agotamiento emocional del 19,4 frente a un 23,4 por parte de los profesionales de enfermería y un 24,9 en los médicos”. En el estudio descriptivo transversal realizado por Navarro, Ayechu y Huarte (2015:191), “la prevalencia de burnout en los profesionales de atención primaria fue del 39,3%”.

Otro estudio prospectivo de cohorte realizado por Matía et al. (2012:532-537) se encontró una asociación entre el burnout y la elevada presión asistencial. “se ha visto que una buena relación de enfermería con el equipo, y concretamente con los médicos, se relacionaba con bajo nivel de burnout y una mayor satisfacción laboral”.

Incluso algunos estudios han analizado la relación entre la presión asistencial entendida como carga de trabajo y el burnout. Edvardsson et al. (2008) afirman en su estudio, que en los centros donde el personal presentaba una mayor sobrecarga laboral la prevalencia de trastornos de conducta era significativamente mayor que, en los que la sobrecarga laboral era menor. La prevalencia de burnout presente en el personal sanitario también ha sido centro de atención de distintos estudios (Bianchi, Sam y Laurent, 2015; Adriaenssens, Gucht y Maes, 2015). En este último estudio se afirmaba que un 26% de las enfermeras pertenecientes a los servicios de emergencia sufrían burnout.

En el estudio de Méndez, Secanilla, Martínez, y Navarro (2011:62-69) se ha analizado el burnout presente en los auxiliares de enfermería en el ámbito geriátrico y se han obtenido resultados similares a los ya mencionados. Así, estos autores obtuvieron que “el ambiente de trabajo resulta decisivo en el desarrollo del síndrome”.

Otro de los factores que pueden afectar al burnout es el tiempo trabajado con personas mayores. Méndez, Secanilla, Martínez, y Navarro (2011:62-69) observaron también que “los cuidadores con experiencia de más de 10 años, o en el intervalo de 5 a 10, presentan menores niveles en agotamiento emocional”. Respecto a la formación estos autores resaltan que los cuidadores que recibían información y formación sobre demencias de Alzheimer lograban altos niveles en la dimensión realización personal.

En otro estudio llevado a cabo por Martínez, Méndez, Secanilla y González (2012:37) realizado sobre la misma muestra que el estudio anterior, analizada un año después, se encontró un interesante resultado con respecto a la formación de los cuidadores, “los cuidadores con un agotamiento emocional bajo consideran que poseen suficiente información sobre demencias de Alzheimer”. Estos autores destacan el valor de la formación y proponen, entre otras medidas:

“la planificación de un horario flexible al cuidador profesional para que pueda compaginar su vida personal con la laboral, el fomento de la participación de los empleados en la toma de decisiones de aquellos aspectos del centro de trabajo que repercuten en su calidad de vida, dotación de mayor retroalimentación de su ejecución, desarrollo de un equipo de trabajo, fijación de los límites de usuarios por cuidador para evitar la saturación de éste” (Martínez, Méndez, Secanilla y González, 2012:37)

También en el estudio de Martínez, Méndez, Secanilla, Benavente y García (2014:41-51) se concluyó que “niveles bajos de burnout se asocian a conocimientos previos en demencias de Alzheimer por parte de los cuidadores”.

En otro estudio realizado por Puig, Lluch, Sabater y Rodríguez (2010:1-5) también se subraya la importancia de la formación en las auxiliares de geriatría:

“la mayoría está satisfecha con su vida personal y tienen una buena calidad de vida. Les gusta su trabajo y están motivadas, sin embargo, manifiestan estar poco valoradas y remuneradas, piensan que la formación es importante para ofrecer unos cuidados de calidad (...). En relación a la motivación laboral, el 75% se muestran motivadas a realizar su trabajo, sin embargo, todas las cuidadoras piensan que este colectivo está poco valorado y remunerado profesionalmente, pero se muestran satisfechas realizando su trabajo. Proponen mejorar las condiciones laborales de este colectivo, respecto a horarios, remuneración y valoración profesional” (Puig, Lluch, Sabater y Rodríguez, 2010:1-5).

Algunos autores (Edvardsson, Sandmann y Borell, 2014; Westermann, Kozak, Harling y Nienhaus, 2014) han estudiado el burnout en relación con los cuidados centrados en la persona afirmándose, en este último estudio, que las intervenciones centradas en la persona reducían el burnout en un período corto de tiempo, mientras que

las intervenciones centradas en el trabajo y las intervenciones que combinaban ambos tipos, lograban hacerlo durante más tiempo.

Por último, resulta importante resaltar que en la formación de los cuidadores además de contemplarse aspectos como los que hasta ahora se ha mencionado hay otros que pueden también ser influyentes como es el caso de los estereotipos sobre la vejez. En un estudio llevado a cabo por Casanueva y Fajardo (2014) se subrayó que los estereotipos negativos construyen imágenes negativas del proceso de envejecimiento que infravaloran a nuestros mayores. A diferencia de los estereotipos negativos, los positivos dignifican a la persona mayor.

Las creencias y estereotipos que tenga el personal sobre la vejez pueden condicionar la valoración que éste haga de su trabajo. Es decir, si la percepción que se tiene es que la vejez es sinónimo de decadencia social este estereotipo negativo también se relaciona con un menor valor a la tarea realizada. Con ello, alcanzar la satisfacción laboral es complicado. Se pueden potenciar las preconcepciones positivas a través de la formación. Esto también puede beneficiar a los residentes ya que si no se cree que ellos puedan aprender y ser autónomos las personas mayores pueden acabar actuando en coherencia con esas creencias.

En otro estudio en el que se analizaron los estereotipos sobre la vejez en un muestra de 806 sujetos Gázquez et al. (2009:263) concluyen que la educación es un elemento esencial: “de los análisis realizados se desprende que la educación, en este supuesto, gerontología, es sumamente relevante para evitar las creencias erróneas hacia las personas mayores.”

En resumen, se requiere de nuevos estudios en los que se demuestre de forma completa la capacidad de estas intervenciones para ayudar a los cuidadores y que permitan otorgar a las intervenciones psicoeducativas la suficiente evidencia científica para que, de manera definitiva, estas intervenciones puedan presentarse como eficaces. El acuerdo general que existe acerca de la conveniencia de formar y apoyar a los cuidadores de pacientes con demencia en el medio institucional contrasta con la heterogeneidad de los procedimientos empleados y con las diferentes metodologías de evaluación, lo que dificulta la obtención de resultados concluyentes en los estudios.

Prácticamente desde la aparición del síndrome se comienza a defender que el burnout es consecuencia del estrés laboral. Distintos autores enfatizan la influencia de las variables organizacionales, entre ellos es interesante el estudio realizado por Chukwudi (2014) ya que contrasta los factores individuales con los factores organizacionales. En este estudio el alto apoyo organizacional se relaciona con un bajo nivel de burnout y, en cambio, los niveles de autoeficacia resultan no significativos.

Por su parte, Merino (2013:24-31) hace alusión a un modelo teórico que puede aplicarse con facilidad al medio residencial, ya que el trabajo de las auxiliares, en muchas ocasiones, se encuentra en una situación denominada “alta tensión”. La organización debe realizar un importante esfuerzo en la adecuación persona-puesto. El sistema de gestión de la empresa debe integrar estos principios en sus procesos. Según la teoría de demandas-control propuesta por Karasek, los efectos provocados por el trabajo aparecen como resultado de la combinación de demandas psicológicas y de las características del puesto. Así se determinan distintos niveles: 1) “baja tensión”: hace referencia a aquellos entornos laborales en los que las demandas son bajas y el grado de control del trabajador elevado. En él, la sintomatología asociada al estrés no es significativa a priori, si bien en casos en los que este desequilibrio es extremo, puede conducir a una situación de estrés por infracarga. 2) “activo”: muestra los trabajos que suponen elevadas demandas donde el sujeto goza de un elevado grado de control. Se corresponde con el estrés positivo, fomentando procesos de máximo rendimiento y satisfacción. 3) “pasivo”: recoge aquellas situaciones en las que existen bajas demandas, a la vez que escaso grado de control. El comportamiento del trabajador desencadena en este caso, bajo rendimiento y desmotivación. 4) “alta tensión”: se combina elevadas demandas junto con escaso control. Por ello, supone el máximo riesgo de sintomatología asociada del estrés. El punto óptimo está en el equilibrio de ambas, de forma que un desajuste siempre resultará nocivo. Por último, se ha de mencionar que el modelo fue posteriormente ampliado incluyendo una nueva dimensión: el apoyo social. Dicho apoyo, entendido como la calidad y la cantidad de relaciones sociales mantenidas en el trabajo, es una de las principales variables moderadoras y elemento esencial a la hora de desencadenar o evitar el proceso de estrés.

Otros autores como Marrau (2009) también afirman que dicho síndrome tiene su origen y repercusión en el medio organizacional. Este autor explicita las consecuencias del burnout y propone procedimientos para su prevención.

Las personas se sienten desgastadas y agotadas por la percepción continua de presión en su trabajo. Esto tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen. Las consecuencias del síndrome sobre las relaciones interpersonales se asocian a las actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por las personas (no verbalizar, cinismo, suspicacia, agresividad, aislamiento, irritabilidad, etc.), así como el agotamiento emocional. Este patrón conductual y actitudinal induce un deterioro de las relaciones y un aumento de los conflictos interpersonales (Marrau, 2009:169-174).

En lo que respecta a las organizaciones, entre las consecuencias más importantes que repercuten sobre sus objetivos y resultados, se encuentra la satisfacción laboral. Así, diferentes investigaciones han ahondado en la relación entre la satisfacción en el trabajo y el burnout (Patlan, 2013). De hecho, en el medio residencial, algunos autores como Isaksson, Aström, Sandman y Karlsson (2009) señalan una relación entre la satisfacción laboral y la presencia de trastornos de conducta en las personas con demencia.

Los procedimientos propuestos para la prevención del síndrome pueden ser: el re-diseño de tareas, la claridad de los procesos de toma de decisiones, mejorar la supervisión, establecer objetivos claros para los roles profesionales, establecer líneas claras de autoridad, mejorar las redes de comunicación organizacional, mejorar las condiciones de trabajo, mejorar el sistema de recompensas, participación en la toma de decisiones y otros (Marrau, 2009:169-174).

Respecto a las condiciones de trabajo otros autores como Zhang, Punnett y Gore (2012) también han incidido en su importancia. Así, como estrategias preventivas en el nivel organizacional se considera importante combatir las fuentes de estrés mediante la variedad y flexibilidad de la tarea, realizando además programas de formación donde se resalte la conformación de equipos de trabajo de modo que el personal participe en los procesos organizacionales, buscando con ello aumentar su nivel de compromiso con la institución, lo que, eventualmente, puede reflejarse en una mayor productividad y una mejor calidad en la prestación de los servicios. De esta manera, todas las estrategias deben apuntar a evitar y disminuir el estrés laboral y con ello la probabilidad de que se desarrolle el síndrome del burnout.

La formación es un elemento clave en la prevención del síndrome. Sin embargo, la formación no es la panacea, también hay que tenerlo en cuenta. Estudios como el de Kuske et al. (2009) afirman no haber conseguido con la formación efectos en el burnout a pesar de la mejora obtenida en las competencias del personal.

El objetivo que se persigue con la formación es conseguir un ajuste individuo-puesto, adecuado. En el nivel organizacional se requiere entrenar a los trabajadores en

acciones de desarrollo y cambio organizacional. En el nivel interpersonal se consideran los grupos de trabajo y la integración social, por lo que se deben incluir programas de formación sobre apoyo social, habilidades sociales y liderazgo, entre otros. En el nivel individual, se debe dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento del estrés. El entrenamiento en estrategias de resolución de problemas, o en estrategias de tipo cognitivo-conductual puede ser un buen complemento a todo tipo acciones. La formación en estos tres niveles no debe entenderse como excluyente o alternativa, sino como complementaria (Marrau, 2009:169-174).

Se hace evidente por lo tanto, la necesidad de que la propia organización implemente programas de formación a los trabajadores y de que los trabajadores participen y asimilen procesos de cambio dentro de la organización.

PARTE II:
MARCO EMPÍRICO

4. Justificación

A la luz de los datos expuestos a lo largo de la revisión teórica realizada, puede concluirse que la presencia de SPCD en los pacientes con demencia y otros trastornos relacionados en las personas mayores sin deterioro cognitivo conlleva que, con cierta frecuencia, estas personas reciban cuidados en residencias. Estas instituciones deben velar por la calidad de atención y, para ello, existen distintas herramientas. En primer lugar, los profesionales de los centros deben valorar y conocer a la persona mayor para tener claro cómo asistirle en las distintas necesidades, tanto físicas como psicológicas o sociales. En segundo lugar, La formación se constituye como el principal instrumento para que esos cuidados realizados por parte de todos los profesionales del centro se lleven a cabo de forma adaptada a esa persona en particular y, en concreto, a su repertorio conductual. Así, el hecho de que la formación sea una realidad inserta en la cultura de centro puede contribuir en gran medida al logro de estos objetivos. Conocer el perfil competencial del personal, y en especial el trabajo de las auxiliares es una herramienta que puede utilizarse. También puede ayudar el hecho de que las intervenciones realizadas por los familiares durante sus visitas estén orientadas a los objetivos propuestos.

En tercer lugar, además de la formación, otras intervenciones psicoeducativas también pueden servir para este mismo fin. Desde un modelo integrado de atención todas estas herramientas son utilizadas y, ello puede suponer una forma de combatir el burnout y una inadecuada prescripción de los psicofármacos, ya que podrían existir, en ciertos casos, otras estrategias alternativas para minimizar o evitar los SPCD. Tanto las intervenciones farmacológicas como las psicoeducativas por si solas o en combinación tienen sus limitaciones, sin embargo, se conceptualiza este modelo como el más ajustado para lograr todas estas metas. Aun así, lograr funcionar bajo este modelo debe de partir de un marco pedagógico adecuado que, además, permita la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo. Para ello, el trabajo en equipo es un elemento básico en esta ecuación y, asimismo, la dirección del centro debe facilitar y apoyar todos estos procesos.

Pese a sus limitaciones, numerosos estudios están encontrando resultados positivos respecto a las intervenciones psicoeducativas (Johnson et al., 2013; Livingston, et al. 2014; Waldorf, et al., 2012; Richter, et al, 2012; Möhler, et al. 2012; Köpke, et al. 2012; Köpke et al. 2010; Haut et al. 2009). Según Cohen-Mansfield et al. (2012), los estudios multidimensionales pueden ayudar a esclarecer la eficacia de las distintas opciones de

tratamiento. Respecto al tratamiento farmacológico, Tjia y Givens (2012) profundizan en el término “prescripción inadecuada” y Kleijer et al. (2014) en el de “cultura de prescripción”. Otros autores (Fleming y Purandare 2010; Reuther et al., 2012) profundizan en distintas variables del entorno físico y social que pueden estar jugando un importante papel en la realidad farmacológica de las personas institucionalizadas. En relación al burnout, numerosas investigaciones apoyan los beneficios de la formación y otras intervenciones (Westermann et al., 2014; Ericson-Lidman, 2013; Manepalli et al., 2009).

Así, pese a que algunos autores como Azermai, et al. (2012) son menos defensores del enfoque integrado, otros como (Guillemaud, et al., 2013; Kales, et al., 2014) si lo son. De esta manera, está justificado que las intervenciones psicoeducativas puedan ofrecer, por lo tanto, su pequeña o gran aportación, según los casos. No obstante, no hay que olvidar que se necesitan más estudios que aporten rigurosidad en los resultados y doten al estado de la cuestión, de la suficiente evidencia científica para que el uso de todas estas herramientas puedan ser generalizadas, partiendo de una óptima seguridad respecto a su eficacia. En definitiva, son muy pocos los estudios que han contemplado la formación, la psicoterapia, el ejercicio físico, la psicoestimulación y las modificaciones en el ambiente de manera conjunta y que, además, hayan tratado de explorar sus efectos en el nivel de burnout del personal de atención y en la prescripción de los psicofármacos en los residentes.

En el presente estudio todas estas variables se contemplan y, además, se aborda el perfil competencial y los factores de aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo constituyendo una novedad más en el abordaje de todos estos planteamientos.

5. Objetivo general y objetivos específicos

A continuación, se explicitan los objetivos generales de la investigación. Alcanzar dichos objetivos pasa por la consecución de otros más concretos: los objetivos específicos. Éstos también se señalan en el siguiente apartado.

5.1. Objetivo general

La amplia documentación analizada en el marco teórico llevó a tomar conciencia del estado de la cuestión. A partir de ahí se construyó el modelo teórico de partida, y posteriormente, el diseño metodológico. Con todo ello se pretendía conseguir el siguiente objetivo general: conocer el papel de la formación y otras intervenciones psicoeducativas en los centros para mayores y su relación con la prescripción de psicofármacos y con el burnout en el personal (auxiliares y psicólogos).

5.2. Objetivos específicos

En relación con los objetivos específicos, éstos se especifican a continuación tal y cómo han sido formulados en la presente investigación:

1. Conocer si se establecen diferencias entre los centros participantes en los diagnósticos médicos, la severidad de los trastornos, la frecuencia de trastornos del comportamiento y del estado de ánimo de los residentes.

2. Explorar la relación entre los programas de formación a las auxiliares y a las familias y la prescripción de psicofármacos.

3. Estudiar la relación entre las otras intervenciones psicoeducativas y la prescripción de psicofármacos.

4. Estudiar la relación entre la dedicación del psicólogo a la formación, el apoyo y el asesoramiento y la prescripción de psicofármacos.

5. Explorar el nivel de conocimiento que poseen las auxiliares sobre los SPCD, competencias para su manejo, el nivel de motivación y los factores facilitadores para la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo y su relación con la prescripción de psicofármacos.

6. Descubrir las características de los programas de formación a las auxiliares y a las familias y su relación con la prescripción de psicofármacos.

7. Estudiar el nivel de burnout de los profesionales de la muestra (auxiliares y psicólogos).

8. Explorar el nivel de conocimiento que poseen las auxiliares sobre los SPCD, competencias para su manejo y nivel de motivación, la aplicabilidad y su relación con el burnout.

9. Explorar la relación entre el burnout y la prescripción de psicofármacos.

10. Descubrir las características de los programas de formación a las auxiliares y a las familias y su relación con el burnout.

6. Hipótesis de trabajo.

Tras la realización de la pertinente revisión de la bibliografía y partiendo de los objetivos expuestos anteriormente, el presente estudio plantea las siguientes líneas de investigación explicitadas a través de las hipótesis que a continuación se presentan:

1. No se establecerán diferencias estadísticamente significativas entre los centros participantes en los diagnósticos médicos, la severidad de los trastornos, la frecuencia de los trastornos del comportamiento y el estado de ánimo de los residentes.

2. Un mayor número de horas de formación a los auxiliares y a las familias se relacionará con una menor prescripción de psicofármacos a los residentes.

3. Un mayor número de horas de las otras intervenciones psicoeducativas, a través de programas de psicoestimulación y actividad física, apoyo psicológico al residente y control del medio, se relacionarán con una menor prescripción de psicofármacos a los residentes.

4. Un mayor número de horas de los psicólogos dedicadas a la formación, apoyo y asesoramiento se relacionarán con un menor nivel de prescripción de psicofármacos a los residentes.

5. Se encontrará un menor nivel de prescripción de psicofármacos en los centros donde las auxiliares posean un mayor nivel de conocimientos sobre los SPCD, mejores competencias para su manejo, un mayor grado de motivación y perciban un mayor nivel de factores facilitadores para la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo.

6. Se encontraran menores niveles de prescripción de psicofármacos en los centros donde la formación a los auxiliares y a las familias sea interna, diaria, individualizada y proactiva y se realice detectando las necesidades de formación, con un ponente con cierto estatus en la organización y realizando una evaluación de la formación, sin que se establezcan diferencias estadísticamente significativas entre los centros en estas variables.

7. Se encontrará un mayor nivel de burnout en los auxiliares que en los psicólogos.

8. Se encontrarán menores niveles de burnout en las auxiliares que posean un mayor nivel de conocimientos sobre los SPCD, mejores competencias para su manejo, un mayor grado de motivación y perciban un mayor nivel de factores facilitadores para la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo.

9. Una menor prescripción de psicofármacos no se relacionará con un mayor nivel de burnout en los auxiliares.

10. Se encontraran menores niveles de burnout en los centros donde la formación a las auxiliares y a las familias sea interna, diaria, individualizada y proactiva y se realice detectando las necesidades de formación, con un ponente con cierto estatus en la organización y realizando una evaluación de la formación, sin que se establezcan diferencias estadísticamente significativas entre los centros en estas variables.

7. Participantes.

La muestra está compuesta por residentes, auxiliares y psicólogos con un total de 339 sujetos, de ellos: 297 son residentes, 37 son auxiliares y 5 son psicólogos, pertenecientes todos ellos a cinco residencias en la provincia de Bizkaia.

7.1. Residentes

Un total de 297 residentes de edades comprendidas entre 53 y 103 años con una media de edad de 83,9 años ($DE = \pm 7,2$) participaron en el estudio. El 25,9% de la muestra está conformada por hombres y el 74,1% por mujeres.

Los residentes presentan diferentes patologías degenerativas según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con La Salud, CIE-10: deterioro cognitivo asociado a factores de origen metabólico, deterioro cognitivo de probable origen tóxico (alcohol), deterioro cognitivo sin filiar, demencia vascular multiinfarto, demencia vascular por infarto estratégico, enfermedades cerebrovasculares, Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Alzheimer y demencia vascular (demencia mixta), demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy, demencia asociada al Parkinson, demencia asociada a Parálisis Supranuclear Progresiva, demencia asociada a enfermedad de motoneurona, demencia asociada a procesos cerebrales de origen infeccioso, delirium/cuadro confusional agudo, demencia de origen neoplásico, deterioro postraumático, hidrocefalia, parkinsonismo/Parkinson, epilepsias, retraso mental, esquizofrenia, esclerosis múltiple, trastornos del comportamiento/agitación, trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo (depresión), trastornos psicóticos agudos y transitorios, trastornos de ideas delirantes persistentes, trastornos de la personalidad, irritabilidad/enojo/agresión (no demencia) y no deterioro cognitivo.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: criterio de demencia según la CIE-10, cualquier nivel de escolarización, personas con enfermedad grave pulmonar, cardiaca, hepática, renal o general; enfermedad psiquiátrica activa, según CIE 10; deterioro psicomotriz previo (traumatismo craneoencefálico, intoxicación, etc.); antecedente de ictus previo; enfermedad degenerativa cerebral, cerebelosa o medular o problema sensorial.

Los criterios de exclusión fueron no haber sido residentes del centro en el momento de la recogida de los datos o hasta cuatro años atrás de esa fecha; no haberse conservado el informe médico de ese residente y la documentación sobre el grado de participación en los programas psicoeducativos.

7.2. Auxiliares y psicólogos

Respecto a los auxiliares presentan una media de edad de 42,2 años ($DE = \pm 7,7$). La mayor parte son mujeres, un 94,4% y, solo una minoría hombres, el 5,5%. Prácticamente la mitad de los auxiliares, un 41,6%, poseen estudios de bachiller. La minoría la representa el grupo de estudios de graduado completo o no completo donde se encuentra un 8,3% de la muestra. Respecto a los estudios de FP y de grado los porcentajes son muy similares; 22,2% y 19,4%. Respecto a los psicólogos, el 59,6% tiene entre 30 y 40 años y el resto es menor de 30 años. En cuanto al sexo, el grupo es en su totalidad de género femenino. En lo que se refiere al número de años trabajados con personas mayores, el 75% de la muestra tiene más de siete años y medio de experiencia. El 25% posee tres años de experiencia y el otro 25%, 10 años.

Los criterios de inclusión respecto a los auxiliares y los psicólogos fueron: haber querido participar voluntariamente en la investigación y formar parte del personal del centro en el momento de la recogida de datos. En ambos casos, auxiliares y psicólogos se estableció un único criterio de exclusión: ser personal en prácticas.

7.3. Residencias participantes

Los participantes pertenecen a cinco residencias todas ellas en la provincia de Bizkaia: Residencia Argaluz, Residencia Virgen de la Vega, Residencia Miravilla, Residencia Elexalde, Residencia Begoñako Ama. Por motivos de confidencialidad se asignan al azar las siguientes denominaciones: centro 1, centro 2, centro 3, centro 4 y centro 5 para referirse a los centros participantes. Los criterios de inclusión respecto a los centros participantes fueron: haber querido participar voluntariamente en la investigación, pertenecer a la provincia de Bizkaia, poseer el mismo equipo médico y disponer de los servicios de al menos un profesional psicólogo. No hubo criterios de exclusión respecto a los centros participantes.

8. Variables.

Tras el planteamiento de la investigación, llega el momento de la selección y definición de las variables y la descripción adecuada de cada uno de los aspectos a analizar. Las variables las podemos agrupar en cinco grandes grupos: las variables personales, las intervenciones psicoeducativas: la formación y los otros programas psicoeducativos, la prescripción de psicofármacos a los residentes, el nivel de burnout en auxiliares y psicólogos y otras variables del estudio: número de plazas por centro, ratio por centro, tipo de centro y dedicación del psicólogo a formación, apoyo y asesoramiento por centro.

8.1. Variables personales de los residentes

Edad, género: masculino o femenino, grado de severidad del diagnóstico según criterios CIE-10: no presenta, presenta en grado leve, en grado moderado y en grado grave, diagnóstico médico: se han incluido, bajo criterio médico, todos los diagnósticos médicos en relación con el estado cognoscitivo, afectivo y comportamental de los residentes de los centros participantes, según criterio CIE-10, tal y como se refleja en la tabla 15.

Tabla 15. Diagnósticos de los residentes de la muestra

Diagnóstico	Código CIE-10
Factores de origen metabólico	CIE E00-E90
Deterioro de probable origen tóxico (alcohol)	CIE G31.2
Deterioro cognitivo sin filiar	CIE G31.1
Demencia vascular multiinfarto	CIE G45
Demencia vascular por infarto estratégico	CIE I63
Enfermedades cerebrovasculares	CIE I60-I69
No deterioro cognitivo	CIE R54
Enfermedad de Alzheimer	CIE G30
Enfermedad de Alzheimer y demencia vascular (demencia mixta)	CIE G30.8
Demencia frontotemporal	CIE G31.0
Demencia por cuerpos de Lewy	CIE G31.8
Demencia asociada al Parkinson	CIE F02.3
Demencia asociada a Parálisis Supranuclear Progresiva	CIE G32
Demencia asociada a enfermedad de motoneurona	CIE G12.2
Demencia asociada a procesos cerebrales de origen infeccioso	CIE G01
Delirium/cuadro confusional agudo	CIE F05
Demencia de origen neoplásico	CIE C00-D48
Deterioro postraumático	CIE S06
Hidrocefalia	CIE G91
Parkinsonismo/Parkinson	CIE G20-G26
Epilepsias	CIE G40
Retraso mental	CIE F70-79
Esquizofrenia	CIE F20
Esclerosis múltiple	CIE G35
Trastornos del comportamiento/agitación	CIE F07
Trastornos de adaptación	CIE F43.2
Trastornos de ansiedad	CIE F40-49
Trastornos del estado de ánimo (depresión)	CIE 30-39
Trastornos psicóticos, agudos y transitorios	CIE F23
Trastornos de ideas delirantes persistentes	CIE F22
Trastornos de la personalidad	CIE F60
Irritabilidad/enojo/agresión (no demencia)	CIE F68.8

Fuente: elaboración propia

8.2. Variables personales de los auxiliares y los psicólogos.

Las variables personales respecto a las auxiliares y los psicólogos fueron: sexo, edad, número de años trabajados en la atención a personas mayores y nivel de estudios: graduado escolar no completo, graduado escolar completo, FP, ciclo/bachiller y grado universitario.

8.3. Los programas psicoeducativos

Esta variable incluye las intervenciones llevadas a cabo por el personal no médico del centro, es decir, por el equipo psicosocial de las residencias participantes. Incluye tanto la formación a auxiliares y familiares como la intervención psicológica. En concreto comprende, tal y como se ha mencionado en el marco teórico, la psicoestimulación con una amplia variedad de actividades, la actividad física, el apoyo psicológico al residente y las modificaciones en el ambiente o, tal y como se ha denominado a esta variable en el estudio, el “control del medio”.

8.3.1 La formación.

8.3.1.1. La formación a las familias

- Número de horas anuales de dedicación a la formación, asesoramiento y apoyo a las familias durante el último año.
- Características de la formación dirigida a las familias: detección de las necesidades de formación, existencia de la formación proactiva, modalidad grupal y/o individual, formación continuada, asesoramiento diario y realización de la evaluación de la formación.

8.3.1.2. La formación a los auxiliares

- Número de horas anuales de dedicación durante el último año.
- Características de la formación dirigida a los auxiliares: detección de las necesidades de formación, existencia de la formación proactiva, modalidad grupal y/o individual, existencia de la formación interna, status del ponente, asesoramiento diario, realización de la evaluación de la formación.
- Nivel de competencia de las auxiliares en el manejo de los SPCD.
- Nivel de motivación en los auxiliares.
- Factores facilitadores de la aplicabilidad al puesto de trabajo.

8.3.2. Otras intervenciones psicoeducativas

- Porcentaje global de participación por centro en los programas de psicoestimulación y actividad física que presentan los residentes.
- Grado de participación alto, medio y bajo que presenta cada residente en los programas de psicoestimulación.
- Grado de participación alto, medio y bajo que presenta cada residente en los programas de actividad física.
- Número de horas anuales dedicadas al apoyo psicológico al residente.
- Número de horas anuales dedicadas al “control del medio”, entendido como: todas las actuaciones que se realizan en el centro para el manejo de los trastornos de conducta a través de una intervención no centrada en la persona sino en el medio, como la evitación de entornos hiperestimulantes, la reducción de daños asociados a la agitación, etc.; reducir ruidos presentes, el desorden, el número de personas presentes, evitar cambios en las rutinas o en el entorno, el control de la iluminación, mantener fuera del alcance objetos peligrosos, etc.
- Número de horas de dedicación del psicólogo a la formación, apoyo y asesoramiento.

8.4. Prescripción de psicofármacos en los residentes

Se han incluido, bajo criterio médico y farmacéutico 55 principios activos correspondientes a distintos psicofármacos. Así, se han contemplado distintos psicofármacos: antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos, ansiolíticos, medicamentos para la demencia, antiepilépticos, antiparkinsonianos, psicoestimulantes, relajantes musculares y antihistamínicos de uso sistémico. Los principios activos se indican en la tabla 16.

Tabla 16. Principios activos y código ATC de los psicofármacos de la muestra

Principio activo	Código ATC
Oxcarbazepina	N03AF02
Carbamazepina	N03AF01
Levetiracetam	N03AX14
Gabapentina	N03AX12
Fentoina	N03AB02
Valproico Ácido	N03AG01
Topiramato	N03AX11
Pregabalina	N03AX16
Clonazepam	N03AE01
Carbidopa-Levodopa	N04BA02 P1
Ropinirol	N04BC04
Benserazida-Levodopa	N04BA02 P2
Biperideno	N04AA02
Entacapona	N04BX02
Rasagilina	N04BD02
Rotigotina	N04BC09
Risperidona	N05AX08
Levomepromazina	N05AA02
Quetiapina	N05AH04
Haloperidol	N05AD01
Olanzapina	N05AH03
Paliperidona	N05AX13
Tiaprida	N05AL03
Aripipazol	N05AX12
Lorazepam	N05BA06
Alprazolam	N05BA12
Diazepam	N05BA01
Clorazepato de Potasio	N05BA05
Bromazepam	N05BA08
Ketazolam	N05BA10
Medazepam	N05BA03
Lormetazepam	N05CD06
Clometiazol	N05CM02
Zolpidem	N05CF02
Flurazepam	N05CD01
Paroxetina	N06AB05
Mirtazapina	N06AX11
Escitalopram	N06AB10
Sertralina	N06AB06
Trazodona	N06AX05
Imipramina	N06AA02
Citalopram	N06AB04
Amitriptilina	N06AA09
Mianserina	N06AX03
Fluoxetina	N06AB03
Venlafaxina	N06AX16
Citicolina	N06BX06
Piracetam	N06BX03
Ginkgo Biloba	N06DX02
Donepezilo	N06DA02
Galantamina	N06DA04
Rivastigmina	N06DA03
Memantina	N06DX01
Tetrazepam	M03BX07
Doxilamina	R06AA09

Fuente: elaboración propia

De esta forma, las variables contempladas respecto a los psicofármacos han sido:

- Prescripción diaria (en mg) de cada psicofármaco a cada residente
- Número de psicofármacos totales prescritos a cada residente
- Número de psicofármacos totales de cada grupo de principios activos prescritos a cada residente
- Número de psicofármacos totales prescritos en cada centro

8.5. Burnout en auxiliares y psicólogos

- Puntuación directa de los auxiliares y los psicólogos en el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*: en la subescala Agotamiento Emocional (AE), en la subescala Despersonalización (DP) y en la subescala Realización Personal (RP).

8.6. Otras variables del estudio

- Número de plazas por centro
- Ratio de atención por centro
- Tipo de centro: centro 1, centro 2, centro 3, centro 4, centro 5.
- Dedicación del psicólogo por centro
 - Número de profesionales psicólogos
 - Número de profesionales no psicólogos que intervienen en los programas psicoeducativos
 - Número de horas diarias de dedicación del psicólogo
 - Número de horas diarias de dedicación del psicólogo a la psicoestimulación y el ejercicio físico
 - Número de horas diarias de dedicación del psicólogo a la formación, apoyo y asesoramiento.

9. Instrumentos.

9.1. Maslach Burnout Inventory (MBI)

Maslach y Jackson (1986) publicaron la segunda edición del Maslach Burnout Inventory y desde entonces ha sido ampliamente utilizada generalizándose su empleo hasta el punto de llegar a conceptualizarse el síndrome en base a la estructura

tridimensional de dicha escala. Inicialmente, Maslach y Jackson (1981) construyeron un instrumento que constaba de 47 ítems. Posteriormente, los ítems se redujeron a 22. En su versión original la escala constaba de dos formas de valoración una de frecuencia y otra de intensidad. Esta última es eliminada en la segunda versión Maslach y Jackson (1986).

En concreto, en el presente trabajo se utilizó una versión traducida y adaptada al castellano Maslach y Jackson (1997) que consta de 22 ítems con 7 alternativas de respuesta tipo Likert donde 0 es “nunca”, 1 es “pocas veces al año, o menos”, 2 es “una vez al mes o menos”, 3 es “pocas veces al mes”, 4 es “una vez a la semana”, 5 es “varias veces a la semana” y 6 es “diariamente”. Los ítems se distribuyen en tres escalas denominadas Realización Personal (RP), Agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP).

Del cuestionario se obtiene una puntuación estimada como baja, media o alta dependiendo de las distintas puntuaciones de corte determinadas, en un inicio, por las autoras y de las que se han ido estableciendo más según la población normativa. Así, autores como Seisdedos (1997) establecen puntos de corte que son los que se han utilizado en el estudio. De este modo, obtenemos los percentiles 33 y 66 dividiendo cada dimensión en tres segmentos o niveles: bajo, medio y alto. Aparecerá el cuadro sintomatológico completo del síndrome cuando se presenten altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos niveles de realización personal en el trabajo.

Maslach y Jackson (1981) definen el agotamiento emocional como la situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismos o que se encuentran en una situación de agotamiento de la energía que puede manifestarse física y/o psíquicamente. La despersonalización es entendida como el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo con un cambio negativo en las actitudes y en las respuestas hacia las personas destinatarias del trabajo. Y la baja realización personal comprendida como la tendencia a evaluarse negativamente con respuestas negativas hacia sí mismo y hacia el trabajo.

Posteriormente a la publicación de la escala en el año 1986, en su segunda edición, algunos estudios como el realizado por Yadama y Drake (1995) indicaron que el AE y la DP son constructos más robustos que la RP. Autores más recientes como Hansung y Juye

(2009) también hacen alusión al mismo aspecto. Sin embargo, su consistencia interna ha sido reflejada en numerosos estudios, entre ellos el llevado a cabo por Wheeler, Vassar, Worley y Barnes (2011) en el que se revisaron 221 estudios en los que se había utilizado esta escala con un resultado de los valores del *alfa de Cronbach* entre 0.70 y 0.80. Así, la escala MBI es el instrumento más utilizado para la evaluación del burnout ya que goza de niveles aceptables de validez. En el estudio de Seisdedos (1997) se obtuvo un valor de alfa de 0,90 para la escala de AE, de 0,79 para la de DP y 0,71 para la de RP.

Desde su origen hasta la actualidad se han sucedido las modificaciones de esta escala para aplicarla en distintos ámbitos profesionales. Con la última edición del manual publicado por Maslach, Jackson y Leiter (1996), la utilización de las tres versiones del MBI se ha hecho extensiva. En primer lugar, el *MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)*, dirigida a los profesionales de la salud, incluye las tres escalas a las que ya se ha aludido: AE, DP y RP. En segundo lugar, en el *MBI-Educators Survey (MBI-ES)*, dirigido a los profesionales de la educación, se mantienen estas tres escalas sin cambios. Al igual que en el MBI-HSS esta escala ha sido ampliamente validada. Así, por ejemplo, Hu y Schaufeli (2009) la aplicaron a un total de 1499 estudiantes chinos y concluyeron que podía ser utilizada también en ese medio. En tercer lugar, el *MBI-General Survey (MBI-GS)* presenta un carácter más genérico y puede ser utilizada en contextos en los que no necesariamente se trabaja con personas. En esta última escala se mantienen las tres escalas con diferente nombre; eficacia profesional, agotamiento y cinismo y sólo comprende 16 ítems. Sin embargo, ninguna versión incluye aspectos cognitivos, conductuales y motivacionales de los trabajadores por lo que para la presente investigación se han construido ad hoc otros cuestionarios que se explicitan en el siguiente epígrafe.

9.2. Cuestionarios contruidos “ad hoc”

Los cuestionarios contruidos “ad hoc” se dividen en dos grupos: por un lado, los dirigidos a los psicólogos y, por otro, los dirigidos a los auxiliares.

9.2.1. Cuestionarios dirigidos a los psicólogos.

Los cuestionarios dirigidos a los psicólogos se dividen en tres: cuestionario sobre las intervenciones psicoeducativas, cuestionario sobre la formación dada a las familias y cuestionario sobre la formación dada a los auxiliares

9.2.1.1. Cuestionario sobre las intervenciones psicoeducativas.

A través del cuestionario “ad hoc” sobre las intervenciones psicoeducativas se ha pretendido realizar la mera recogida de información en torno a tres aspectos: grado de participación, número de horas anuales de dedicación e identificación del profesional que las ha llevado a cabo. El cuestionario se puede consultar en el anexo 1 y consta de 5 apartados con dos ítems por cada apartado. Las preguntas son abiertas.

9.2.1.2. Cuestionario sobre la formación dada a las familias

El cuestionario “ad hoc” sobre formación a las familias consta de seis apartados en los cuales se incluyen preguntas abiertas en torno a la formación. El cuestionario se adjunta en el anexo 2. Así, se cuestiona a los psicólogos sobre las tres importantes fases que deben recogerse en todo plan de formación: fase de diseño, de implementación y de evaluación. En primer lugar, en lo que la fase de diseño se refiere y respecto al cuestionario sobre formación a familiares, se pregunta los psicólogos si desde el centro se lleva a cabo un análisis de las necesidades de formación para medir la variable “detección de las necesidades de formación”. También se pregunta si la formación es de carácter proactivo o, en cambio, reactivo y, de esta forma, se pretende medir la variable “existencia de la formación proactiva”. La siguiente pregunta pretende analizar si la formación es de tipo grupal o individual, recogiendo información referente a la variable “modalidad grupal y/o individual”. En lo concerniente a la fase de implementación se pregunta a los psicólogos cómo se implementa la formación en cada uno de los centros: cómo se organizan los cursos, en qué horarios se llevan a cabo, cómo se comunican, quién da la formación, qué puesto desempeña en el centro, qué formación posee y qué grado de participación consigue. Con estas preguntas se recoge información sobre la variable “formación continuada”, entendida como la formación que en los centros se realiza de forma sistemática de forma que un ponente realiza sesiones de formación que se anuncian y se llevan a cabo en el propio centro con una respuesta de participación a las mismas. También se recoge información sobre la variable “asesoramiento diario” entendido como la formación que de forma más sistemática se lleva a cabo en los centros más allá de una formación periódica establecida para ciertos procesos como la adaptación, petición de información por parte de la familia, etc. Por último, se explora en los centros si se realiza o no alguna evaluación de la formación preguntando por la existencia de la misma.

9.2.1.3. Cuestionario sobre la formación dada a los auxiliares

El cuestionario “ad hoc” sobre formación a los auxiliares consta de seis apartados en los cuales se incluyen preguntas abiertas en torno a la formación. Se incluyen este tipo de preguntas para poder proceder, tras la recogida de datos, a un análisis cualitativo de dicha información. El cuestionario se adjunta en el anexo 3.

De esta forma, en lo que se refiere al cuestionario sobre formación a los auxiliares y respecto a la fase de diseño, se pregunta a los psicólogos sí desde el centro se lleva a cabo un análisis de las necesidades de formación para medir la variable “detección de las necesidades de formación”. También se pregunta sí la formación es de carácter proactivo o, en cambio reactivo y, de esta forma, se pretende medir la variable “existencia de la formación proactiva”. La siguiente pregunta pretende analizar si la formación es de tipo grupal o individual, recogiendo información referente a la variable “modalidad grupal y/o individual”. En lo concerniente a la fase de implementación se pregunta a los psicólogos cómo se implementa la formación en cada uno de los centros; cómo se organizan los cursos, en qué horarios se llevan a cabo, cómo se comunican, quién da la formación, qué puesto desempeña en el centro, qué formación posee y qué grado de participación consigue.

Con estas preguntas se recoge información sobre la variable “existencia de la formación interna”, entendida como la formación llevada a cabo por un ponente que es a su vez un profesional que trabaja en el centro. También se recogen datos respecto a la variable “estatus del ponente”, entendida como la formación dada por un ponente que no está a la misma altura en el organigrama del centro que las auxiliares sino en un puesto superior.

También se recoge información sobre la variable “asesoramiento diario” entendido como la formación que de forma más sistemática se lleva a cabo en los centros más allá de una formación periódica establecida para ciertos procesos como es el aprendizaje inicial o el asesoramiento específico de tipo reactivo. Por último, se explora en los centros si se realiza o no alguna evaluación de la formación preguntando por la existencia de la misma.

9.2.2. Cuestionario dirigido a los auxiliares.

Otra herramienta utilizada en la recogida de datos ha sido un cuestionario “ad hoc” que ha sido dirigido a los auxiliares donde se han incluido preguntas abiertas y cerradas en torno a las competencias, motivación y aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo.

La finalidad de dicha herramienta ha sido recabar información en torno al nivel de competencias para el manejo de los SPCD, el nivel de motivación, los factores físicos y sociales facilitadores de la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo para proceder después a un análisis cualitativo. Se han incluido preguntas abiertas con el objetivo de recoger el mayor número de matices posibles en torno a las cuestiones realizadas.

9.3. Proceso de construcción de las herramientas

La fase de la elaboración de las herramientas estuvo constituida por la realización de un análisis de la bibliografía. En efecto, tras una revisión exhaustiva de la literatura se elaboraron las preguntas del cuestionario. En la formulación de las preguntas se debe de ser muy cuidadoso en la relación entre las mismas y el objeto al que aluden. En este sentido se atendió a que cada una de ellas tuviera un referente determinado, claro y definido, tuviera definida la situación a observar, contará con una formulación breve y concisa y estuviera enunciado de una forma directa, descriptiva y clara.

En primer lugar, en el caso del cuestionario dirigido a los auxiliares, para la elaboración de este cuestionario se realizó un estudio piloto, partiendo de una primera versión del cuestionario que se adjunta en el anexo 4. Dicho cuestionario se aplicó en dos de los cinco centros participantes, con el objetivo de comprobar la comprensibilidad de las preguntas e introducir las modificaciones pertinentes. Con los datos aportados por este instrumento y tras un minucioso análisis del mismo, se confecciona el cuestionario final que se puede consultar en el anexo 5, es decir, después de la introducción de todas las correcciones, el cuestionario alcanzó su forma definitiva. Una vez elaborado éste se aplicó a los centros.

Se observó, en la prueba piloto, que algunos participantes del estudio no rellenaban algunas cuestiones referidas a las competencias y la aplicabilidad de la formación. Así, la conclusión más importante extraída de esta primera aplicación, en el que participaron

cinco auxiliares, fue la necesidad de incluir preguntas cerradas con el objetivo de facilitar la cumplimentación del cuestionario y aligerar así el esfuerzo requerido a los participantes. Preguntando a los auxiliares sobre las dificultades encontradas para contestar al cuestionario, se aludió a ciertas preguntas que se consideraron más difíciles de contestar y con mayor riesgo de quedar sin responder. Tras este análisis, en concreto, las preguntas 7, 15, 16, 17 y 18 se sustituyeron por preguntas cerradas.

Además, el cuestionario ha sido sometido a una validación de contenido mediante el sistema de jueces. En el proceso han participado tres validadores expertos todos ellos del ámbito geriátrico y gerontológico. El juez 1, fue un profesional de la gerontología con amplia experiencia en dirección de residencias para personas mayores, el juez 2, educador y gerente de residencia y, el juez 3, diplomado en enfermería con amplia experiencia con pacientes psiquiátricos y personas mayores. Las aportaciones de dichos expertos permitieron realizar análisis de validez y fiabilidad del instrumento. También ayudaron al establecimiento de las rúbricas que se explicitaran posteriormente.

Para proceder al proceso de validez de contenido puntuaron cada pregunta de la versión definitiva respecto a criterios de idoneidad y claridad en la formulación. Cada pregunta fue puntuada con una escala tipo Likert del 1 al 4. En dicha escala el 1 era “nada idóneo” o “nada claro”, el 2 era “poco idóneo” o “poco claro”, el 3 era “bastante idóneo” o “bastante claro” y el 4 era “muy idóneo” o “muy claro”. Se decidió considerar como pregunta “no idónea” y “no clara” a aquellas que tras ser valoradas por los tres jueces obtuvieran una puntuación media inferior a 3.

Ninguna pregunta obtuvo esos resultados por lo que se mantuvieron todas las preguntas para el análisis de los resultados. Así, los resultados obtenidos con una clara univocidad y pertinencia en la mayoría de los casos, indican la clara adecuación del contenido y, por tanto, la poca necesidad de introducir cambios, lo que aporta garantías de validez. En la tabla 17 se presentan las medias y las desviaciones típicas obtenidas tras el análisis.

Tabla 17. Resultados del análisis de la validez de contenido con jueces

Número de la pregunta	Respuestas de los jueces respecto a la idoneidad		Respuestas de los jueces respecto a la claridad en la formulación	
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica
1	4,00	0,00	3,33	1,15
2	4,00	0,00	4,00	0,00
3	3,66	0,57	4,00	0,00
4	4,00	0,00	4,00	0,00
5	3,66	0,57	4,00	0,00
6	3,66	0,57	3,33	1,15
7	4,00	0,00	4,00	0,00
8	4,00	0,00	4,00	0,00
9	3,66	0,57	4,00	0,00
10	4,00	0,00	4,00	0,00
11	4,00	0,00	4,00	0,00
12	3,66	0,57	4,00	0,00
13	4,00	0,00	4,00	0,00
14	4,00	0,00	4,00	0,00
15	4,00	0,00	4,00	0,00
16	3,66	0,57	4,00	0,00
17	3,66	0,57	3,00	1,00
18	3,33	1,15	4,00	0,00
19	4,00	0,00	4,00	0,00
20	4,00	0,00	3,66	0,57
21	4,00	0,00	4,00	0,00
22	4,00	0,00	4,00	0,00
23	4,00	0,00	4,00	0,00
24	4,00	0,00	4,00	0,00

En segundo lugar, se llevaron a cabo también análisis de fiabilidad mediante el alfa de Cronbach como método de consistencia interna. Se obtuvieron en todos los casos valores superiores a 0,5, tanto en el cuestionario dirigido a las auxiliares como en los cuestionarios dirigidos a los psicólogos. Tavakol y Dennick (2011) aluden a que los valores alfa de Cronbach aceptables se encuentran en el rango entre 0,70 y 0,95, afirmando que los valores inferiores se pueden corresponder con un menor número de cuestiones, pobre relación entre los ítems o constructos heterogéneos. Sin embargo, Bagozzi y Yi (1989) afirman que estos valores confirman la fiabilidad interna del constructo. Lance, Butts y Michels (2006) remarcan que los valores alfa de Cronbach válidos dependen de si el estado de la cuestión aún se encuentra o no en un estadio exploratorio, por su parte, Nunnally (1967:226) subraya que “en las primeras fases de la investigación un valor de fiabilidad de 0.6 o 0.5 puede ser suficiente”. Destacan los valores de 0.9 y 0.8 obtenidos en los cuestionarios aplicados a los psicólogos, según George y Mallery (2003:231) “el coeficiente alfa $>.9$ es excelente, el coeficiente alfa $>.8$ es bueno”.

Tal y como afirma Cañadas-de la Fuente et al. (2014) una práctica muy extendida es asumir la fiabilidad que se ha encontrado en aplicaciones previas, por ejemplo, la obtenida en el presente estudio si tomamos los valores del alfa de Cronbach que originariamente Seisdedos (1997) obtuvo en su estudio. Sin embargo, esta práctica que es conocida como “inducción de la fiabilidad” tiene cierta validez siempre que se confirme que la muestra objeto de estudio es similar en composición y variabilidad a la de referencia. Teniendo en cuenta que la muestra utilizada en la adaptación de Seisdedos (1997) era de 1.138 participantes pertenecientes a diferentes colectivos profesionales en los que sólo se incluían médicos como profesionales sanitarios (N=156), queda justificado el análisis de alfa de Cronbach realizado para la escala MBI aplicada en el presente estudio. Todos los resultados obtenidos del análisis alfa de Cronbach se pueden consultar en la tabla 18.

Tabla 18. Resultados del análisis alfa de Cronbach

Tipo de cuestionario	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento en cada una de las variables
Cuestionario aplicado a los psicólogos sobre formación a los auxiliares	0.835	0.813, 0.766, 0.782, 0.822, 0.822, 0.821, 0.849
Cuestionario aplicado a los psicólogos sobre formación a las familias	0.904	0.866, 0.866, 0.866, 0.927, 0.912, 0.866
Cuestionario aplicado a los auxiliares sobre competencias en el manejo de SPCD	0.570	0.532, 0.489, 0.619, 0.606, 0.672, 0.529, 0.529, 0.413, 0.517, 0.384
Cuestionario aplicado a los auxiliares sobre motivación	0.521	0.375, 0.505, 0.468, 0.410, 0.483, 0.547, 0.546
Cuestionario aplicado a los auxiliares sobre aplicabilidad de la formación	0.536	0.562, 0.616, 0.394, 0.315, 0.408, 0.477, 0.597
Maslach Burnout Inventory	0.639	0.583, 0.630, 0.572, 0.654, 0.629, 0.606, 0.656, 0.557, 0.670, 0.599, 0.582, 0.666, 0.587, 0.575, 0.633, 0.620, 0.668, 0.691, 0.686, 0.595, 0.704, 0.553

Finalmente, las cuestiones que aludían al nivel de competencias en el manejo de los SPCD fueron las que mayor elaboración requirieron. Para clarificar bien cuál fue el proceso de construcción, en la tabla 19 se explicitan estas cuestiones y su finalidad.

Tabla 19. Explicitación de las cuestiones en relación a las competencias de las auxiliares y explicación de su finalidad

¿Qué son los trastornos de conducta?

Se estudiara en qué grado se poseen conocimientos sobre qué son los trastornos de conducta que el trabajador debe afrontar en su trabajo.

¿Por qué algunos mayores con demencia presentan trastornos de conducta?

Se pretende conocer en qué grado se tiene conocimiento sobre las causas de los SPCD.

¿Siente usted que tiene capacidad para manejar estos trastornos?

Se explorara la percepción de autoeficacia en los trabajadores.

Nombre, por favor, tres pautas de intervención para manejar trastornos de conducta en un mayor con demencia.

Se pretende conocer en qué medida el trabajador posee recursos personales (independientemente de la prescripción médica de fármacos o de procedimientos mecánicos) para manejar los SPCD.

¿Percibe, en ocasiones, sobrecarga por los trastornos de conducta que presentan los mayores que usted cuida?

Se analizará la percepción de sobrecarga experimentada a consecuencia del manejo de los trastornos de conducta que debe afrontar en el trabajo que desarrolla.

Nombre tres pautas de actuación que puede utilizar usted para manejar la sobrecarga que produce en usted la presencia de estos trastornos de conducta

Se explorara el uso de estrategias en el manejo de dicha sobrecarga. Se considerará que se utilizan estrategias in situ cognitivas cuando se haga alusión a pensamientos, creencias y percepciones personales de la situación problemática (recordar que el residente padece demencia, etc.). Se considerará que estas estrategias son in situ conductuales cuando sólo se haga referencia a estrategias centradas en una conducta a desarrollar para manejar la sobrecarga (salir de la habitación y esperar unos minutos, etc.). Por último, cuando el trabajador aluda a estrategias que impliquen no poder utilizarlas en el momento en el que se presenta el SPCD se entenderán como estrategias no in situ (vacaciones, desconectar del trabajo, etc.).

Normalmente cuando me siento sobrecargado por el manejo de los residentes:

Se estudiara el grado en el que el trabajador presenta autocontrol en el manejo de los SPCD. El mayor grado de autocontrol lo presentarán los trabajadores que en esas situaciones sean conscientes de la situación de enfermedad que presentan las personas mayores. Un grado de autocontrol intermedio lo presentarán los trabajadores que ante estas situaciones presenten conductas con cierto carácter impulsivo. Por último, el grado más bajo de autocontrol, lo presentará los trabajadores que reaccionen entendiendo estas conductas como intencionales y hacia su persona.

En el trabajo del día a día...:

Se tratara de conocer el grado en que los trabajadores tienen capacidad para aprender en el día a día a través de otros, bien sean superiores o compañeros.

Una residente que se niega a comer sistemáticamente y que rechaza cuidados...

Se explorara qué conocimiento tienen los trabajadores sobre los síntomas psicológicos en las demencias para ello se presentará un ejemplo de trastorno de conducta en la alimentación.

Ante una persona con demencia y muy agitada (llorando, gritando en voz alta y moviendo los brazos) son buenas prácticas de actuación:

Se analizará el grado en que los trabajadores presentan conocimientos sobre los trastornos conductuales que presentan las personas con demencia preguntándoles cómo afrontarían una situación de agitación.

Fuente: elaboración propia

10. Diseño y procedimiento

Este apartado se ha dividido en tres partes: 1) aspectos metodológicos generales, 2) aspectos metodológicos específicos y limitaciones del estudio y 3) fases del estudio empírico.

10.1. Aspectos metodológicos generales

El estudio ha seguido una metodología ex post facto descriptivo correlacional. Se trata de una metodología que respetando el fenómeno tal y como se produce, desde esta perspectiva, trata de describir la realidad de la temática sometida a análisis y, además, pretende descubrir o aclarar algunas de las relaciones existentes entre las variables más significativas contempladas, por lo que no limitándose a la recogida de datos, intenta responder al estado actual de las situaciones que nos ocupan.

Atendiendo a su dimensión temporal el estudio es de tipo transversal. Se ha tratado de minimizar algunas de las dificultades que pudieran afectar a este tipo de estudio: mortalidad, contaminación y maduración. En el caso de la mortalidad, se contempló la información clínica de los sujetos a través de una muestra por accesibilidad y en un único estrato temporal seleccionado al azar y por igual en todos los centros. Así, se recogieron en todos los centros informes médicos en donde figuraban; los diagnósticos médicos de cada residente y la pauta farmacológica prescrita por el equipo médico.

Los informes médicos en todos los centros podían corresponder con residentes que en la actualidad se encontraran en la residencia o que hubieran mantenido estancia en el centro hasta 4 años atrás. Como el informe médico es un documento sujeto a modificaciones permanentes se ha elegido una fecha al azar en todos los casos. Asimismo, se ha recogido toda la información en el periodo de tiempo más breve posible para tratar de contrarrestar los fenómenos de contaminación y maduración.

El enfoque metodológico elegido ha sido doble: de tipo cuantitativo, con las ventajas que se derivan de este tipo de enfoque, objetividad y rigurosidad metodológica, y de tipo cualitativo, gracias al cual, se ha podido profundizar mejor en la realidad de las variables. Al combinar dichas modalidades metodológicas, las personas encuestadas han podido contestar proyectando sus propios mapas mentales sin sentirse condicionados por

determinados moldes estandarizados de respuesta en los que los matices no se tuvieran en cuenta. El interés que ha hecho que se haga uso de dos estrategias procedentes de tradiciones de investigación tan diversas en una sola metodología de trabajo ha radicado en que las distintas metodologías pueden permitir encontrar explicaciones divergentes. El hecho de que el análisis de ambos tipos confluya puede mostrar la rigurosidad y validez de los resultados obtenidos.

Para la recogida de información se han utilizado pruebas estandarizadas, cuestionarios “ad hoc”, conocimiento in situ de los centros y compilación de datos clínicos respecto a los sujetos de la investigación. La primera acción tomada fue la realización de un consentimiento informado por escrito a los responsables de los centros (anexo 6). Se contó además con el consentimiento por parte del equipo médico de las cinco residencias participantes, quienes participaron activamente en todo el proceso de recopilación de los datos.

Durante la aplicación de los cuestionarios se trató desde un principio que la colaboración con el personal fuera estrecha para ello se intentó que, tal y como se acordó con las gerencias, la aplicación de los cuestionarios afectara mínimamente al ritmo cotidiano de la jornada laboral. Se intentó elegir los mejores momentos para la aplicación de los cuestionarios así como la mejor manera de hacer entender a los trabajadores la importancia de su colaboración y la trascendencia del estudio. Se procuró, además, que la aplicación de los instrumentos no coincidiera con momentos de cansancio o fatiga, evitando los finales de la jornada laboral.

Conciliar todos estos aspectos no resultó nada fácil. Para poder lograrlo se decidió que la aplicación de los instrumentos contara con un tiempo amplio que ayudara a que la entrega de los mismos fuera de forma anónima y de la manera más tranquila posible. Aun así se insistió en la importancia de preguntar todo lo que estimasen pertinente respecto a las herramientas, aportando accesibilidad para resolver cualquier tipo de duda al respecto. Se dieron dos o tres días como plazo para poder entregarlos, dependiendo en todo caso del horario de turnos a los que debían sujetarse.

Se garantizó en todo momento el anonimato de todos los datos que proporcionasen. La entrega y recogida de los cuestionarios se realizó a lo largo de varios días ya que los

auxiliares de los centros no acuden el mismo día al lugar de trabajo debido a que se encuentra establecido un horario a turnos. Se contactó con los psicólogos y se les explicó los objetivos del estudio, solicitándoles su colaboración. En todos los casos, los trabajadores consideraron de interés el estudio y se comprometieron a colaborar siendo estos profesionales los que se han encargado de entregar la documentación clínica de los residentes y de explicar a los auxiliares el motivo de solicitar su colaboración además de recabar el resto de datos. Así, se informó de los objetivos del estudio, la obligación de confidencialidad por parte de la investigadora, el carácter anónimo de la información recogida y únicamente facilitada para el análisis conjunto y no individual de cada trabajador, además de dar las instrucciones y aclaraciones pertinentes sobre las cuestiones. Para minimizar los sesgos, en los dos casos donde la investigadora y la psicóloga ha sido la misma persona, los cuestionarios han sido entregados y explicados por otro miembro del equipo técnico de los centros. Finalizando el proceso de recogida, análisis y redacción de la parte empírica del estudio se mantuvo siempre una gran preocupación por devolver a los centros participantes un feed-back de los resultados que se iban obteniendo.

12.2. Aspectos metodológicos específicos y limitaciones del estudio

Los aspectos metodológicos específicos tienen que ver con cuestiones metodológicas y clínicas. Respecto al análisis de los diagnósticos médicos de los residentes hay que mencionar que se realizó de forma rigurosa y bajo criterio médico. Para su realización se hizo uso de la clasificación CIE-10, publicada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992, que fue la utilizada por el equipo médico de los centros, no siendo utilizada otro tipo de clasificaciones como el DSM-5, etc.

En el análisis realizado se mantuvo la rigurosidad en la recogida de los datos. Así, en lo que se refiere a los informes médicos, la recogida de información estuvo limitada, única y exclusivamente al diagnóstico al que se hacía referencia en el informe médico. Así, por ejemplo, en el caso de los pacientes con diagnóstico de “infartos cerebrales múltiples” a pesar de que pudiera ser probable que presentasen deterioro cognitivo/demencia, no se les incluyó en el grupo CIE G45 ya que en el informe diagnóstico del médico no se hacía alusión, en ese momento a “demencia vascular multiinfarto”. En el diagnóstico CIE E00-E90 “factores de origen metabólico” fueron incluidos diagnósticos como insuficiencia renal aguda con encefalopatía urémica en presencia de deterioro incipiente/moderado y ausencia de otros trastornos. Respecto al

grado de severidad, los diagnósticos médicos basados en el CIE-10 recogían el grado de severidad de los diagnósticos, los cuales, también se correspondían con los establecidos por la *Dementia Rating Scale (DRS)*. Así, la recogida de datos queda simplificada con tres categorías leve, moderado y grave. La demencia se relaciona con una condición médica general, que incluye las enfermedades degenerativas, enfermedades vasculares, infecciosas, carenciales, neoplásicas, etc. pero excluye los trastornos psiquiátricos como la depresión y otros trastornos afectivos. De esta forma, en nuestro estudio, por un lado, se han determinado los distintos tipos de demencias y, por otro lado, se han señalado, además, otro tipo de diagnósticos como la depresión o los trastornos de ansiedad. En el presente estudio no se ha incluido el diagnóstico “trastorno del sueño” ya que no todos los centros participantes lo habían incluido en sus informes médicos.

Se decide no incluir en el análisis los diagnósticos relacionados con la dependencia funcional a pesar de su posible relación con los trastornos del estado de ánimo como depresión o ansiedad, ya que el contemplar el estudio desde ese punto de vista conllevaría englobar además un innumerable número de patologías como artritis, artrosis, obesidad, etc. incrementándose sobremanera el número de variables que ya de por sí superaban la alta cifra de 200. Así, el motivo de esta toma de decisión fue evitar el aumento desmesurado de los diagnósticos médicos contemplados, la mayor complejidad en la recogida de datos y la necesidad de un mayor número de escalas aplicadas, por ejemplo, con la aplicación de la escala Barthel.

Además, hubo que seleccionar de cada medicación prescrita a cada uno de los 297 pacientes cada principio activo según perteneciese a un grupo de psicofármacos u otro. Para ello, se tomó en cuenta, bajo criterio médico y farmacéutico, la dosis diaria cada 24 horas medida en mg de cada psicofármaco que se prescribió a cada residente que conformaba la muestra. Se tomó en consideración para el estudio las dosis de psicofármacos o principio activo prescritas, basándonos en el código ATC o Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química instituido por la Organización Mundial de la Salud. Así se codificó cada principio activo con el código ATC ya que, además, en numerosos casos figuraba el nombre comercial.

Respecto a los programas psicoeducativos se contempló en la atención psicológica la actividad física por dos motivos. El primero, porque sólo en uno de los centros de la

muestra las actividades físicas que incluían cierta rehabilitación eran realizadas por un fisioterapeuta; en el resto los realizaba el psicólogo. El segundo, ya que se pregunta a los psicólogos por la actividad física clasificándola en participación media/alta y baja entendiendo esta actividad como actividad física global realizada en el día. Así, en esta variable también está incluido el tiempo dedicado a paseos como una estrategia más para el manejo de los trastornos de conducta. De esta forma, en el estudio, la variable intervención psicoeducativa comprendió todas aquellas intervenciones llevadas a cabo por el personal no médico de los centros. En concreto, las comprendidas en el trabajo realizado en los centros por los psicólogos, un terapeuta ocupacional y un educador social y, en el caso del centro 3, los auxiliares y un fisioterapeuta pero en todos los casos, bajo la dirección del psicólogo.

También se incluyeron preguntas que aludían a la percepción de sobrecarga en el manejo de los trastornos de conducta. Existen escalas para medir el grado de trastornos de conducta que manifiestan los mayores, entre ellas, el Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI) u otras escalas observacionales. Sin embargo, no se aplicaron para no incrementar más los datos solicitados a los centros y porque en el estudio interesa más la percepción subjetiva de los auxiliares respecto a la sobrecarga que la frecuencia real u objetiva de los trastornos de conducta que, por otro lado, ya es recogida a través de la variable diagnóstico en los informes médicos de cada residente.

Finalmente, haciendo alusión a algunas de las limitaciones metodológicas de la presente investigación caben señalar algunos aspectos como los que se exponen a continuación: En primer lugar, respecto al análisis de tipo cuantitativo, sin duda, se ha realizado un esfuerzo por recoger el número más amplio de datos y han sido muchas las variables contempladas. Sin embargo, se pueden señalar algunas importantes limitaciones metodológicas inherentes a la naturaleza del objeto de estudio que nos ocupa, de ellas la más relevante corresponde al limitado número de casos en los que las hipótesis puedan ser verificadas. Esto es así, en el caso del consumo de psicofármacos y en el caso de los diagnósticos médicos. Ambos casos han sido objeto de especial atención ya que era primordial cuidar los aspectos clínicos concomitantes a dichas variables –clínicamente no es correcto tratar distintos principios activos ni distintos diagnósticos médicos en conjunto- por lo que la amplia variabilidad de principios activos y de diagnósticos tratados por separado en el análisis de los datos ha dificultado tener muestras mayores. En segundo

lugar, en el análisis cualitativo realizado se debe señalar que puede haber existido un sesgo en una mayor participación de los colectivos más motivados o de los centros que funcionan mejor. Este aspecto resulta capital, ya que las informaciones que obtenemos están supeditadas también a aspectos organizativos y de clima laboral. Sin embargo, con el objetivo de recoger el máximo de información se realiza un muestreo por oportunidad, es decir, se ofrece la posibilidad de contestar al cuestionario a todos los participantes excepto a los excluidos por criterios de exclusión. La muestra se configura a partir de los cuestionarios recibidos. Se debe hacer referencia además en este punto a la escasa importancia concedida a la representatividad de la muestra, ya que el objetivo final no radica tanto en la posibilidad de generalizar los resultados, sino de comprender relaciones entre los mismos. En este sentido, el trabajo realizado en este análisis cualitativo es, como no podía ser de otra manera, entendido como un estudio de caso.

12.3. Fases del estudio empírico

La realización del proceso, de una forma sucinta, se puede presentar así: en primer lugar, se identificó y formuló el problema y, consecuentemente, se plantearon los objetivos de la investigación, se confeccionó el marco teórico, se configuraron las muestras, se diseñó o seleccionaron los sistemas de recogida de información, se recogieron, codificaron y analizaron los datos y se redactaron los resultados y las conclusiones de la investigación. La recogida y el análisis de los datos han constado de varias fases:

Fase 1º:

Se solicitó el consentimiento por escrito de los directores de los todos los centros participantes para permitir la participación en el estudio y la recogida de datos asegurando la confidencialidad.

Fase 2º:

Se visitó “in situ” las instalaciones de los cinco centros y se recogieron los datos a través de los psicólogos, que en todos los casos fueron las personas encargadas de la planificación de las actividades como de la propia ejecución de los programas, en la mayoría de los centros. En estas visitas se mantuvieron largas conversaciones con estos profesionales que ayudaron a que todos ellos entendieran a qué aludían las distintas variables del estudio, tal y como se han presentado en el capítulo 1. Se analizó si en todos los casos las variables, así determinadas se ajustaban a la realidad de todos los centros.

También se procedió a la recogida de información general del funcionamiento del centro; plantilla, número de plazas, número de horas del psicólogo dedicado a formación, apoyo y asesoramiento, antigüedad, funcionamiento de los programas de centro durante los 4 últimos años, etc. Para todo ello, en algunos casos, los psicólogos consultaron con la dirección de la residencia ciertas cuestiones que desconocían. Se verificó de este modo que, durante los últimos cuatro años, en todos los centros, el funcionamiento básico de los programas de intervención no hubiera sufrido variaciones significativas y que éstos se ajustaban a la configuración de las variables propuestas en el presente estudio. Por lo tanto, durante estas visitas quedaron recogidas las cuestiones relativas a las variables: intervenciones psicoeducativas, tipo de centro, ratio de los centros participantes y número de plazas.

Fase 3º:

Se solicitó a los centros los informes médicos que perteneciesen a residentes actuales o a residentes que se hubieran dado de baja por razones de fallecimiento o traslado y, que cuya fecha del informe oscilase entre los años 2008-2012. Así, se fueron recogiendo las variables relativas a los residentes en cuanto a sexo, edad y diagnóstico: tipología y grado. El número de informes recogidos se describe en la tabla 20.

Tabla 20. Datos relativos a la recogida de información clínica por centro.

Denominación de cada centro	Centro 1º	Centro 2º	Centro 3º	Centro 4º	Centro 5º
Número de informes médicos recogidos	94	79	29	49	46

Fase 4º:

Se hizo llegar a los psicólogos los cuestionarios para la recogida de información sobre los programas psicoeducativos y sobre la de formación dirigida a las familias y a los auxiliares. El número de cuestionarios recogidos se recoge en la tabla 21.

Tabla 21. Datos referentes a la recogida de los cuestionarios dirigidos a los psicólogos.

Denominación de cada centro	Centro 1º	Centro 2º	Centro 3º	Centro 4º	Centro 5º
Número de psicólogos por centro	1	1	1	1	1
Número de cuestionarios recogidos	1	1	1	1	1
Grado de participación	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fase 5º:

Se vuelve a solicitar la colaboración a los centros en esta ocasión para recoger información relativa al grado de participación: alta/medio/baja de cada uno de los residentes en las terapias de psicoestimulación y actividad física durante el periodo de tiempo establecido. Se les pide a los psicólogos que rellenen cada informe médico anónimo con estos datos. El número de informes recogidos se recoge en la tabla 22.

Tabla 22. Participación en psicoestimulación y la actividad física de los residentes por centro.

Denominación de cada centro	Centro 1º	Centro 2º	Centro 3º	Centro 4º	Centro 5º
Número de informes recogidos (informe médico)	94	79	29	49	46
Número de informes devueltos rellenos (informe médico)	94	79	29	49	46

Fase 6º:

Por un lado, se establece contacto con los centros para solicitar a los psicólogos información relativa al nivel de burnout propio y de los auxiliares. Asimismo, con la aplicación de estos cuestionarios se recopila información sobre los psicólogos y los auxiliares en torno a las variables: sexo, edad, número de años trabajados en la atención a personas mayores y nivel de estudios. El número de cuestionarios cumplimentados por los psicólogos se recoge en la tabla 23.

Tabla 23. Participación en la aplicación del MBI aplicada a los psicólogos.

Denominación de cada centro	Centro 1º	Centro 2º	Centro 3º	Centro 4º	Centro 5º
Número de psicólogos por centro	1	1	1	1	1
Número de cuestionarios recogidos	1	1	1	1	1
Grado de participación	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Así, se pide colaboración para facilitar datos en referencia al nivel de burnout de los auxiliares y sobre la percepción de estos profesionales en torno al nivel de sobrecarga. También se recoge información aportada por los auxiliares relativa a los factores facilitadores de la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo, nivel de competencias, nivel de motivación y percepción sobre la frecuencia de la formación. El número de cuestionarios cumplimentados por los auxiliares se refleja en la tabla 24.

Tabla 24. Participación de los auxiliares en la aplicación del MBI y de los cuestionarios “ad hoc”

Denominación de cada centro	Centro 1º	Centro 2º	Centro 3º	Centro 4º	Centro 5º
Número de auxiliares por centro	40	14	7	8	6
Número de cuestionarios recogidos	13	6	5	7	6
Grado de participación	32,50%	42,80%	71,40%	87,50%	100,00%

Fase 7º:

Se vuelve a establecer contacto con los centros entregándoles el cuestionario “ad hoc” aplicado a los psicólogos para recabar datos sobre el número de horas dedicadas a la formación y características de la formación dirigida a familias y auxiliares. El grado de participación encontrado en la realización de los cuestionarios se recoge en la tabla 25.

Tabla 25. Participación en la aplicación del cuestionario “ad hoc” aplicado a los psicólogos.

Denominación de cada centro	Centro 1º	Centro 2º	Centro 3º	Centro 4º	Centro 5º
Número de psicólogos por centro	1	1	1	1	1
Número de cuestionarios recogidos	1	1	1	1	1
Grado de participación	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fase 8º:

Se visitan finalmente los centros para agradecer toda la colaboración y facilitar los resultados y conclusiones obtenidos.

11. Análisis estadístico

Este apartado se ha dividido en dos: 1) el análisis de los datos cuantitativos y 2) el análisis de los datos cualitativos.

11.1. Análisis de los datos cuantitativos

Con los datos recogidos y tras un minucioso análisis de los mismos, se inició el tratamiento de los datos de tipo cuantitativo en el programa SPSS en el que, además de realizar análisis descriptivos, se llevaron a cabo análisis correlacionales que aunque en ningún caso permiten el establecimiento formal de la causalidad, sí posibilitan descubrir cuáles son las variables que cavarían.

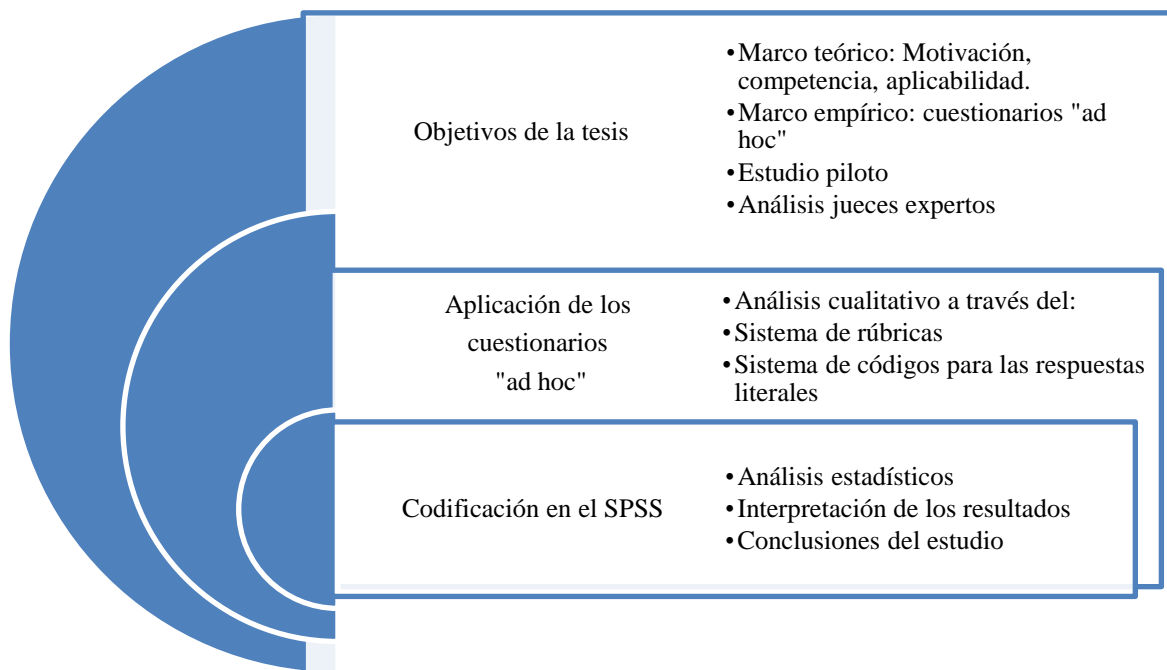
Tal y como establecen autores como Browne (1984) y Curran, West y Finch (1996), para poder establecer correlaciones entre las variables y debido a la naturaleza de las mismas, bien por no seguir una distribución normal y/o por el tamaño de las muestras, se utilizaron para el análisis pruebas no paramétricas; la prueba no paramétrica para K muestras independientes de kruskal-Wallis y la prueba Rho de Spearman y la prueba U de Mann-Whitney, así como en algún caso un ANOVA. Por último, se realizó un análisis de regresión con las puntuaciones Z. El nivel de significación en todos los casos fue de $p < 0.05$. Se desarrolló un análisis cuantitativo a través del paquete estadístico SPSS que permitió, además de realizar un primer nivel de análisis de tipo descriptivo, corroborar las hipótesis planteadas. Además, en el estudio se incluye un diseño cualitativo en lo que hace al estudio de caso y a su especificidad. Todos estos datos han sido muy esclarecedores y se han complementado muy satisfactoriamente en el análisis de los resultados.

11.2. Análisis de los datos cualitativos

Un apartado especial merece el análisis de los datos de los cuestionarios “ad hoc”. Así, se explicita como se codificaron los resultados del análisis cualitativo en el SPSS. A través de este sistema, y tras la aplicación de los cuestionarios se han ido codificando las respuestas en el SPSS, y después se han realizado los análisis estadísticos pertinentes para analizar la relación entre las distintas variables y proceder a la comprobación de las hipótesis.

De esta manera, los datos cualitativos han servido para el análisis cuantitativo y en este apartado se explicitará cómo todo esto se ha realizado. En la figura 9 se presenta el proceso seguido para el análisis de los datos cualitativos.

Figura 9. Proceso seguido para el análisis de los datos cualitativos



Fuente: elaboración propia

De esta forma, desde el núcleo temático abordado en el marco teórico de la investigación se ha ido avanzando hacia la creación de unos cuestionarios “ad hoc” constituidos como instrumentos de medida.

Para la creación de los instrumentos se realizó un estudio piloto y un análisis con jueces expertos que guió la creación de un sistema de rúbricas. Se procedió a la aplicación de los cuestionarios y al posterior análisis de los mismos.

11.2.1. Codificación del cuestionario dirigido a los psicólogos

En el análisis de la extracción de las respuestas literales del cuestionario sobre formación dirigido a los auxiliares y a las familias, las respuestas se fueron codificando con códigos. En la tabla 26 se explicita como se ha realizado.

Tabla 26. Codificación de las respuestas los cuestionario sobre formación.

Respuestas sobre la formación dirigida a los auxiliares (A)				
Identificación del centro				
Centro 1(1)	Centro 2(2)	Centro 3(3)	Centro 4(4)	Centro 5(5)
Contenido de la pregunta: Forma de detección de las necesidades de formación (D)				
Formulación de la pregunta: ¿Se pregunta a los auxiliares sobre qué temas de formación les interesa formarse?				
A1D: "Unas veces sí y otras veces no. Dependiendo de la temática y de lo interesante y práctico que sea para el centro".	A2D: "Normalmente se observa que tipo de formación les vendría bien o qué tipo de formación tienen que volver a dar para actualizarse y reciclarse".	A3D: "Sí".	A4D: "Sí, anualmente se les pregunta de forma oral y por escrito. Según se observan en cada trabajadora necesidades de formación se planifican y realizan asesoramientos individualizados".	A5D: "Según se observan en cada trabajadora necesidades de formación se planifican y realizan asesoramientos individualizados. Todos los años se les pregunta verbalmente y por escrito".
Contenido de la pregunta: Existencia de la formación proactiva (P)				
Formulación de la pregunta: ¿La formación realizada a los auxiliares es de tipo reactivo (se inicia tras alguna incidencia producida en el centro) o de tipo proactivo (se da formación se produzcan o no incidencias en el centro)?				
A1P: "La formación realizada es de los dos tipos".	A2P: "Ha sido en algunas ocasiones reactivo y en otras proactivo".	A3P: "De tipo proactivo pero en ocasiones de tipo reactivo".	A4P: "de tipo proactivo. Todos los años se da formación. El asesoramiento individual se realiza de forma continuada".	A5P: "Proactivo. El asesoramiento individual se realiza de forma continuada. Todos los años se da formación de forma grupal".
Contenido de la pregunta: Modalidad de la formación (grupal/individual) (M)				
Formulación de la pregunta: ¿La formación realizada a los auxiliares se realiza individualmente o de forma grupal?				
A1M: "Normalmente la formación es de tipo grupal".	A2M: "Ha habido formación on-line (de forma individual) y la última que han tenido ha sido presencial y grupal".	A3M: "Ambas".	A4M: "Las sesiones de formación grupal se realizan en grupo. El asesoramiento continuado de forma individual".	A5M: "En grupo las sesiones de la programación anual. El asesoramiento que se hace a diario, de forma individual".
Contenido de la pregunta: Estatus del ponente (quién realiza la formación y su lugar en el organigrama). (E)				
Formulación de la pregunta: ¿Existe la figura de gobernanta?, ¿realiza esta gobernanta formación a los auxiliares?, ¿o, en cambio la formación al personal se realiza a todo el personal al mismo nivel?				
A1E: "Sí, en nuestro centro recibe el nombre de supervisora. Ellas no dan la formación a las auxiliares. La formación se realiza a todo el personal al mismo nivel".	A2E: "Sí existe gobernanta. La mayoría de los casos viene del exterior. En alguna ocasión se ha hecho algún taller sobre trastornos de conducta impartido por la psicólogas y otros sobre medidas de seguridad impartido por la enfermera".	A3E: "No existe figura de gobernanta".	A4E: "La gobernanta que es parte de la dirección del centro a veces ha realizado la formación, ocasionalmente también la enfermera, pero en la gran mayoría de los casos la ha llevado a cabo la psicóloga".	A5E: "En la gran mayoría de los casos la ha llevado a cabo la psicóloga. La gobernanta (uno de los gerentes) a veces ha realizado la formación, ocasionalmente también la enfermera".

Contenido de la pregunta: Cómo se realiza, características del ponente y grado de participación (R)
 Formulación de la pregunta: ¿Cómo se organizan los cursos?, ¿cómo se comunican al personal?, ¿en qué horarios se realizan?, ¿participan ponentes externos al centro?, ¿realiza siempre la formación el mismo ponente?, ¿Qué puesto desempeña en el centro y que formación posee?, ¿Qué grado de participación se mantiene durante las sesiones de formación?

A1R: "Los cursos se comunican al personal en el momento del parte. Los cursos se realizan en horario fuera del trabajo. No siempre realiza la formación el mismo ponente. Los ponentes siempre son externos. Hay una alta participación durante las sesiones de formación".	A2R: "Se encarga una trabajadora del centro (gobernanta/psicóloga) junto con dirección. Se ponen carteles en vestuario y la gente se apunta. Normalmente es formación externa y no siempre el mismo; fuera del horario de trabajo. Según tipo de cursos será un profesional u otro. Acude bastante gente".	A3R: "Son cursos externos a la residencia".	A4R: "La formación es siempre interna. Se anuncian de forma escrita y oral. Se realizan dentro del horario de trabajo. La participación es alta".	A5R: "La participación es muy alta. Se anuncian de forma escrita y oral. Se realizan dentro del horario de trabajo, es siempre formación interna".
---	--	---	---	--

Contenido de la pregunta: Existencia de la evaluación de la formación. (V)
 Formulación de la pregunta: ¿Existe alguna evaluación de la formación/desempeño del trabajo diario de los auxiliares (conocimientos, actitud, etc.)?

A1V: "Sí, ya que al final de cada curso se les da un diploma y eso conlleva una evaluación".	A2V: "No".	A3V: "El día a día".	A4V: "Sí, durante las sesiones y se registra individualmente como "apto y no apto" en la documentación del centro. Se comunica con la dirección el resultado de la formación inicial siempre y, en los casos necesarios también durante la formación programada".	A5V: "Se comunica, en todos los casos, con la dirección el resultado de la formación inicial. Durante las sesiones grupales se evalúa individualmente a cada auxiliar como "apto y no apto" y, en los casos necesarios, también se les evalúa durante la formación/asesoramiento diario".
--	------------	----------------------	---	---

Respuestas sobre la formación dirigida a los familiares (F)

Identificación del centro				
Centro 1(1)	Centro 2(2)	Centro 3(3)	Centro 4(4)	Centro 5(5)
Contenido de la pregunta: Forma de detección de las necesidades de formación (D) Formulación de la pregunta: ¿Se pregunta a los familiares sobre qué temas de formación les interesa formarse?				
F1D: "Formación tipo cursos no se han impartido nunca en el centro. La psicóloga se encarga del asesoramiento a familiares, donde dependiendo del tipo de paciente, informa de determinadas pautas a seguir, con su consiguiente seguimiento, trast. conducta, trast. depresivos, etc."	F2D: "No".	F3D: "No".	F4D: "Sí, en los encuentros informales frecuentes que realiza la psicóloga y a través de reuniones formales periódicas. A lo largo de las sesiones programadas van quedando abiertos temas para las siguientes".	F5D: "Sí, en el asesoramiento diario la psicóloga acompaña durante las visitas y salen preocupaciones o temáticas relevantes para las familias que luego se abordan en reuniones con esa familia y en sesiones programadas en grupo. A lo largo de las sesiones programas en grupo se va preguntando por otros temas".

Contenido de la pregunta: Existencia de la formación proactiva (P)

Formulación de la pregunta: ¿La formación realizada a los familiares es de tipo reactivo (se inicia tras alguna incidencia producida en el centro) o de tipo proactivo (se da formación se produzcan o no incidencias en el centro)?

F1P: "El asesoramiento es más reactivo, dependiendo de la situación".	F2P: "Normalmente no se les forma a los familiares. Se mantienen reuniones individuales para tratar los temas particulares de su familiar y explicarles las dudas".	F3P: "El asesoramiento es proactivo".	F4P: "De tipo proactivo".	F5P: "proactivo".
---	---	---------------------------------------	---------------------------	-------------------

Contenido de la pregunta: Modalidad de la formación (grupal/individual) (M)

Formulación de la pregunta: ¿La formación realizada a los familiares se realiza individualmente o de forma grupal?

F1M: "El asesoramiento se realiza de forma individual y suele darse durante la primera semana del ingreso del paciente, y tras la valoración aportada por la psicóloga y el médico. Después hay un seguimiento".	F2M: "Individual".	F3M: "Individual pero un día al mes de forma grupal".	F4M: "Los encuentros informales diarios individuales, las reuniones formales periódicas de forma individual y las sesiones en grupo".	F5M: "La programada, grupal, el asesoramiento diario individual, al igual que las reuniones programadas con cada familia".
--	--------------------	---	---	--

Contenido de la pregunta: Cómo se realiza, características del ponente y grado de participación (R)

Formulación de la pregunta:

¿Cómo se organizan los cursos?, ¿cómo se comunican a las familias?, ¿en qué horarios se realizan?, ¿participan ponentes externos al centro?, ¿realiza siempre la formación/asesoramiento el mismo ponente/profesional?, ¿Qué puesto desempeña en el centro y que formación posee?, ¿Qué grado de participación se mantiene durante las sesiones de formación?

F1R: "Sí realiza siempre la formación y el asesoramiento el mismo profesional, la psicóloga y las supervisoras en algunos casos".	F2R: "No se les forma a los familiares".	F3R: "Individualmente se queda de forma personalizada. Grupalmente el último viernes de cada mes de 18:00 a 20:00 h. Lo hace la psicóloga".	F4R: "Las sesiones grupales se organizan anualmente y se comunican por escrito y verbalmente, se realizan durante los horarios de visita, las realiza siempre la psicóloga. La participación es alta. Las reuniones periódicas se citan por teléfono con cada familia y las realiza siempre la psicóloga".	F5R: "Se envía una carta a las familias y se va confirmando asistencia, en horario de tarde y siempre las hace la psicóloga, la participación es alta. Verbalmente o por teléfono para las reuniones programadas. El asesoramiento se realiza durante las visitas".
---	--	---	--	---

Contenido de la pregunta: Existencia de la evaluación de la formación. (V)

Formulación de la pregunta: ¿Existe alguna evaluación de la formación?

F1V: "No".	F2V: "No se les forma a los familiares".	F3V: "No".	F4V: "Sí, en un registro interno del centro que se somete a auditoría anualmente".	F5V: "Los resultados de las sesiones se registran, también de las reuniones programadas y anualmente se someten a auditoría de calidad".
------------	--	------------	--	--

Y en la tabla 27 se presenta como se realizó la codificación para el análisis estadístico.

Tabla 27. Codificación del cuestionario sobre la formación dirigida a los auxiliares y a las familias.

Codificación de las respuestas sobre formación dirigida a los auxiliares					
Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5	
Contenido de la pregunta: Forma de detección de las necesidades de formación codificación en el SPSS de la pregunta: Normalmente no=0, a veces sí=1, sí=2, sí, de forma sistemática=3					
1	0	2	3	3	
Contenido de la pregunta: Existencia de la formación proactiva Codificación en el SPSS de la pregunta: Alternando con la reactiva=0, sólo proactiva=1					
0	0	0	1	1	
Contenido de la pregunta: Modalidad de la formación (grupal/individual) Codificación en el SPSS de la pregunta: Formación grupal o no individualizada=0, formación individualizada=1					
0	0	1	1	1	
Contenido de la pregunta: Estatus del ponente (quién realiza la formación y su lugar en el organigrama). Codificación en el SPSS de la pregunta: No status=0, estatus (ponente interno no al mismo nivel que las auxiliares)=1					
0	0	0	1	1	
Contenido de la pregunta: Cómo se realiza, características del ponente y que grado de participación se consigue. Codificación en el SPSS de la pregunta: Existencia de la formación interna: No se realiza=0, se realiza formación interna=1					
0	0	0	1	1	
Contenido de la pregunta: Cómo se realiza, características del ponente y que grado de participación consigue. Codificación en el SPSS de la pregunta: Asesoramiento diario: No se realiza=0, se realiza=1					
0	0	0	0	1	
Contenido de la pregunta: Existencia de la evaluación de la formación. Codificación en el SPSS de la pregunta: No existencia de evaluación=0, existencia de evaluación=1					
1	0	0	1	1	
Codificación de las respuestas sobre formación dirigida a las familias					
Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5	
Contenido de la pregunta: Forma de detección de las necesidades de formación codificación en el SPSS de la pregunta: No=0, Sí=1					
0	0	0	1	1	
Contenido de la pregunta: Existencia de la formación proactiva Codificación de la pregunta: Alternando con la reactiva=0, sólo proactiva=1					
0	0	1	1	1	
Contenido de la pregunta: Modalidad de la formación (grupal/individual) Codificación en el SPSS de la pregunta: Formación grupal o individual=0, formación individual y grupal=1					
0	0	1	1	1	
Contenido de la pregunta: Cómo se realiza, características del ponente y que grado de participación se consigue. Codificación en el SPSS de la pregunta: Formación continuada: No se realiza=0, se realiza=1					
0	0	1	1	1	
Contenido de la pregunta: Cómo se realiza, características del ponente y que grado de participación se consigue. Codificación en el SPSS de la pregunta: Asesoramiento diario: no se realiza=0, se realiza=1					
0	0	0	0	1	
Contenido de la pregunta: Existencia de la evaluación de la formación. Codificación en el SPSS de la pregunta: No existencia de evaluación=0, existencia de evaluación=1					
0	0	0	1	1	

Fuente: elaboración propia

11.2.2. Codificación del cuestionario dirigido a los auxiliares

Para la confección de los cuestionarios dirigidos a los auxiliares y, y en concreto, las cuestiones referidas a las competencias y a la motivación, se ha partido de un sistema de rúbricas según lo consultado en la bibliografía y la luz de los datos recogidos a través del estudio piloto y el análisis realizado por los jueces expertos. En cambio, para las cuestiones referidas a la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo, simplemente se codificaron las respuestas dadas en el SPSS al tratarse, en todos los casos, de respuestas cerradas: “sí, en la mayor parte de los casos”, “no, en la mayor parte de los casos” y “no, lo suficiente”. En los siguientes apartados se explicita como se codificaron las cuestiones referidas a las competencias y a la motivación.

11.2.2.1. Codificación de las cuestiones sobre competencias

Tal y como se ha explicitado en el marco teórico, la formación basada en competencias tiene como finalidad no solamente el transmitir los conocimientos sino el desarrollo y evolución de un modo y estilo de aprender y mejorar en la aplicación de los conocimientos a las distintas situaciones de la vida real. A través de las cuestiones que se dirigen a los trabajadores sobre las competencias, se intenta analizar cómo el trabajador integra tanto conocimientos, habilidades como actitudes y valores en su desempeño diario.

La evaluación de la competencia resulta más adecuada si se evalúa de una forma integral en la que se tengan en cuenta tanto los conocimientos como las habilidades y actitudes. Se trata de ver qué recursos tiene el trabajador para afrontar las distintas situaciones, en concreto, el manejo de los SPCD.

La evaluación por competencias es un proceso que debe contar con unos criterios o niveles de dominio. Es decir, en cada competencia se pueden establecer niveles deseados, niveles intermedios, y niveles insuficientes de dominio. La evaluación de competencias requiere, por lo tanto, de la determinación de estos niveles de dominio donde debe ser evidente qué indicadores, evidencias o rúbricas permiten que las competencias sean valoradas. Así, planificando un sistema de evaluación que permita vincular las competencias con estas rúbricas puede establecerse una valoración o cualificación con la que se pueda medir los resultados sobre el nivel competencial. En el presente estudio está planificación se ha realizado y queda explicitado en la tabla 28 donde además se ha añadido entre paréntesis la codificación de cada cuestión, tal y como se ha introducido en el SPSS.

Tabla 28. Rúbricas y codificación del cuestionario sobre competencias

Conocimiento de definición de SPCD		
Síntoma (3) Atribuye el trastorno de conducta a una conducta no intencional	Anormalidad (2) Define los comportamientos como una situación de “anormalidad”	Manipulación (1) Atribuye el trastorno de conducta a una conducta intencional
Conocimiento de las causas de SPCD		
Demencia (3) Atribuye el trastorno de conducta a una enfermedad	Limitaciones (2) Atribuye el trastorno de conducta a ciertas “limitaciones”	Insatisfacción (1) Atribuye el trastorno de conducta a variables independientes del sujeto
Autoeficacia en el manejo de SPCD		
Capacidad (3) Afirma que se siente capaz de manejar los SPCD	Duda de su capacidad (2) No afirma claramente que tenga capacidad para manejar los SPCD	No capacidad (1) Afirma que no siente que tenga capacidad para manejar los SPCD
Recursos personales para el manejo de SPCD		
Nivel superior (3) Nombra tres recursos de tres recursos preguntados.	Nivel medio (2) Nombra dos recursos de tres recursos preguntados.	Nivel inferior (1) Nombra un recurso de tres recursos preguntados.
Sobrecarga en el manejo de los SPCD		
No sobrecarga (3) Afirma que no siente sobrecarga	Duda sobre la sobrecarga (2) No manifiesta claramente que no sienta sobrecarga	Sí sobrecarga (1) Manifiesta claramente que siente sobrecarga
Estrategias in situ cognitivas para manejar sobrecarga		
Nivel superior (3) Nombra tres recursos de tres recursos preguntados.	Nivel medio (2) Nombra dos recursos de tres recursos preguntados.	Nivel inferior (1) Nombra un recurso de tres recursos preguntados.
Estrategias in situ conductuales para manejar sobrecarga		
Nivel superior (3) Nombra tres recursos de tres recursos preguntados.	Nivel medio (2) Nombra dos recursos de tres recursos preguntados.	Nivel inferior (1) Nombra un recurso de tres recursos preguntados.
Uso de estrategias no in situ para manejo de la sobrecarga		
Nivel superior (3) No nombra ningún recurso de tres recursos preguntados.	Nivel medio (2) Nombra un recurso de tres recursos preguntados.	Nivel inferior (1) Nombra dos o tres recursos de tres recursos preguntados.
Actuación frente a la sobrecarga		
Comprensión (3) “Paro un momento antes de actuar, intento tomar perspectiva de la situación, recordar cuál es el estado del residente e intento idear la mejor forma de que no me rechace”	Impulsividad (2) “Puede conmigo, me cuesta mantener la calma e intento decirle al residente lo que debe de hacer, insistiéndole si así es necesario”	Personalización (1) “Me siento “insultado” de alguna manera “maltratado” sobre todo si el residente mantiene facultades.
Aprendizaje continuo a través de otros		
Capacidad (3) “Aprendo constantemente conociendo cada vez más al residente, fijándome en las actuaciones eficaces de otras compañeras, gracias a las pautas dadas por psicólogo/gobernanta/enfermero”	No capacidad (2) “Creo que el trabajo de mis primeros años trabajando y mi formación anterior es lo que más me ha enseñado”	No motivación (1) “En este trabajo lo importante no es aprender es terminar las tareas a la hora prevista”.
Conocimiento psicológico de los SPCD		
Conocimiento (3) “Es una residente que pudiera estar padeciendo depresión o un trastorno de adaptación al centro”	No conocimiento (2) “Es una residente “difícil” que será mejor desde el principio dejarle las cosas claras”	No actitud (1) “Pudiera ser una residente que a lo largo de su vida no le gustará mucho la comida ni el necesitar ayuda de otros”
Conocimiento conductual de los SPCD		
Conocimiento (3) “Avisar al psicólogo/enfermero y hasta que llegaran mantenerla vigilada para que no se haga daño u otros residentes pudieran entrar en conflicto con ella”	No conocimiento (2) “Entrar en conversación con ella, elevando la voz si parece que no oye porque no nos responde”	No actitud (1) “Decirle que no grite porque está molestando a los demás”

Fuente: elaboración propia

11.2.2.2. Codificación de las cuestiones sobre motivación

Finalmente, para la codificación de las cuestiones sobre motivación a través del análisis de contenido se han ido codificando las respuestas tal y cómo se muestra en la tabla 29.

Tabla 29. Codificación de las respuestas del cuestionario sobre motivación

¿Le gusta su trabajo?		
3 Contesta con una afirmación	2 Contesta con una afirmación pero con matices	1 Contesta con una negación
¿Qué cambiaría si pudiera de su trabajo?		
3 Se muestra satisfecho con el trabajo sin hacer referencia a cambios	2 No hace referencia de forma clara a las condiciones laborales	1 Hace referencia a las condiciones laborales: horario, sueldo, etc.
¿Le interesa mejorar en su trabajo?		
3 Muestra motivación por la mejora	2 No muestra de forma clara motivación por la mejora	1 Muestra desinterés por la mejora
¿Se siente realizado en su trabajo?		
3 Afirma sentirse realizado	3 Afirma sentirse realizado pero con matices	1 Niega que se sienta realizado
¿Qué destaca de positivo de su trabajo?		
3 Muestra motivación intrínseca por el propio trabajo con afirmaciones del tipo: el realizar el trabajo bien hecho, etc.	2 Muestra motivación intrínseca por el propio trabajo refiriéndose a las características del propio trabajo: el contacto con los residentes, etc.	1 No muestra de forma clara motivación intrínseca y se refiere a otros aspectos del trabajo: horario, compañeras, etc.
¿Cree que debería de darse más formación?		
3 Contesta con una afirmación mostrando interés en la formación	2 Contesta con una afirmación pero con matices	1 Contesta con una negación mostrando desinterés por la formación.
¿Siente que el contacto con el residente es impersonal?		
3 Contesta con una negación	2 Contesta con una negación pero con matices	1 Contesta con una afirmación

Fuente: elaboración propia

12. Resultados

En el presente apartado, en primer lugar, se presentan los resultados obtenidos en el análisis de las características de la muestra. En segundo lugar, los análisis realizados para la comprobación de hipótesis.

A través de los subapartados se explicitará cómo a partir de los objetivos definidos y del planteamiento de las hipótesis, se ha procedido a realizar distintos análisis estadísticos que han permitido la comprobación de las mismas. De esta manera, el presente apartado queda dividido, en primer lugar, en cuatro apartados: 1) residentes, 2) psicólogos, 3) auxiliares y 4) otras variables del estudio, a lo largo de los mismos se analizarán las características de la muestra. En segundo lugar, se incluyen 10 subapartados, en cada uno de los cuales, se hace referencia a los análisis realizados para la comprobación de las 10 hipótesis que se han planteado en el este trabajo.

12.1. Características de la muestra

El presente apartado describe las características de la muestra según los resultados obtenidos en el estudio.

12.1.1. Residentes

En relación a los datos clínicos recogidos cabe destacar el alto porcentaje de los residentes que presentan síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, presentes en la muestra en un 54,5%. Los trastornos de ánimo como la depresión los presentan un 35% de la muestra, cifra similar a la encontrada en el caso de los trastornos de ansiedad 30,6%. En el caso de los trastornos del comportamiento, como la agitación, presentan un porcentaje del 32,3%. Teniendo en cuenta que un 27,6% de la muestra no presenta deterioro cognitivo, las cifras aún son más alarmantes: de esta forma, un 75,1% de la muestra con deterioro cognitivo/demencia presenta SPCD, un 48,3% trastornos de ánimo (depresión), un 44,6% trastornos del comportamiento como la agitación y un 42,2% trastornos de ansiedad. Los porcentajes de los diagnósticos médicos y el grado de severidad en los residentes se recogen en la tabla 30.

Tabla 30. Porcentajes de los diagnósticos médicos y grado de severidad de los residentes

Diagnóstico	No Presenta	Grado Leve	Grado moderado	Grado grave	Grado Sin Especificar
Factores de origen metabólico	99,30%				0,70%
Deterioro de probable origen tóxico (alcohol)	99,70%				0,30%
Deterioro cognitivo sin filiar	80,10%	8,40%	7,10%	4,40%	
Demencia vascular multiinfarto	90,90%	2,00%	3,40%	3,70%	
Demencia vascular por infarto estratégico	95,60%	1,30%	0,30%	2,00%	0,70%
Enfermedades cerebrovasculares	87,20%				12,80%
No deterioro cognitivo	72,40%				27,60%
Enfermedad de Alzheimer	82,80%		7,10%	10,10%	
Enfermedad de Alzheimer y demencia vascular (demencia mixta)	86,50%	0,30%	6,10%	7,10%	
Demencia frontotemporal	99,30%		0,70%		
Demencia por cuerpos de Lewy	99,00%		0,70%	0,30%	
Demencia asociada al Párkinson	97,30%	0,30%	1,70%	0,70%	
Demencia asociada a Parálisis Supranuclear Progresiva	99,30%		0,70%		
Demencia asociada a enfermedad de motoneurona	99,70%	0,30%			
Demencia asociada a procesos cerebrales de origen infeccioso	99,70%	0,30%			
Delirium/cuadro confusional agudo	97,60%				2,40%
Demencia de origen neoplásico	98,30%	0,30%	1,00%	0,30%	
Deterioro postraumático	99,00%	0,30%	0,70%		
Hidrocefalia	98,00%				2,00%
Parkinsonismo/Párkinson	96,00%				4,00%
Epilepsias	93,90%				6,10%
Retraso mental	99,70%				0,30%
Esquizofrenia	98,00%				2,00%
Esclerosis múltiple	99,70%				0,30%
Trastornos del comportamiento/agitación	67,70%				32,30%
Trastornos de adaptación	96,30%				3,70%
Trastornos de ansiedad	69,40%				30,60%
Trastornos del estado de ánimo (depresión)	65,00%				35,00%
Trastornos psicóticos agudos y transitorios	92,90%				7,10%
Trastornos de ideas delirantes persistentes	98,70%				1,30%
Trastornos de la personalidad	99,30%				0,70%
Irritabilidad/enojo/agresión (trastorno de conducta, no demencia)	98,00%				2,00%
Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia	45,50%				54,50%

Haciendo mención a los psicofármacos pautados a los residentes, el número de psicofármacos pautados en la muestra por tipología se especifica en la tabla 31.

Tabla 31. Número de psicofármacos pautados en la muestra según la tipología

Tipo de psicofármacos	Principios activos	Número de psicofármacos prescritos en la muestra
Antidepresivos Total=127	Trazodona	57
	Escitalopram	14
	Mirtazapina	13
	Sertralina	12
	Paroxetina	10
	Citalopram	10
	Amitriptilina	4
	Fluoxetina	3
	Venlafaxina	2
	Mianserina	1
Imipramida	1	
Antipsicóticos Total=75	Risperidona	39
	Quetiapina	17
	Haloperidol	13
	Levomepromazina	2
	Olanzapina	1
	Paliperidona	1
	Tiaprida	1
Aripiprazol	0	
Hipnóticos Total=74	Lormetazepam	56
	Clometiazol	13
	Zolpidem	7
	Flurazepam	0
Ansiolíticos Total=69	Lorazepam	44
	Alprazolam	15
	Clorazepato de potasio	4
	Bromazepam	2
	Ketazolam	1
	Medazepam	1
Medicamentos contra la demencia Total=65	Donepezilo	21
	Rivastigmina	21
	Memantina	12
	Galantamina	9
	Ginkgo biloba	2
Antiepilépticos Total=29	Gabapentina	7
	Ácido valproico	5
	Clonazepam	4
	Carbamacepina	4
	Oxcarbacepina	2
	Fenitoína	2
	Levetiracetam	3
	Topiramato	1
Pregabalina	1	
Antiparkinsonianos Total=19	Carbidopa-levodopa	12
	Rasagilina	2
	Ropinirol	1
	Bensarazida-levodopa	1
	Biperideno	1
	Entacapon	1
	Rotigotina	1
Psicoestimulantes Total=19	Citicolina	13
	Piracetam	6
Relajantes musculares Total=1	Tetrazepam	1
Antihistamínicos de uso sistémico Total=1	Doxilamina	1
Número de psicofármacos Totales=479		

En referencia al número de psicofármacos pautados a cada residente totales, nos encontramos con que de media en la muestra se han prescrito 2,0470 psicofármacos con una desviación típica de 1,08932. El 41,1% de los residentes que tienen pautados psicofármacos tienen pautados un sólo psicofármaco, el 28,1% de ellos 2, el 21,3% 3, el 7,7% 4, el 2,1% 5 y el 0.3% 6. El grupo de psicofármacos más prescritos en la muestra han sido los antidepresivos, seguidos por los antipsicóticos, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los psicofármacos prescritos más frecuentes en la muestra sido: la trazodona, el lormetazepam, el lorazepam y la risperidona.

12.1.2. Psicólogos

En el estudio participan cinco residencias en las que el equipo de profesionales que realizan las intervenciones psicoeducativas está conformado por similar categoría de profesionales, licenciados en Psicología en todos los casos.

Respecto a las respuestas obtenidas tras la aplicación del MBI a los psicólogos, resaltar que se obtiene en la muestra, puntuaciones medias de realización personal y puntuaciones bajas en agotamiento emocional y despersonalización. Todas las puntuaciones obtenidas están recogidas en la tabla 32.

Tabla 32. Puntuaciones directas de la aplicación del MBI a los psicólogos.

Subescalas					
AE		DP		RP	
Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
Puntos de corte:		Puntos de corte:		Puntos de corte:	
bajo=<18,		bajo=<5,		bajo=<33,	
Medio=19-26,		Medio=6-9,		Medio=34-39,	
Alto=>27		Alto=>10		Alto=>40	
Media	9.2222	Media	3.6330	Media	34.0825
Desviación típica	4.28122	Desviación típica	3.00394	Desviación típica	15.20504
Mínimo	2.00	Mínimo	1.00	Mínimo	12.00
Máximo	15.00	Máximo	8.00	Máximo	48.00

12.1.3. Auxiliares

Los resultados obtenidos en las mismas cuestiones en los psicólogos difieren de las obtenidas en el caso de los auxiliares. Así, respecto a las puntuaciones obtenidas tras la aplicación del MBI, se puede destacar que se obtienen en la muestra bajas puntuaciones en la subescala de AE -ya que se obtiene una puntuación de 18,56 considerándose una puntuación media en AE entre 19 y 26 puntos-. Además, se obtienen puntuaciones medias en la muestra, en la subescalas DP y RP. La totalidad de las puntuaciones directas de la escala se señalan en la tabla 33.

Tabla 33. Puntuaciones directas de la aplicación del MBI a los auxiliares.

Subescalas					
AE		DP		RP	
Agotamiento Emocional		Despersonalización		Realización Personal	
Puntos de corte:		Puntos de corte:		Puntos de corte:	
bajo=<18,		bajo=<5,		bajo=<33,	
Medio=19-26,		Medio=6-9,		Medio=34-39,	
Alto=>27		Alto=>10		Alto=>40	
Media	15.5623	Media	8.0906	Media	35.8859
Desviación típica	10.28564	Desviación típica	4.70676	Desviación típica	7.90495
Mínimo	5.10	Mínimo	2.00	Mínimo	25.00
Máximo	31.80	Máximo	14.50	Máximo	44.50

12.1.4. Los centros participantes

Haciendo referencia al número de plazas de los centros participantes, la muestra tiene de media 56.46 plazas. El ratio de personal es más o menos similar en todos los casos, ya que los ratios en todos los casos se controlan por las instituciones competentes porque la totalidad de los centros participantes mantienen conciertos de plazas con la Diputación de Bizkaia. Concretamente, el centro 1 y el centro 5 son los que tienen un ratio con puntuación más alta y el centro 4 el que tiene la puntuación más baja. Los ratios y el número de plazas por centro se explicitan en la tabla 34.

Tabla 34. Número de plazas y ratio de personal de los centros participantes.

VARIABLES	Centro 1°	Centro 2°	Centro 3°	Centro 4°	Centro 5
Número de plazas	106	49	25	27	19
Ratio de personal	0,35	0,30	0,28	0,27	0,34

En lo que se refiere al personal de los centros y respecto a los psicólogos, el 60% de la muestra tiene edades entre 30 y 40 años. No hay ningún centro con profesionales por encima de esa edad. En cuanto al número de años trabajados, el centro 1 es el que desarrolla su labor el psicólogo con menor experiencia, con sólo tres años de experiencia. Por supuesto, en cuanto a nivel de estudios, todos los centros están igualados al disponer a su servicio de un profesional psicólogo. Los años trabajados en los psicólogos se puede consultar en la tabla 35.

Tabla 35. Años trabajados en los psicólogos de la muestra

VARIABLES	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5
Años trabajados en atención personas mayores	3	10	8	8	8

En el caso de los auxiliares, y en lo que se refiere a la edad, el porcentaje más alto en el centro 1, corresponde a los trabajadores menores de 30 años, al igual que en el caso del centro 3. En el centro 2, los trabajadores de entre 40 y 50 años son el grupo más numeroso, lo mismo que en el centro 4. El centro 5 en cambio, presenta como porcentaje más numeroso el de los trabajadores de entre 30 y 40 años.

En lo referido al nivel de estudios, en la muestra destaca el centro 4 con un 28,5% de trabajadores con graduado no completo y el centro 2 con un 66,6% de trabajadores con estudios de graduado. El centro 1 y el centro 5 son los centros que mayor porcentaje de trabajadores con titulación acorde al puesto están presentes en cada centro, es decir, título de FP o de bachiller, con un porcentaje del 76,8% y 66,6% respectivamente. En cuanto a la experiencia, sólo el 20% de la muestra poseen menos de 5 años trabajados. En la tabla 36 se reflejan los años trabajados en los auxiliares de la muestra.

Tabla 36. Años trabajados en los auxiliares de la muestra

Variables	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5
Media de años trabajados en atención personas mayores	8,4	9,1	4,8	9,2	5,4

Respecto a los resultados estadísticamente significativos encontrados en lo referido a los psicofármacos, el centro 5 es el de menor dosis del antidepresivo escitalopram pautadas y el centro 2 el de mayor ($\chi^2(3)=10.304, p=0.016$). De igual forma, también el centro 5 junto con el 1 es de menor dosis de lormetazepam prescrito y el centro que más es el centro 3, seguido de los centros 1, 4 y 2, ($\chi^2(4)=10.141, p=0.038$). Este análisis queda recogido en la tabla 37.

Tabla 37. Rangos no paramétricos de la relación entre la dosis de lormetazepam y escitalopram y la tipología de centro

Variable	Identificación de centro	N	Rango promedio	χ^2	Gl	p
Dosis antidepresivo lormetazepam	Centro 1	26	30.42	10.141	4	0.038
	Centro 2	11	21.50			
	Centro 3	6	41.50			
	Centro 4	8	27.75			
	Centro 5	5	19.50			
Dosis Antidepresivo escitalopram	Centro 1	6	5.00	10.304	3	0.016
	Centro 2	4	12.00			
	Centro 3					
	Centro 4	3	7.33			
	Centro 5	1	5.00			

Respecto al burnout, a continuación se describen los resultados obtenidos a través de la prueba de Kruskal-Wallis en los que se obtienen relaciones estadísticamente significativas entre el tipo de centro y la puntuación obtenida de los auxiliares en las tres subescalas del MBI.

En cuanto a la puntuación directa en agotamiento emocional el centro con más alta puntuación es el centro 1, el de mayor número de plazas, y el de puntuación más baja es el centro 5, el de menor número de plazas, ($\chi^2(4)=19.554, p=0.001$). Lo mismo ocurre en

cuanto a la puntuación directa en despersonalización ($\chi^2(4)=18.272, p=0.001$) y en cuanto a realización personal, siendo el centro de mayor puntuación el 5 y el de menor el 1, ($\chi^2(4)=15.421, p=0.004$). Estos datos se pueden consultar en la tabla 38.

Tabla 38. Rangos no paramétricos de la relación entre la puntuación en el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal y la tipología de centro

Variable	Identificación del centro	N	Rango promedio	χ^2	Gl	p
Agotamiento emocional	Centro 1	13	28.35	19.554	4	0.001
	Centro 2	6	21.50			
	Centro 3	5	13.00			
	Centro 4	7	12.79			
	Centro5	6	8.50			
Despersonalización	Centro 1	13	28.08	18.272	4	0.001
	Centro 2	6	20.67			
	Centro 3	5	9.80			
	Centro 4	7	15.21			
	Centro5	6	9.75			
Realización personal	Centro 1	13	10.00	15.421	4	0.004
	Centro 2	6	23.67			
	Centro 3	5	24.30			
	Centro 4	7	20.43			
	Centro5	6	27.75			

En referencia a las intervenciones psicoeducativas, tal y como se ha mencionado con anterioridad, en los centros participantes las intervenciones psicoeducativas son coordinadas por un psicólogo, en todos los casos. En el caso de dos centros, otro profesional coordinado por un psicólogo lleva a cabo las intervenciones, en el resto, las intervenciones son coordinadas y ejecutadas por un licenciado en Psicología. Además, en el centro 3 las auxiliares coordinadas por este profesional realizan, en ocasiones, actividades con los mayores y un fisioterapeuta lleva a cabo ejercicios físicos durante algunas pocas horas. Sin embargo, esto no se ha reflejado en la tabla 39 porque la gran mayoría de las intervenciones recaen en el psicólogo.

Tabla 39. Dedicación profesional de los psicólogos por centro

Variables	Denominación de cada centro				
	Centro 1°	Centro 2°	Centro 3°	Centro 4°	Centro 5°
Número de profesionales (psicólogo)	1	1	1	1	1
Número de profesionales (no psicólogo) que intervienen en los programas psicoeducativos.	0	1 terapeuta ocupacional bajo la coordinación del psicólogo	0	1 educador social bajo la coordinación del psicólogo	0
Número de horas diarias de dedicación del psicólogo	4	4	8	4	4
Número de horas diarias de dedicación del psicólogo a la psicoestimulación y al ejercicio físico.	4	2	4	2	2
Número de horas diarias de dedicación del psicólogo a otras funciones	0	2	4	2	2
Número de horas diarias de dedicación del psicólogo a formación, apoyo y asesoramiento	0	1	2	2	2

Resulta relevante en la muestra el alto porcentaje de residentes que participan en los programas de psicoestimulación y actividad física en el centro 4 con un 90% de participación y el centro 5, con un 95%. Por el contrario, la participación en el centro 1 y en el centro 2 es del 50% y 55%, respectivamente. La dedicación a las intervenciones psicoeducativas por centro se recogen en la tabla 40.

Tabla 40. Dedicación a las intervenciones psicoeducativas por centro

Variables (número de horas anuales)	Centro 1°	Centro 2°	Centro 3°	Centro 4°	Centro 5°
Porcentaje de participación en Psicoestimulación	50%	55%	60%	90%	95%
Formación auxiliares	8	15	78	82	95
Formación familias	0	30	48	116	168
Apoyo psicológico al residente	650	700	780	800	850
Control del medio	0	260	260	52	104

Asimismo, en cuanto al grado de participación en la muestra, un 43,10% de los residentes no participan en las intervenciones de psicoestimulación y un 39,70% no lo hacen en las de actividad física. El porcentaje de participación en la muestra de cada residente en psicoestimulación y en actividad física se especifica en la tabla 41.

Tabla 41. Porcentaje de participación de cada residente en psicoestimulación/actividad física

Tipo de programa	Grado de participación			
	No participa	Participa, Grado leve	Participa, Grado moderado	Participa, Grado alto
Psicoestimulación	43,10%	14,50%	24,9%	17,50%
Actividad física	39,70%	19,90%	22,20%	18,20%

Estos mismos resultados coinciden con los obtenidos a partir del análisis cualitativo, del que se desprende, que los centros 4 y 5 son también los que demuestran mayor trayectoria en las intervenciones psicoeducativas y mayor centralización de las mismas en el profesional psicólogo. En la tabla 42 se presentan las respuestas dadas al cuestionario sobre intervención psicoeducativa.

Tabla 42. Respuestas al cuestionario “ad hoc” sobre intervención psicoeducativa

Contenido del ítem	Identificación del centro				
	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5
-Participación	50%	55%	60%	90%	95%
-Profesional (Psicoestimulación y actividad física)	Psicólogo	Psicólogo	Psicólogo fisioterapeuta y auxiliares bajo la dirección del psicólogo	Educador social bajo la dirección del psicólogo	Psicólogo
-Horas anuales	8 horas.	15 horas.	78 horas.	82 horas.	95 horas.
-Profesional (Formación a los auxiliares)	Distintos profesionales.	Distintos Profesionales Psicólogo Enfermera	Distintos profesionales. Psicólogo Trabajador social que es el gerente.	Psicólogo Ocasionalmente enfermero y gerencia.	Psicólogo ocasionalmente enfermero y gerencia.
-Horas anuales	No se hace.	30 horas.	48 horas.	116 horas.	168 horas.
-Profesional (Formación a las familias)		Psicólogo Médico	Psicólogo Trabajador social que es el gerente.	Psicólogo.	Psicólogo.
-Horas anuales	650 horas.	700 horas.	780 horas.	800 horas.	850 horas.
-Profesional (Apoyo psicológico)	Psicólogo.	Psicólogo.	Psicólogo.	Psicólogo.	Psicólogo.
-Horas anuales	No se realiza.	260 horas.	260 horas.	800 horas.	104 horas.
-Profesional (Control del medio)		Psicólogo. Enfermero. Auxiliares.	Psicólogo. Trabajador social que es el gerente.	Psicólogo. Trabajador social, auxiliares y familiares formados por el psicólogo.	Psicólogo. Auxiliares y familiares formados por el psicólogo.

En cuanto a la formación, también se aprecia que en el centro 4 y 5 la atención a las familias y a las auxiliares no se limita a un asesoramiento puntual como ocurre en el centro 1 y 2, sobre todo. Así, en los centros 4 y 5, la formación se lleva a cabo de forma sistematizada, de forma continuada y con un mayor nivel de participación, metodología proactiva, distintas modalidades, buen sistema de comunicación, horario más adecuado, formador con estatus y conocedor, por su titulación, del manejo conductual de los SPCD y alta participación en las sesiones y presencia de evaluación de la formación. Esto queda reflejado en las respuestas del centro, por ejemplo, a través de la respuesta del centro 4, A4D, dada en referencia a la detección de las necesidades de formación: “Si, anualmente se les pregunta de forma oral y por escrito. Según se observan en cada trabajadora necesidades de formación se planifican y realizan asesoramientos individualizados”. La síntesis de las respuestas al cuestionario “ad hoc” sobre formación a las auxiliares se pueden consultar en la tabla 43.

Tabla 43. Síntesis de las respuestas al cuestionario “ad hoc” sobre formación a los auxiliares

Contenido Del ítem	Identificación del centro				
	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5
Participación en la detección de necesidades de formación	A veces	No	Si	Si, siempre	Si siempre
Formación reactiva	Sí, a veces proactiva	Sí, a veces proactiva	Proactiva/ reactiva	La mayoría proactiva	Siempre proactiva
Formación individual o grupal	Grupal	Grupal	Ambas	Ambas	Ambas
Formación externa/interna	Externa	Externa En alguna ocasión interna	Externa/Interna	Interna	Interna
Comunicación de la formación	Oral	Escrita	Escrita	Oral/escrita	Oral/escrita
Horario	Fuera de horario	Fuera de horario	Fuera de Horario y dentro del horario	Dentro del Horario laboral	Dentro del horario Laboral
Participación	Alta	Alta	Alta	Alta	Muy alta
Estatus del ponente	No, Externo al centro	No, externo al centro	Externo al centro, Si estatus	Si estatus Ponente interno	Si estatus Ponente interno
Evaluación de la formación	Sí	No	No	Si	Si

Fuente: elaboración propia

Lo mismo ocurre en relación a la formación a las familias. Lo que bien se entiende a través de la respuesta F4D en relación a la detección de las necesidades de formación: “Sí, en los encuentros informales frecuentes que realiza la psicóloga y a través de reuniones formales periódicas. A lo largo de las sesiones programadas van quedando abiertos temas para las siguientes”. En contraposición, por ejemplo, se alude a la respuesta F2P del centro 2 en relación a la existencia de la formación proactiva: “normalmente no se les forma los familiares. Se mantienen reuniones individuales para tratar los temas particulares de su familiar y explicarles las dudas”. La síntesis de las respuestas al cuestionario “ad hoc” sobre formación a las familias se pueden consultar en la tabla 44.

Tabla 44. Síntesis de las respuestas al cuestionario “ad hoc” sobre formación a las familias

Contenido Del ítem	Identificación del centro				
	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5
Participación en la detección de necesidades de formación	No	No	No	Sí, siempre	Sí siempre
Formación reactiva	No se da formación sólo cierto asesoramiento puntual y reactivo	No se da formación Sólo asesoramiento puntual (reactiva)	proactiva	proactiva	proactiva
Formación individual o grupal	Individual	Individual	Ambas	Ambas	Ambas
Formación externa/interna	No se da formación	No se da formación	Interna	Interna	Interna
Comunicación de la formación	No se da formación	No se da formación	Oral	Oral/escrita	Oral/escrita
Horario	No se da formación	No se da formación	De forma puntual y mensualmente	A diario y mensualmente	A diario y mensualmente
Participación	No se da formación	No se da formación	Sí estatus	Alta Sí estatus	Muy alta
Estatus del ponente	No se da formación	No se da formación	Externo al centro, Sí estatus	Si estatus Ponente interno	Sí estatus Ponente interno
Evaluación de la formación	No se da formación	No se da formación	No	Sí	Sí

Fuente: elaboración propia

12.2. Análisis realizados para la comprobación de hipótesis.

En el presente apartado se presenta cómo a partir de los objetivos definidos en la presente investigación y sus respectivas hipótesis, se ha procedido a realizar los pertinentes análisis estadísticos para efectuar la comprobación de las distintas hipótesis.

De esta manera, el presente apartado se divide en 10 subapartados, en cada uno de los cuales, se hace referencia a los análisis realizados para la comprobación de las 10 hipótesis que se han planteado en el este trabajo.

12.2.1. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 1.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras el análisis realizado para contrastar la hipótesis 1, formulada de la siguiente manera: no se establecerán diferencias estadísticamente significativas entre los centros participantes en los diagnósticos médicos, la severidad de los trastornos, la frecuencia de los trastornos del comportamiento y del estado de ánimo de los residentes.

Los resultados obtenidos apuntan a que no hay diferencias estadísticamente significativas en el estado cognoscitivo ni afectivo; ni en relación a la tipología del deterioro ni a su grado de severidad.

Aunque no se dan diferencias estadísticamente significativas en el tipo de demencia ni a su grado de afectación, sí se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la grado de algunos de los trastornos de conducta que presentan los residentes de la muestra.

Así, se encuentran dichas diferencias respecto a tres de los diagnósticos médicos que tienen que ver con los trastornos de conducta que presentan las personas mayores que participan en el estudio: “trastornos del comportamiento/agitación”, “trastornos psicóticos agudos y transitorios”, “irritabilidad/enojo/agresión”. A continuación, presentamos en la tabla 45 la relación entre el tipo de centro y el grado de severidad de los diagnósticos según patologías.

Tabla 45. Pruebas no paramétricas kruskal-Wallis de la relación entre las variables de diagnóstico y la tipología de centro con resultados estadísticamente no significativos

Diagnóstico	χ^2	<i>Gl</i>	<i>p</i>
Factores de origen metabólico	4.334	4	0.363
Deterioro de probable origen tóxico (alcohol)	2.160	4	0.706
Deterioro cognitivo sin filiar	3.995	4	0.407
Demencia vascular multiinfarto	8.972	4	0.062
Demencia vascular por infarto estratégico	1.392	4	0.846
Enfermedades cerebrovasculares	4.071	4	0.396
No deterioro cognitivo	8.391	4	0.078
Enfermedad de Alzheimer	2.995	4	0.559
Enfermedad de Alzheimer y demencia vascular (demencia mixta)	2.406	4	0.662
Demencia frontotemporal	3.119	4	0.538
Demencia por cuerpos de Lewy	3.843	4	0.428
Demencia asociada al Párkinson	2.833	4	0.586
Demencia asociada a Parálisis Supranuclear Progresiva	6.370	4	0.173
Demencia asociada a enfermedad de motoneurona	2.160	4	0.706
Demencia asociada a procesos cerebrales de origen infeccioso	2.759	4	0.599
Delirium/cuadro confusional agudo	3.303	4	0.508
Demencia de origen neoplásico	3.585	4	0.465
Deterioro postraumático	4.067	4	0.397
Hidrocefalia	2.803	4	0.591
Parkinsonismo/Párkinson	3.561	4	0.469
Epilepsias	3.117	4	0.538
Retraso mental	2.160	4	0.706
Esquizofrenia	0.535	4	0.970
Esclerosis múltiple	2.759	4	0.599
Trastornos de adaptación	3.679	4	0.451
Trastornos de ansiedad	4.971	4	0.290
Trastornos del estado de ánimo (depresión)	3.378	4	0.497
Trastornos de ideas delirantes persistentes	5.727	4	0.220
Trastornos de la personalidad	2.619	4	0.623
Síntomas conductuales y Psicológicos de la Demencia	9.049	4	0.060

Tal y como se ha comentado, respecto a la variable “trastornos del comportamiento/agitación”, se encuentran diferencias estadísticamente significativas (χ^2 (4)=14.905, $p=0.005$), en el sentido en que el centro 2 tiene más residentes con este diagnóstico. En relación a la variable “trastornos psicóticos agudos y transitorios” se aprecian diferencias estadísticamente significativas (χ^2 (4)=21.228, $p=0.000$), siendo también el centro 2 el que más personas presentan este diagnóstico. Por último, en referencia a la variable “irritabilidad/enojo/agresión”, se encuentran diferencias estadísticamente significativas (χ^2 (4)=12.693, $p=0.013$), en relación a que el centro 3 y 4

son los que mayor medida presenta más personas con este diagnóstico. En la tabla 46, se recogen todos estos resultados.

Tabla 46. Pruebas no paramétricas kruskal-Wallis de la relación entre las variables diagnóstico y la tipología de centro con resultados estadísticamente significativos

Variable diagnóstico	Identificación del centro	N	Rango promedio	χ^2	Gl	<i>p</i>
Trastornos del comportamiento/agitación	Centro 1	94	146.81	14.905	4	0.005
	Centro 2	79	172.43			
	Centro 3	29	147.09			
	Centro 4	49	128.28			
	Centro 5	46	136.51			
Trastornos psicóticos agudos y transitorios	Centro 1	94	147.98	21.228	4	0.000
	Centro 2	79	164.82			
	Centro 3	29	138.50			
	Centro 4	49	141.53			
	Centro 5	46	138.50			
Irritabilidad/enojo/agresión (trastorno de conducta, no demencia)	Centro 1	94	14.6	12.693	4	0.013
	Centro 2	79	146.00			
	Centro 3	29	161.36			
	Centro 4	49	149.03			
	Centro 5	46	146.00			

12.2.2. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 2.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras el análisis realizado para contrastar la hipótesis 2, formulada de la siguiente manera: un mayor número de horas de formación a los auxiliares y a las familias se relacionará con la menor prescripción de psicofármacos a los residentes. En primer lugar se realizan los análisis estadísticos pertinentes para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas en la prescripción de psicofármacos entre los centros participantes. Los resultados se explican a continuación.

En lo que se refiere a la variable número de psicofármacos totales prescritos por cada residente no se encuentra relación estadísticamente significativa por tipología de centro ($\chi^2(4)=8,049, p=0.090$). Además, tampoco se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre los residentes por tipología de centro respecto a la prescripción en los distintos grupos de psicofármacos. En la tabla 47 se reflejan los resultados obtenidos con las pruebas Kruskal-Wallis en el análisis de la relación entre el número de psicofármacos prescritos por cada residente y la tipología de centro.

Tabla 47. Pruebas no paramétricas kruskal-Wallis de la relación entre el número de psicofármacos prescritos por cada residente y la tipología de centro

Número de psicofármacos prescritos a cada residente	χ^2	G1	P
Medicamentos contra la demencia	3.399	4	0.493
Psicoestimulantes	0.000	3	1.000
Antidepresivos	2,568	4	0.632
Hipnóticos y sedantes	3.702	4	0.448
Ansiolíticos	2.790	4	0.594
Antipsicóticos	0.000	4	1.000
Antiparkinsonianos	5.568	4	0.234
Antiepilépticos	1.800	4	0.772
Número de psicofármacos totales prescritos por cada residente	8.049	4	0.090

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable número de psicofármacos totales consumidos en residencia por tipología de centro ($\chi^2(4)=39,766$, $p=0.000$). Siendo el centro 1 y 2 los de mayor número de psicofármacos totales pautados en residencia y el centro 5 el de menor. También se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la relación entre la variable número de psicofármacos totales consumidos en residencia y el número de plazas de cada centro ($r_s=0.973$, $p=0.000$).

Finalmente, se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre la variable número de psicofármacos totales consumidos en residencia y el ratio de atención directa en el centro ($r_s=0.616$, $p=0.000$). A esto hay que añadir que, respecto a las auxiliares de los centros, a través de la prueba de Kruskal-Wallis, se obtiene que no hay diferencias estadísticamente significativas ni en cuanto a edad ($\chi^2(4)=7,494$, $p=0.112$), ni en cuanto a nivel de estudios ($\chi^2(4)=1,992$, $p=0.737$).

En el caso de las horas de formación dada a las familias y a los auxiliares los resultados obtenidos en el caso del antidepresivo sertralina son estadísticamente significativos ($r_s=0,614$, $p=0.034$). De manera que, a mayor número de horas de formación, más antidepresivo sertralina prescrito en la muestra. Asimismo, una vez realizadas las correlaciones bivariadas con el estadístico Rho de Spearman, se encuentra una relación significativa entre el número de horas de formación dada a las familias y a los auxiliares y la dosis del hipnótico clometiazol pautado a los residentes ($r_s=-0.588$, $p=0.034$). De forma que, a mayor horas de formación, menos hipnótico clometiazol pautado en la muestra.

12.2.3. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 3.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos tras el análisis realizado para contrastar la hipótesis 3, formulada de la siguiente manera: un mayor número de horas de las otras intervenciones psicoeducativas, a través de programas de psicoestimulación y de actividad física, apoyo psicológico al residente y control del medio, se relacionarán con una menor prescripción de psicofármacos a los residentes.

Tras los análisis, se obtiene una relación significativa entre la participación individualizada de los residentes en psicoestimulación y la dosis del antidepresivo mirtazapina pautado ($\chi^2(3)=8.125, p=0.043$), de manera que, los que no participan en psicoestimulación o tienen una participación leve o alta, toman más cantidad de mirtazapina y los que tienen participación moderada toman menos. Estos resultados se pueden consultar en la tabla 48.

Tabla 48. Pruebas no paramétricas kruskal-Wallis de la relación entre la participación individualizada de cada residente en psicoestimulación y la prescripción de mirtazapina.

Variable	Participación individualizada de los residentes en psicoestimulación	N	Rango promedio	χ^2	Gl	<i>p</i>
Dosis antidepresivo mirtazapina	No participa	1	10.50	8.125	3	0.043
	Participa grado leve	2	10.50			
	Participa grado moderado	8	4.81			
	Participa grado alto	2	10.50			
	Total	13				

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la variable número de psicofármacos totales consumidos en residencia y en la variable porcentaje de participación global de los residentes en psicoestimulación y actividad física de cada centro ($r_s=-0.949, p=0.000$). Asimismo, realizando la prueba U de Mann-Whitney se obtienen relaciones estadísticamente significativas, relacionándose la participación en actividades físicas con una dosis menor de risperidona pautada ($U=36,000, Z=-2,258, p=0,029$).

En relación a las horas de apoyo psicológico al residente, a mayor número de horas, más dosis del antidepresivo sertralina se pautan a los residentes ($r_s=0.614, p=0.034$). La intervención psicológica del residente también se relaciona con una menor

prescripción de hipnótico clometiazol ($r_s=-5.88, p=.034$).

En cuanto al control del medio, las relaciones estadísticamente significativas que se encuentran tras el análisis de los resultados en el SPSS son: a menor número de horas dedicadas al control del medio, mayor dosis de hipnótico clometiazol pautado en la muestra ($r_s=-0.772, p=0.002$).

En el caso de la trazodona, que además, es el psicofármaco más pautado en la muestra, encontramos resultados estadísticamente significativos. Así, a menor número de horas de control del medio más dosis de antidepresivo trazodona es pautado en los residentes ($r_s=-0.329, p=0.012$). Y por último, en el caso del escitalopram, a mayor número de horas de control del medio mayor dosis de antidepresivo escitalopram es pautado en la muestra ($r_s=0.803, p=.001$). Llegados a este punto, y en el caso de la trazodona, se realizó un análisis de regresión ANOVA. Se encontró una relación estadísticamente significativa ($p=.032$) con una $t=-2,204$ siendo el coeficiente no estandarizado $\beta=-0.361$ con una R^2 corregida del 10%. De esto se extrae que lo que influye en el consumo del antidepresivo Trazodona (dosis diaria) son las horas dedicadas al control del medio.

12.2.4. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 4.

A continuación, se hace referencia a los resultados obtenidos tras el análisis realizado para contrastar la hipótesis 4: un mayor número de horas de los psicólogos dedicadas a la formación, apoyo y asesoramiento se relacionaran con un menor nivel de prescripción de psicofármacos a los residentes.

A través de los análisis realizados se obtiene que, en lo que respecta a los psicólogos, no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre la variable número de horas por centro de dedicación del psicólogo a formación, apoyo y asesoramiento y la variable número de psicofármacos consumidos por cada residente en los distintos grupos de psicofármacos, tampoco entre el número de psicofármacos consumidos por cada residente totales, a excepción de los psicofármacos antiparkinsonianos donde sí se encuentra una relación estadísticamente significativa ($r_s=0,606, p=0.022$).

12.2.5. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 5.

En este subapartado se hace mención a los resultados obtenidos tras el análisis realizado para contrastar la hipótesis 5: se encontrará un menor nivel de prescripción de psicofármacos en los centros donde los auxiliares posean un mayor nivel de conocimientos sobre los SPCD, mejores competencias para su manejo, un mayor grado de motivación y perciban un mayor nivel de factores facilitadores para la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo.

Según los resultados obtenidos, no se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de conocimientos sobre los SPCD de las auxiliares y el nivel de prescripción de psicofármacos en los residentes. De igual forma, tampoco se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre el grado de motivación de los auxiliares y la prescripción psicofármacos. Sin embargo, sí se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de competencias para el manejo de los SPCD y la prescripción de psicofármacos. De manera que, dicha relación, hace referencia a los recursos personales de los auxiliares en el manejo de los SPCD, es decir, los recursos que poseen los auxiliares para manejar las conductas-problema en los residentes con demencia, independientemente del uso de otras estrategias como serían las mecánicas y las farmacológicas. De esta forma, se obtiene que hay una mayor prescripción de antipsicóticos ($\chi^2(2)=6.055, p=0.048$), cuando los auxiliares ante la pregunta “nombre, por favor, 3 pautas de intervención para manejar los trastornos de conducta en una persona mayor con demencia” contestan con sólo un recurso, en contraste con la situación en la que contestan con dos o tres recursos personales para el manejo de los trastornos de conducta.

Estos resultados se han obtenido no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los centros participantes respecto a los recursos personales mostrados por los auxiliares de los distintos centros ($\chi^2(4)=9.280, p=0.054$). Asimismo, se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre la percepción de los auxiliares respecto a los factores facilitadores para la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo y la prescripción de psicofármacos. En primer lugar, se establece una relación entre la prescripción de psicofármacos y la percepción de clima de centro positivo. En segundo lugar, entre la prescripción de psicofármacos y la percepción de que la dirección facilita al aprendizaje continuo en el centro.

De esta forma, en relación al clima de centro, se obtiene que hay un menor nivel de prescripción de medicamentos para la demencia ($U=28,500$, $Z=-2,742$, $p=0,005$) cuando los auxiliares responden afirmativamente a la afirmación “el clima de la residencia es positivo”. En el mismo sentido, se observan relaciones estadísticamente significativas en el nivel de prescripción de psicoestimulantes ($U=28,500$, $Z=-2,742$, $p=0,005$) y antiepilépticos ($U=28,500$, $Z=-2,771$, $p=0,005$).

En referencia a la percepción de que la dirección facilita el aprendizaje continuo, se obtiene que hay un menor nivel de prescripción de medicamentos para la demencia ($U=69,000$, $Z=-2,537$, $p=0,013$) cuando los auxiliares responden afirmativamente a la afirmación “siento que la dirección facilita al aprendizaje continuo de los empleados”. De igual manera, se observan relaciones estadísticamente significativas en el nivel de prescripción de psicoestimulantes ($U=69,000$, $Z=-2,537$, $p=0,013$), hipnóticos ($U=81,000$, $Z=-2,125$, $p=0,040$), antiepilépticos ($U=59,000$, $Z=-2,910$, $p=0,004$) y número de psicofármacos totales consumidos en residencia ($U=81,000$, $Z=-2,125$, $p=0,040$). También estos resultados se han obtenido no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los centros participantes, ni en relación a el clima de centro ($U=49,500$, $Z=-1,849$, $p=0,073$), ni en referencia a la percepción de que la dirección facilita al aprendizaje continuo de los trabajadores ($U=91,000$, $Z=-1,783$, $p=0,087$).

12.2.6. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 6.

En este subapartado se hace mención a los resultados obtenidos tras el análisis realizado para contrastar la hipótesis 6: se encontrarán menores niveles de prescripción de psicofármacos en los centros donde la formación a los auxiliares y a las familias sea interna, diaria, individualizada y proactiva y se realice detectando las necesidades de formación, con un ponente con cierto estatus en la organización y realizando una evaluación de la formación, sin que se establezcan diferencias estadísticamente significativas entre los centros en dichas variables.

Analizando los resultados obtenidos se observa que no se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre los niveles de prescripción de psicofármacos y la formación a los auxiliares y a las familias en las siguientes características: modalidad de formación interna, frecuencia de la formación diaria, tipo de formación: individualizada y

proactiva, detección de las necesidades de formación y presencia de un ponente con cierto estatus en la organización. No obstante, sí se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la evaluación de la formación a los auxiliares y la prescripción de psicofármacos. De manera que, la existencia de la evaluación de la formación, se relaciona con una menor prescripción de medicamentos para la demencia ($U=3,500$, $Z=-4,135$, $p=0,000$), psicoestimulantes ($U=3,500$, $Z=-4,135$, $p=0,000$) y antiepilépticos ($U=3,500$, $Z=-4,173$, $p=0,000$). Estos resultados se han obtenido no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los centros participantes respecto a la evaluación de la formación de los auxiliares ($U=98,000$, $Z=-0,851$, $p=0,426$).

Finalmente, se encuentra una relación estadísticamente significativa entre la formación continuada a las familias y la prescripción de psicofármacos. Así, la existencia de la formación continuada a las familias se relaciona con una menor prescripción de medicamentos para la demencia ($U=3,500$, $Z=-4,135$, $p=0,000$), psicoestimulantes ($U=3,500$, $Z=-4,135$, $p=0,000$) y antiepilépticos ($U=3,500$, $Z=-4,173$, $p=0,000$). Estos resultados se han obtenido no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los centros participantes respecto a la formación continuada a las familias ($U=98,000$, $Z=-0,851$, $p=0,426$).

12.2.7. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 7.

Este apartado hace referencia a los resultados obtenidos tras el análisis realizado para contrastar la hipótesis 7: se encontrará un mayor nivel de burnout en los auxiliares que en los psicólogos. Sin embargo, hay que señalar que estos resultados ya se han comentado en el apartado dedicado a las características de la muestra, en concreto en los subapartados: 12.1.2. y 12.1.3.

12.2.8. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 8.

En este subapartado se hace mención a los resultados obtenidos tras el análisis realizado para contrastar la hipótesis 8: se encontrarán menores niveles de burnout en los auxiliares que posean un mayor nivel de conocimientos sobre los SPCD, mejores competencias para su manejo, un mayor grado de motivación y perciban un mayor nivel de factores facilitadores para la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo.

Según los resultados obtenidos, no se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre el burnout y el nivel de conocimientos sobre los SPCD, el nivel de competencias ni el nivel de motivación. En cambio, sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el burnout y dos de los factores de la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo contemplados en el estudio: el clima de centro y el apoyo de la dirección. Así, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la percepción que tenían las auxiliares respecto al clima de la residencia y la puntuación directa en agotamiento emocional ($U=28,500$, $Z=-2,661$, $p=0,005$) y en despersonalización ($U=36,000$, $Z=-2,358$, $p=0,017$). De manera que, cuando más las auxiliares responden afirmativamente a la afirmación “el clima de la residencia es positivo” menor puntuación directa en agotamiento emocional presentan y, lo mismo ocurre en el caso de la despersonalización.

Además, se obtiene una relación estadísticamente significativa entre la percepción que tenían los auxiliares respecto al apoyo de la dirección y la puntuación directa en agotamiento emocional ($U=80,000$, $Z=-2,096$, $p=0,036$). De manera que, cuanto más las auxiliares responden afirmativamente a la afirmación “percibo que la dirección facilita al aprendizaje continuo de los empleados”, menor puntuación directa en agotamiento emocional presentan.

En este caso, estos resultados se han obtenido no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los centros participantes, ni en relación al clima de centro ($U=49,500$, $Z=-1,849$, $p=0,073$), ni en referencia a la percepción de que la dirección facilita al aprendizaje continuo de los trabajadores ($U=91,000$, $Z=-1,783$, $p=0,087$).

12.2.9. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 9.

A continuación, se hace referencia a los resultados obtenidos tras el análisis realizado para contrastar la hipótesis 9: una menor prescripción de psicofármacos no se relacionará con un mayor nivel de burnout en los auxiliares.

A través de los análisis realizados se obtiene que respecto al número total de psicofármacos, se encuentra que, en el caso de las auxiliares, correlaciona positivamente con agotamiento emocional ($r_s=0.722$, $p=0.000$) y despersonalización ($r_s=0.704$,

$p=0.000$) y, negativamente, con realización personal ($r_s=-0.601$, $p=0.000$). En este caso, el uso de psicofármacos se relaciona con un mayor nivel de sobrecarga.

12.2.10. Análisis realizados para contrastar la hipótesis 10.

Por último, haciendo referencia a los resultados obtenidos tras el análisis realizado para contrastar la hipótesis 10: se encontrarán menores niveles de burnout en los centros donde la formación a los auxiliares y a las familias sea interna, diaria, individualizada y proactiva y se realice detectando las necesidades de formación, con un ponente con cierto estatus en la organización y realizando una evaluación de la formación sin que se establezcan diferencias estadísticamente significativas entre los centros en estas variables hay que señalar que no se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre ninguna de estas variables.

13. Discusión de los resultados

El objetivo de este estudio fue conocer el papel de la formación y las otras intervenciones psicoeducativas en los centros para personas mayores y su relación con la prescripción de psicofármacos y con el burnout en el personal de atención (auxiliares y psicólogos). Por lo tanto, este apartado se subdivide en dos: 1) discusión de los resultados obtenidos sobre la relación entre la formación y las otras intervenciones psicoeducativas y la prescripción de psicofármacos y 2) discusión de los resultados obtenidos sobre la relación entre la formación y las otras intervenciones psicoeducativas y el burnout.

13.1. Discusión de los resultados obtenidos sobre la relación entre la formación y las otras intervenciones psicoeducativas y la prescripción de psicofármacos.

En el estudio se obtuvo una alta prevalencia en la muestra de SPCD. En concreto los trastornos del comportamiento como la agitación, los presentaron el 75,1% de los residentes que presentaban deterioro cognitivo. Similares resultados (75%), han sido reflejados por otros autores como Sampson et al. (2014), en concreto, en el medio hospitalario. Además, la alta prevalencia de los SPCD ha sido señalada por otros autores en el medio institucional, entre ellos, Wetzels et al. (2010). En el domicilio, Borsje et al. (2015) también se han referido a dicha prevalencia.

En cuanto a los fármacos prescritos, la media de psicofármacos pautados en la muestra ha sido de 2,04. Además, el grupo más prevalente en nuestro estudio han sido los

antidepresivos (N=127), seguidos por los antipsicóticos (N=75), los hipnóticos (N=74) y los ansiolíticos (N=69). El uso de psicofármacos ha sido objeto de numerosos estudios. Codony et al (2007) encontró un alta prevalencia de antidepresivos en la población española (no institucionalizada) siendo éstos, al igual que en nuestro estudio, los psicofármacos con más frecuencia prescritos en la muestra (N=5473).

Otros autores a nivel nacional, han analizado la prevalencia de otros psicofármacos, Adán et al. (2010) lo hicieron en el caso de los hipnóticos y Fort et al. (2010) en el de los antipsicóticos. Así, en determinados estudios, como el llevado a cabo por Okumura et al. (2015) se ha observado una alta prevalencia de los hipnóticos (37,5%, N=15591). Además, otros autores como Calvó-Perxas et al. (2012) encontraron una alta prevalencia de antipsicóticos atípicos (29,6%, N=1894).

En lo que se refiere a los diagnósticos médicos presentes en los residentes del estudio hay que resaltar que la hipótesis 1 se cumple en nuestro estudio, al no haberse encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los centros en dichas variables.

Sí se establecen diferencias estadísticamente significativas entre las variables: número de psicofármacos totales prescritos y tipología de centro. Esto nos hace reflexionar en torno a el concepto de multidimensionalidad que establece Cohen-Mansfiel et al (2012) resaltando la importancia de examinar en global las variables que normalmente se examinan de forma individual.

Se observa que los centros 1 y 2 son las residencias donde hay un número mayor de psicofármacos totales prescritos por centro y que en el centro número 5 se obtiene una menor prescripción. Este último resultado también pudiera interpretarse desde el concepto de “cultura de prescripción” señalado por Kleijer et al. (2014). Este autor encontró en un total de 1090 personas mayores institucionalizadas una menor prevalencia de prescripción de psicofármacos en aquellas residencias donde había una mayor presencia de actividades recreacionales e intervención con el personal, es decir, un mayor número de intervenciones psicoeducativas. De hecho, es en el centro 5 donde se refleja una mayor presencia de estas intervenciones. Además, en el presente estudio se establece una relación positiva entre el número de psicofármacos totales consumidos en cada residencia y el número de plazas. En el mismo sentido, también encontramos dicha relación, en la variable ratio de atención.

No obstante, han sido pocos los estudios que han contrastado la efectividad del uso de los psicofármacos con las intervenciones psicoeducativas tomando en consideración un número tan amplio de variables como en nuestro estudio. Sí lo han hecho, por ejemplo, algunos autores (Coronado et al. 2010; Madhusoodanan y Bryan, 2014) en el uso de hipnóticos, estableciendo que el tratamiento para los SPCD consiste, tanto en las intervenciones psicoeducativas como farmacológicas y, que las más adecuadas, dentro de estas últimas, son los antidepresivos en el tratamiento de la sintomatología de leve a moderada, siendo lo más recomendado el uso de antipsicóticos atípicos para los casos de mayor severidad. Sin embargo, Herrmann et al. (2013) consideran el uso de los antidepresivos como una opción pero no como una firme recomendación. En la misma línea, Seitz et al. (2011) en un artículo de revisión, recomiendan la realización de futuros estudios que incluyan el uso de los antidepresivos en comparación con placebo, antipsicóticos típicos y atípicos.

Tal y como afirma Dettmore et al. (2009), la combinación del tratamiento farmacológico con las intervenciones psicoeducativas es señalado de forma reiterada en las guías de USA para la prevención de crisis de agitación y su futura recurrencia. Además, en un artículo de Vasse et al. (2012) se señala que estas intervenciones se contemplan en cinco de las doce guías analizadas de países de toda Europa, en concreto, Alemania, Italia, Holanda, España y Reino Unido. Vemooij-Dassen et al. (2010), por su parte, realizó una revisión de las guías de investigación de Europa, USA y Canadá encontrando efectos positivos de estas intervenciones en la conducta, estado psicológico y reducción de la depresión, aunque sin resultados concluyentes debido, sobre todo, a las limitaciones metodológicas.

Aun así, son pocos los estudios que han comparado la intervención psicoeducativa con el uso de la psicofarmacología. En nuestro estudio, los resultados obtenidos en este sentido demuestran que la hipótesis 2 y 3 se cumplen sólo en parte y, esto tiene su explicación en los resultados obtenidos, los cuales se explicitan a continuación.

En el presente estudio se establece una relación estadísticamente significativa entre las variables: participación individualizada de cada residente en psicoestimulación y la prescripción de psicofármacos, en concreto mirtazapina. Así, se prescribe una menor dosis de este antidepresivo en los residentes que mantienen una participación moderada en psicoestimulación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la muestra es muy pequeña

(N=13) y que la heterogeneidad de actividades contempladas en la variable psicoestimulación es muy amplia. Richter et al. (2012) cuando han analizado la eficacia de los tratamientos psicosociales en la reducción de psicofármacos señalan también estas mismas limitaciones.

En cuanto a la formación dada a las familias y a los auxiliares se puede destacar que los resultados obtenidos indican una relación entre el número de horas de formación y la dosis de hipnótico clometiazol y de antidepresivo sertralina. De forma que a más horas de formación mayor prescripción de antidepresivo y menor de hipnótico. Este resultado se puede interpretar en el sentido de los criterios START y STOP. Así, por un lado, este resultado podría remitirnos al hecho de que el no prescribir medicación hipnótica pudiera deberse, en este caso, a que el uso de terapia farmacológica se pudiera haber visto aminorado con la presencia de la utilización de tratamiento no farmacológico eficaz. Por otro lado, el tratamiento farmacológico para la depresión pudiera haberse encontrado en una situación de prescripción subóptima. Por lo que, el hecho de que los auxiliares y las familias recibiesen una mayor información sobre estos trastornos pudiera haber incidido en una mayor detección de dicha patología.

En referencia a las horas de apoyo psicológico al residente se obtienen resultados similares, por lo que la interpretación de los resultados pudiera ir en la misma dirección. Además, también se puede entender que es lógico que los residentes que estuviesen siendo tratados farmacológicamente para la depresión también estuvieran siendo tratados a través del apoyo psicológico. Cohen-Mansfield y Parpura-Gill (2008) señala la importancia de los aspectos psicosociales y medioambientales en el origen de los SPCD. En esta investigación, respecto a la variable “control del medio” y en el caso del hipnótico clometiazol, se obtiene que a menor número de horas dedicadas al control del medio, mayor dosis de hipnótico clometiazol es pautado en la muestra.

En el caso de la trazodona, que además, es el psicofármaco más frecuentemente prescrito en la muestra, se obtiene que a menor número de horas de control del medio más dosis de antidepresivo trazodona es pautado en los residentes. Estos resultados se pueden interpretar en el sentido de que la labor del psicólogo realizado en los centros, sobre todo al atardecer, es importante ya que aporta control conductual en los residentes que en ese

momento se encuentran más inquietos y, gracias a ello, pueden descansar mejor de noche y requerir, por lo tanto, menor tratamiento farmacológico.

En el caso del escitalopram se observa que, a mayor número de horas de control del medio, mayor dosis de antidepresivo escitalopram pautado en la muestra. Estos resultados pueden ser interpretados, en el sentido anteriormente mencionado, en relación a los criterios START.

Los beneficios de los programas psicoeducativos en el medio institucional ya han sido resaltados por numerosos estudios. Así, Deudon et al. (2009) evaluaron la efectividad de una intervención dirigida a los profesionales para manejar los SPCD consiguiendo reducir las conductas verbal y físicamente no agresivas. Sin embargo, Beck et al. (2002) lograron mejoras en la afectividad pero no observaron reducción de los trastornos de conducta. Teri, Huda, Gibbons, Young y Van Leynseele (2005) concluyeron que el entrenamiento para aumentar la capacitación del personal influyo en los niveles de angustia y agitación de los residentes.

En el presente estudio los resultados apuntan a que cuando la formación en los centros se realiza con un seguimiento, tanto en el caso de los auxiliares, como de las familias, la prescripción de psicofármacos, en el caso de los medicamentos para la demencia, psicoestimulantes y antiepilépticos, desciende. Además, se obtiene que una menor prescripción de antipsicóticos se relaciona con mayores recursos personales en el manejo de los SPCD por parte del personal. Estos recursos personales hacen referencia a la capacidad de los auxiliares para manejar las conductas-problema de los residentes, independientemente del uso de medios mecánicos y/o farmacológicos. En este sentido, nuestros resultados difieren de los obtenidos por Möhler et al. (2012), quienes en un artículo de revisión, concluyeron que no hay pruebas suficientes que apoyen la efectividad de la formación dirigida al personal de enfermería para la prevención o la reducción del uso de restricciones físicas en la atención geriátrica a largo plazo.

Las hipótesis 5 y 6 se cumplen en parte ya que, en relación a las competencias y a ciertos aspectos de la formación las hipótesis se corroboran, pero en cuanto a los conocimientos sobre los SPCD y el nivel de motivación, no se cumplen. En cambio, sí se cumplen en algunos de los aspectos contemplados en la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo como son el apoyo de la dirección y el clima de centro. Sin embargo, son

pocos estudios los que han profundizado en los SPCD en el medio residencial mostrando la influencia de las competencias, actitudes y satisfacción en el trabajo. Así, en una revisión de 432 estudios realizada por Reuther et al. (2012) únicamente cinco contemplaron la relación entre estas variables. Se necesitarían más estudios como la presente investigación para aumentar la evidencia científica de todas estas intervenciones.

Para finalizar, Cohen-Mansfield, Jensen, Resnick y Norris (2012) subrayan los beneficios de las intervenciones psicoeducativas para el manejo de los SPCD en las residencias aunque concluyen que es necesario investigar más. Estudios como el que aquí nos ocupa, aunque con sus limitaciones, pueden ayudar a dilucidar mejor el alcance de todas estas intervenciones. Futuros estudios similares pueden ayudar a establecer de forma más completa el balance riesgo-beneficio en la toma de decisión para la prescripción de los psicofármacos en las personas mayores, tal y como establecen estudios como el de Tji y Givens (2012).

13.2. Discusión de los resultados obtenidos sobre la relación entre la formación y las otras intervenciones psicoeducativas y el burnout.

Los psicólogos participantes en el estudio presentan puntuaciones medias de realización personal y puntuaciones bajas en agotamiento emocional y despersonalización. Sin embargo, los resultados obtenidos en las mismas cuestiones en los psicólogos difieren de las obtenidas en el caso de los auxiliares. Así, en los auxiliares se obtienen bajas puntuaciones en agotamiento emocional y puntuaciones medias en despersonalización y realización personal. Por ello, la hipótesis 7 se cumple en nuestro estudio. Estos resultados contrastan con los de otros estudios (Mendez et al., 2011; Cañadas-de la Fuente et al., 2014) en los que se obtienen mayores niveles mayores de burnout. Nuestros resultados se aproximan más a los resultados obtenidos por otros autores como Grau et al. (2009), aunque aun así, sigan siendo inferiores. Además, en el centro 1, el de mayor número de plazas, es en donde los auxiliares han presentado mayor nivel de agotamiento emocional y de despersonalización. En el centro 5, el de menor número de plazas, los valores han resultado más bajos. Esto ha sido así a pesar de que el ratio de atención en los dos centros es prácticamente el mismo. De forma simultánea, los valores más altos en realización personal son los del centro 5 y los más bajos los del centro 1.

Edvardsson et al. (2014) resaltan el beneficio de reducir la percepción de sobrecarga en el personal en una mejora de atención a los residentes. Ericson-Lidman (2013) subrayó los beneficios de la formación a los auxiliares sobre los niveles de sobrecarga. Sin embargo, en nuestro estudio los resultados apuntan a que no existe relación entre un mayor nivel de conocimientos sobre los SPCD y unas mejores competencias para su manejo y un menor grado de burnout. Tampoco se encuentra una relación entre las características analizadas respecto a la formación llevada a cabo con los auxiliares y con las familias y el burnout.

Estos resultados obtenidos respecto a la formación con las familias no corroboran lo que defienden otros autores como Afram et al. (2015), quienes señalan las necesidades que tienen las familias tras el ingreso en la residencia: apoyo en la decisión, conocimientos sobre los cuidados y consejo o apoyo. Además, otros estudios, como los de Sury et al. (2013) han enfatizado la necesidad de estas intervenciones en el momento del ingreso para evitar el aumento de la depresión y la agitación. Nuestros resultados si son similares a los de otros autores como Kuske et al. (2009), quienes observaron efectos beneficiosos de los programas de formación al percibir que el personal de las residencias incrementaba, a través de los mismos, sus competencias en el manejo de los residentes con demencia pero, en cambio, no se consiguieron efectos sobre el burnout.

Ante los resultados obtenidos se concluye que la hipótesis 10 no se cumple y la hipótesis 8 solo se cumple en parte: no se cumple respecto a estos aspectos pero sí se cumple respecto algunos de los factores analizados sobre la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo, en concreto, el apoyo de la dirección y el clima de centro, aunque sólo en el caso de los auxiliares. En la misma línea que nuestros resultados, autores como Choi, Flynn y Aiken (2011) resaltan la importancia del apoyo de la dirección en las residencias y su relación con una mayor satisfacción del personal. Resultados similares se han encontrado en el estudio realizado por Kokkonen (2014). Este autor concluye que mayores niveles de autoeficacia y un mayor grado de actitudes positivas hacia la organización están relacionados con menores niveles de burnout en los profesionales.

Por último, Westermann et al. (2014) señalaron que se lograba una mayor eficacia cuando la intervención en el burnout era multidimensional. Otros autores, como Fritsch et al. (2009) incluso encontraron más resultados en torno al burnout. Así, tras la intervención

psicoeducativa, obtienen mejoras del personal en la interacción con el residente, mejor satisfacción laboral y beneficios en el nivel de sobrecarga. Buron (2010) observó tras la aplicación de un programa psicoeducativo, un mejor conocimiento por parte del personal de la vida de los residentes y una mayor práctica individualizada en los cuidados.

Por último, lejos de qué una menor prescripción de psicofármacos estuviera relacionado con una mayor sobrecarga en los auxiliares, a través de los análisis realizados, se obtiene que respecto al número total de psicofármacos y en el caso de los auxiliares, una mayor prescripción de psicofármacos se relaciona con un mayor nivel de agotamiento emocional y despersonalización. Estos resultados, nos pueden hacer concluir que pudiera ser que en el caso de que los auxiliares, éstos dispusieran de un menor número de recursos personales para afrontar las situaciones problemáticas, y por lo tanto, se debiera de recurrir en más ocasiones a los tratamientos farmacológicos o mecánicos y esto supusiera para estas trabajadoras de alguna forma, más sobrecarga, al no dominar las distintas situaciones a las que habitualmente deben hacer frente.

13.3. Síntesis de la discusión de los resultados y limitaciones del estudio.

En relación con el burnout, los resultados obtenidos deben ser interpretados con cautela, además de por las limitaciones metodológicas del presente estudio, por el hecho de que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los centros participantes respecto al nivel de burnout. En concreto, en cuanto a la puntuación directa en agotamiento emocional, el centro con más alta puntuación es el centro 1, el de mayor número de plazas, y el de puntuación más baja es el centro 5, el de menor número de plazas. Lo mismo ocurre en cuanto a la puntuación directa en despersonalización y en cuanto a realización personal, siendo el centro de mayor puntuación el centro 5 y el de menor el centro 1.

En relación con la prescripción de los psicofármacos, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los residentes por tipología de centro respecto a la prescripción en los distintos grupos de psicofármacos, y tampoco en lo que se refiere al número de psicofármacos prescritos por cada residente. Sin embargo, sí se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de psicofármacos totales consumidos por tipología de centro. Siendo el centro 1 y el centro 2 los de mayor número de psicofármacos totales pautados y el centro 5 el de menor número. Parece, por lo tanto,

que los resultados en relación a la prescripción de psicofármacos pudieran estar sujetos a ciertas limitaciones relacionadas con variables contextuales que no han podido ser controladas en la presente investigación. Así, también se obtiene diferencias estadísticamente significativas entre el número de psicofármacos totales consumidos en el centro y el número de plazas de cada residencia. Finalmente, se obtiene también diferencias estadísticamente significativas entre el número de psicofármacos totales consumidos en el centro y el ratio de atención directa al residente.

Todo esto nos puede hacer reflexionar sobre la relación que se establece entre la prescripción de los psicofármacos y otros aspectos estructurales y organizativos como son el tamaño de los centros y la capacidad que pueden presentar las distintas residencias en relación a poder ofrecer una mayor atención personalizada a las personas mayores. Sin duda, este resultado está sujeto a limitaciones metodológicas como el bajo número de centros participantes en el estudio, aun así, no deja por ello, de abrir una oportunidad a la reflexión sobre todos estos aspectos.

En la misma línea de pensamiento, es relevante que en la muestra, la prescripción de psicofármacos como los medicamentos para la demencia, psicoestimulantes y antiepilépticos han estado relacionados con la percepción por parte de los auxiliares del clima de centro. De la misma forma, la percepción del apoyo por parte de la dirección se ha relacionado con la prescripción de medicamentos para la demencia, psicoestimulantes, hipnóticos, antiepilépticos y número de psicofármacos totales. Esto puede estar relacionado con un mayor número de demandas por parte de los auxiliares al médico de los centros, cuando estos profesionales están más insatisfechos con su lugar de trabajo, en conjunto o, con la dirección del centro, en particular.

Finalmente, hacer referencia a dos últimos aspectos importantes. Por un lado, sería interesante para futuras líneas de investigación, el contemplar además de datos sobre el nivel de burnout de los auxiliares y de los psicólogos, también el de otras figuras muy importantes en los centros residenciales como: el médico, enfermera, etc. Asimismo, en el caso de la formación se ha tomado en consideración, únicamente, la percepción del psicólogo y de los auxiliares pudiéndose ampliar esta recogida de datos a otros miembros del equipo técnico de los centros. En futuros estudios, sería también relevante evaluar el impacto y la transferencia de la formación tanto de las familias como del personal y

completar aún más la recogida de datos incluyendo un análisis más profundo de las variables de tipo organizativo; clima de centro, satisfacción laboral de los trabajadores, etc. Por último, hubiera sido también muy interesante haber recogido información sobre la formación posgrado de los psicólogos de los centros. Finalmente, en la tabla 50 se presenta un resumen de las hipótesis planteadas en el estudio y los resultados más importantes de la discusión de los resultados.

Tabla 49. Esquema general de las hipótesis y de la discusión de los resultados

Marco teórico	Capítulo 1: El mayor institucionalizado: diferentes planteamientos, intervenciones y culturas residenciales.	Capítulo 2: La formación al servicio del modelo de intervención en los centros residenciales.	Capítulo 3: Hacia un nuevo modelo de intervención psicoeducativa en los centros residenciales para mayores.
Hipótesis	<p>1. No se establecerán diferencias estadísticamente significativas entre los centros participantes en los diagnósticos médicos, la severidad de los trastornos, la frecuencia de trastornos del comportamiento y el estado de ánimo de los residentes.</p> <p>2. Un mayor número de horas de formación a los auxiliares y a las familias se relacionará con una menor prescripción de psicofármacos a los residentes.</p> <p>3. Un mayor número de horas de atención psicológica a través de programas de psicoestimulación y actividad física, apoyo psicológico al residente y control del medio se relacionará con una menor prescripción de psicofármacos a los residentes.</p> <p>4. Un mayor número de horas de los psicólogos dedicadas a la formación, apoyo y asesoramiento se relacionará con un menor nivel de prescripción de psicofármacos a los residentes.</p>	<p>5. Se encontrará un menor nivel de prescripción de psicofármacos en los centros donde los auxiliares posean un mayor nivel de conocimientos sobre los SPCD, mejores competencias para su manejo, un mayor grado de motivación y perciban un mayor nivel de factores facilitadores para la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo</p> <p>6. Se encontrarán menores niveles de prescripción de psicofármacos en los centros donde la formación a los auxiliares y a las familias sea interna, diaria, individualizada y proactiva y se realice detectando las necesidades de formación, con un ponente con cierto estatus en la organización y realizando una evaluación de la formación, sin que se establezcan diferencias estadísticamente significativas entre los centros en estas variables.</p>	<p>7. Se encontrará un mayor nivel de burnout en los auxiliares que en los psicólogos.</p> <p>8. Se encontrarán menores niveles de burnout en los auxiliares que posean un mayor nivel de conocimientos sobre los SPCD, mejores competencias para su manejo, un mayor grado de motivación y perciban un mayor nivel de factores facilitadores para la aplicabilidad de la formación al puesto de trabajo.</p> <p>9. Una menor prescripción de psicofármacos no se relacionará con un mayor nivel de burnout en los auxiliares.</p> <p>10. Se encontrarán menores niveles de burnout en los centros donde la formación a los auxiliares y a las familias sea interna, diaria, individualizada y proactiva y se realice detectando las necesidades de formación, con un ponente con cierto estatus en la organización y realizando una evaluación de la formación, sin que se establezcan diferencias estadísticamente significativas entre los centros.</p>
Discusión de los resultados.	<p>Las hipótesis respecto a los psicofármacos:</p> <p>Se cumplen: en el caso de la hipótesis 1. Se cumplen en parte: en el caso de la hipótesis 2, 3, 5 y 6. No se cumplen: en el caso de la hipótesis 4.</p>		<p>Las hipótesis respecto al burnout:</p> <p>Se cumplen: en el caso de la hipótesis 7 y 9. Se cumplen en parte: en el caso de la hipótesis 8. No se cumplen: en el caso de la hipótesis 10.</p>

Fuente: elaboración propia

14. Conclusiones

- Ante la alta prevalencia de Síntomas Psicológicos y Conductuales en la Demencia (SPCD), en los centros gerontológicos se recurre mayoritariamente a una prescripción de psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, antipsicóticos...) que, ocasionalmente, se aplican junto con la formación y otras intervenciones psicoeducativas.
- Sin embargo, el gran objetivo por dirimir es cómo usando estas intervenciones psicoeducativas se puede reducir el tratamiento farmacológico, si el caso concreto lo permite, maximizando así la recuperación conductual, afectiva y cognitiva de los residentes.
- El burnout constituye un fenómeno extendido entre los profesionales sociosanitarios que provoca consecuencias muy negativas tanto a nivel personal como a nivel organizacional.
- Los resultados apuntan a un posible beneficio de los programas psicoeducativos en los residentes; a mayor porcentaje de participación de los residentes en psicoestimulación y actividad física en cada centro, menor número de psicofármacos totales consumidos.
- Respecto al tipo de psicofármacos, parece que se establece una relación entre la psicoestimulación y la actividad física, el apoyo psicológico, y las intervenciones en el ambiente y la disminución de los tratamientos antidepresivos, antipsicóticos e hipnóticos, con resultados más concluyentes en este último caso.
- Los programas de formación dirigidos a las familias se han relacionado con una reducción, en los residentes de la muestra, del consumo de hipnótico clometiazol y, no en cambio, el del antidepresivo sertralina.
- En base a los resultados obtenidos, se concluye que, a mayor número de horas de formación dada a las cuidadoras profesionales de los centros,

menor dosis del hipnótico clometiazol se pauta a los residentes. En el caso del antidepresivo sertralina los resultados apuntan en la misma dirección.

- Se encuentra una relación significativa entre una mayor participación de los residentes en psicoestimulación y un menor consumo de antidepresivo mirtazapina.

- Parece que es posible establecer una relación entre una mayor participación en actividades físicas y un menor consumo de antipsicótico risperidona.

- Las intervenciones que incluyen la modificación del ambiente o “control del medio” presentan resultados menos concluyentes en el caso de los antidepresivos que en el de los hipnóticos. Así, a menor número de horas de intervención mayor dosis de hipnótico clometiazol y del antidepresivo trazodona (fármaco con efectos ansiolíticos e hipnóticos) y mayor dosis de antidepresivo escitalopram.

- En los centros en los que los residentes tenían pautada una mayor dosis de psicofármacos los auxiliares presentaban mayor nivel de sobrecarga.

- Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre el número de psicofármacos totales consumidos en cada residencia y el número de plazas. De igual manera, en la variable ratio de atención.

- Podría ser conveniente que los psicólogos en los centros dedicaran más tiempo a la puesta en marcha de intervenciones psicoeducativas como las contempladas en este estudio, y dirigidas tanto al propio residente como las familias, haciendo hincapié en los programas de formación.

- En los resultados también se observa que los programas de formación dirigidos a los auxiliares pueden incidir de forma positiva en la presencia en estos profesionales de un mayor grado de recursos personales para el manejo de los SPCD.

- En base a los resultados obtenidos, los programas de formación dirigidos a los auxiliares se relacionan con una menor prescripción de antipsicóticos a los residentes.
- También, en relación a los resultados, se observa que parece positivo fomentar la continuidad en la formación ofrecida tanto a los familiares como a los auxiliares de los centros.
- En la muestra, la continuidad en la formación ofrecida tanto a los familiares como a los auxiliares de los centros se ha relacionado con una menor prescripción de medicamentos para la demencia, psicoestimulantes y antiepilépticos.
- Se ha observado un menor nivel de agotamiento emocional y despersonalización en los auxiliares de la muestra cuando éstos han percibido, en mayor medida, un clima de centro positivo.
- Parece que una mayor percepción de apoyo de la dirección por parte de los auxiliares se relaciona con un menor agotamiento emocional en éstos.
- La percepción en los auxiliares de un clima de centro positivo se ha relacionado con una menor prescripción de medicamentos para la demencia, psicoestimulantes y antiepilépticos en los residentes.
- Además, la percepción en las auxiliares de un mayor apoyo por parte de la dirección se ha relacionado con una menor prescripción de medicamentos para la demencia, psicoestimulantes, hipnóticos, antiepilépticos y números psicofármacos totales en los residentes de la muestra.

Para concluir, a la luz de los resultados obtenidos, señalar dos conclusiones principales: 1) El papel de la formación en las residencias para personas mayores, dado el impacto que se puede derivar de la misma y 2) la labor que pueden realizar los psicólogos en estos centros, dado que el abordaje psicoeducativo planteado puede, en cierta medida, beneficiar tanto a trabajadores, familiares y residentes como a la propia organización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A., Catalán, C. & Pérez, J. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 1(29), pp. 43-67.
- Aberdeen, S. (2010). Concept mapping. A process to promote staff learning problem-solving in residential dementia care. *Dementia*, 9, (1), 129-151
- Abizanda, P., López-Jiménez, E., López-Ramos, B., Romero, L., Sanchez-Jurado, P. M. & León (2009). Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y Enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44(5), 238-243.
- Abreu, L. F. & de la Cruz, G. (2015). Crisis en la calidad del posgrado. ¿Evaluación de la obiedad, o evaluación de procesos para impulsar la innovación en la sociedad del conocimiento? *Perfiles Educativos*, XXXVII (147), 162-182.
- Acevedo, E., Alcaraz, M., Martínez, J. B., Muir, B. R. & Navalón, C. (2014). Situación de nuestros mayores institucionalizados en residencias y necesidades para su integración social. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar* (3), 279-282.
- Acosta, G. I., Sosa, A. L., Orozco, R. & Borges, G. (2012). Síntomas neuropsiquiátricos en adultos mayores con demencia y su relación con la severidad de la enfermedad. *Revista de Investigación Clínica*, 64(4), 354-363.
- Adan, A. & Prat, G. (2012). *Psicofarmacología. De los mecanismos de acción a las estrategias terapéuticas*. Madrid: Marge Medica Books. p. 295.
- Adán, M.A., Acín, M.T., Díaz, J., Alejandro, G. & Pérez, J. (2010). ¿Cómo utilizamos los hipnóticos en atención primaria?. *Semergen*, 36 (7), 372-376
- Adriaenssens, J., Gucht, V. & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in a emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int. J. Nurs. Stud*, 52 (2), 649-661
- Afram, B., Verbeek, H., Bleijlevens M.H.C. & Hamers, J.P.H. (2015). Needs of informal caregivers during transition from home towards institutional care in dementia: a

- systematic review of qualitative studies. *International Psychogeriatrics*, 27 (6), 891-902
- Aichberger, M.C., Busch, M.A., Reischies, F.M. & Ströle, A. (2010). Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2.5 years of follow-up. *GeroPsych*, 23 (1), 7-15
- Allred, D.P., Raynor, D.K., Hughes, C., Barber, N., Chen, T.F. & Spoor, P. (2013). Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database Syst Rev*, 28 (2). doi: 10.1002/14651858.cd009095.pub2.
- Álvarez, E., Baca, E., Bousoño, M., Eguiluz, I., Martín, M. & Roca, M. (2008). Depresiones resistentes. *Actas Esp Psiquiatr*, 36 (Suppl. 2), 35-43.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Anderson, T. & Dron, J. (2011). Three generations of distance education pedagogy. *International Review of Research in open and distance learning*, 12 (3), 80-97
- Andrén, S. & Elmstahl, S. (2008). The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *J Clin Nurs*, 17 (6), 790-9
- Arcand, M., Monette, J., Monette, M. & Sourial, N. (2009). Educating nursing home staff about the progression of dementia and the comfort care option: impact on family satisfaction with end-of-life care. *J Am Med Dir Assoc*, 10 (1), 50-55
- Argyris, C. & Schön, S. (1978). *Organizational Learning: a theory in action perspective*. New York: Addison-Wesley
- Argyris, C. (2008). *Teaching smart people how to learn*. London: McGraw-Hill
- Arranz, F. J. & Doménech, J. R. (2008). Viejos y nuevos antiepilépticos en psiquiatría. *Actas Esp Psiquiatr* (36 (suppl. 3)), 63-74.
- Asensio, A. & Benitez, M. A. (2011). la formación de los familiares como cuidadores no disminuye la frecuencia de trastornos conductuales de los pacientes con demencia. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(3), 178.

- Ayers, C. R., Thorp, S. R. & Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychol Aging*, 22, 8-17.
- Ayuso, M., del Pozo, R. & Escribano, F. (2010). Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Rev Esp Salud Pública* (6), 789-798.
- Azermai, M., Petrovic, M., Elseviers, M.M., Bourgeois, J., Van Bortel, L.M. & Vander, R.H. (2012). Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Res Rev*. 11 (1), 78-86.
- Backhouse, T., Killett, A., Penhale, B., Burns, D. & Gray, R. (2014). Behavioural and psychological symptoms of dementia and their management in care homes with in the East of England: a postal survey. *Ageing Ment Health*, 18 (2), 187-93
- Bagozzi, P. & Yi, Y. (1989). On the used of structural equation models in experimental desings. *Journal of Marketing Research*, XXVI, 271-84
- Barberán, M., Pascual, M. A., Guadalupe, M. & Pedrós, A. (2014). Discinesia tardía. Una revisión clínica y terapéutica. *Psiquiatría biológica*, 21(1), 9-13.
- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L. & Figueiroa, D. (2015). Person-centredness in direct care workers caring for residents with dementia: Effects of a psycho-educational intervention. *Dementia*, 12. doi: 1471301215585667
- Batchelor-Murphy, M., Amella, E.J., Zapka, J., Mueller, M. & Beck, C. (2015). Feasibility of a web-based dementia feeding skills training program for nursing home staff. *Geriatr Nurs*, 36 (3), 212-8
- Battista, E. (2013). *Lo esencial en farmacología*. 4º ed. México: Elsevier
- Beck, C.K., Vogelpohl, T.S., Rasin, J.H., Uriri, J.T., O'Sullivan, P., Walls, R., Phillips, R. & Baldwin, B. (2002). Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. *Nurs Res*, 51 (4), 219-28
- Beinart, N., Weinman, J. W. & Brady, R. (2012). Caregiver burden and Psychoeducational Interventions in Alzheimer's Disease: A Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 2, 638-648.

- Belzil, G. & Vézina, J. (2015). Impact of caregivers' behaviors on resistiveness to care and collaboration in persons with dementia in the context of hygienic care: an interactional perspective. *International Psychogeriatrics*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1017/S104161021500099X>
- Bendicho, J. (2012). Una reflexión sobre las terapias no farmacológicas y su aplicación desde la experiencia: 20 años del “programa de atención a afectados de Alzheimer” de la asociación COTLAS. *Información psicológica*. (104), 84-99.
- Bennet, W. (2008). *Desarrollo organizacional: su naturaleza, orígenes y perspectivas*. México: Fondo Educativo Interamericano
- Berbel, A., Ortiz, A. & Aguado, R. (2011). Protocolo terapéutico de la demencia. *Medicine*, 10 (76), 5178-82.
- Berger, M. (2012). *Bases farmacológicas de la conducta* (I). Principios y conceptos generales. Síntesis: Madrid.
- Bermejo, P. E., Zea, M. A., Alba, L. A. & Ruiz, C. (2013). Efectos locales del tratamiento transdérmico con Rotigotina. *Rev Neurol*, 56 (7), 359-362.
- Berridge, C. W. & Devilbiss, D. M. (2012). Psicoestimulantes y potenciadores cognitivos: corteza prefrontal, catecolaminas y trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Psiqu Biol*, 19 (3), 84-94.
- Beuscher, L. & Grando, V.T. (2009). Using spirituality to cope with early stage Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*, 31, 583-598. doi: 10.1177/0193945909332776.
- Bianchi, R., Sam, I. & Laurent, E. (2015). Burnout: absence of binding diagnostic criteria hampers prevalence estimates. *Nursing Studies*, 52 (3), 789-790
- Birchistle, N. (2008). Family SMEs in Ireland a learning organizations. The learning organisation: *an International Journal*, 15 (5), 421-436
- Blackhall, A., Hawkes, D., Hingley, D. & Wood, S. (2011). “VERA framework: communicating with people who have dementia. *Nursing Standard*, 26 (10), 35-39

- Board, M., Heaslip, V., Fuggle, K., Gallagher, J. & Wilson, J. (2012). How education can improve care for residents with dementia. *Nurs Older People*, 24 (5), 29-31
- Bogaer, P., Timmermans, O., Mace, S., Heusden, D. & Wouters, K. (2014). Nursing unit teams matter: impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events. A cross-sectional survey. *International Journal of nursing Studies*, 51 (8), 1123-1134
- Bolivar, A. (2000). *Los centros educativos como organizaciones que aprenden, promesa y realidades*. Madrid: La Muralla.
- Bonafonte, J. L., Carnicer, M. A., Quílez, R. M., Castro, M. E., Arbíol, R. M. & Roda, S. (2013). Actuar frente al delirium salva vidas. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*, 38 (1), 60-62.
- Booker, D.J., Latham, I., Evans, S.C., Jacobson, N. & Perry, W. (2015). FITS into practice: translating research into practice in reducing the use of anti-psychotic medication for people with dementia living in care homes. *Aging Ment Health*, 13 (1), 10.
- Borsje, P., Wetzels, R.B., Lucassen, P.L., Pot, A. M. & Koopmans, R.T. (2015). The course of neuropsychiatric symptoms in community-dwelling patients with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27 (3), 385-405
- Bowman, C. E. (2012). Education, guidance, and equality are needed to address problem of antipsychotic prescribing in nursing homes. *BMJ*, 344. doi: 10.1136/bmj.e2421
- Boyle, P. A., Wilson, R. S. & Aggarwal, N. T. (2006). Mild cognitive impairment: Risk of Alzheimer disease and rate of cognitive decline. *Neurology*, 67, 441-445.
- Brody & Donkin (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11, 217-228.
- Broughton, M., Smith, E.R., Baker, R., Angwin, A.J., Pachana, N.A. & Copland, D.A. (2011). Evaluation of caregiver education program to support memory and communication in dementia: a controlled pretest-posttest study with nursing home staff. *Int J Nurs Stud*, 48 (11), 1436-44

- Brown, S. & Pickford, R. (2013). *Evaluación de habilidades y competencias en educación superior*. Madrid: Narcea.
- Browne, M.W. (1984). Asymptotic distribution free methods in the analysis of covariance structures. *British Journal of mathematical and Statistical Psychology*, 37, 127-141
- Brownie, S. & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging*, 8 (1). doi: 10.2147/CIA.S38589.Epub2013Jan3
- Brunton, L.L. (2011). *Las bases farmacológicas de la terapeutica*. 12º ed. Madrid: McGraw Hill
- Burke, L.A., & Hutchins H.M. (2008). A study of best practices in training transfer and proposed model of transfer. *HumanResource Development Quaterly*, 19 (2), 107-125
- Buron, B. (2010). Life history collages: effects on nursing home staff caring for residents with dementia, *J Gerontol Nurs*, 36 (12), 38-48
- Byusse, D. J. (2008). Insomnio crónico. *Am J Psychiatry (Ed Esp)*, 11 (8), 457-460
- Cabrera (2003). *Evaluación de la formación*. Barcelona: Síntesis Educación
- Cabrera, E., Sutcliffe, C., Verbeek, H., Saks, K., Soto-Martin, M., Meyer, G., Leino-Kilpi, H., Karlsson, S. & Zabalegui, A. (2015). Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *European Geriatric Medicine*, 6 (2), 134-150
- Calvo-Perxas, L., de Eugenio, R.M., Marquez, F., Martínez, R., Serena, J., Turbau, J., Vilalta, J., Viñas, M., Turró-Garriga, O., Roig, A.M., López, S. & Garre, J. (2012). Profile and variables related to antipsychotic consumption according to dementia subtypes. *International Psychogeriatrics*, 24 (6), 940-947
- Cameron, K.S., Quinn, R.E., Degraff, J. & Thakor, A.V. (2014). *Competing Values Leadership: Second Edition*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing limited
- Cano, E. (2015). Evaluación de la formación. Algunas lecciones aprendidas de algunos retos de futuro. *Educar*, 51 (1), 109-125.

- Cañadas-de la Fuente, G., San Luis, C., Lozano, L.M., Vargas, C., García, I. & de la Fuente, E. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Rev Latinoam Psicol*, 46 (1), 44-52
- Capone, G. (2011). Farmacoterapia para niños con síndrome de Down. *Revista síndrome de Down*, (28), 153-172.
- Carballo, V., Arroyo, M. R., Portero, M. & Ruiz, J. M. (2013). Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*, 28 (3), 160-168.
- Carlson, E., Rämngard, M., Bolmsjo, I. & Bengtsson, M. (2013). Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: a focus group study. *Nursing Studies*, 51 (5), 761-767
- Casanueva, N. & Fajardo, M. I. (2014). Estereotipos presentes en cuidadores y trabajadores de residencias de mayores extremeñas sobre las personas de la tercera edad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 131-142.
- Casas, A., & Izquierdo, M. (2012). Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. *An Sist Sanit Navar*, 35(1), 69-82.
- Castle, N. G. & Fogel, B. (1998). Characteristics of nursing Homes that are Restraint Free. *The Gerontologist*, 38(2), 181-188.
- Castro, R., Dalpai, D. & Camzzato, A. (2013). Staff training to reduce bahavioral and psychiatric symptoms of dementia in nursing home residents: a systematic review of intervention reproducibility. *Dementia Neuropsychologia*, 7 (3), 292-297
- Ceramidas, D.M. (2012). Faith-based cognitive behavioral therapy: easing depression in the elderly with cognitive decline. *J Christ Nurs*, 29 (1), 42-8
- Cerejeira, J., Lagarto, L. & Mukaetova-Ladinska, E.B. (2012). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Front Neurol*, 3 (73). doi: 10.3389/fneur.2012.00073

- Cerquera, A. M. & Galvis, M. J. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico*, 12(1), 149-167.
- Chang, S & Lee, M (2007). A study on relationship among leadership, organizational culture, the operation of learning organization and employee's job satisfaction. *The Learning Organization*, 14 (2), 155-185
- Chapman, A. (2012). Patients with dementia require holistic communication. *Nursing Standard*, 26 (25), 30
- Chare, L., Hodges, J.R., Leyton, C.E., McGinley, C. & Tan, R. (2014). New criteria for frontotemporal dementia syndromes: clinical and pathological diagnostic implications. *J Neurol Neurology Psychiatrics & Psychiatry*, 85, 865-870. doi: 10.1136/jnnp-2013-306948
- Chiu, M., Pauley, T., Wesson, V., Pushpakuma, D. & Sadavoy, J. (2015). Evaluation of a problem-solving (PS) techniques-based intervention for informal carers of patients with dementia receiving in home care. *International Psychogeriatrics*, 27 (6), 937-948
- Choi, J., Flynn, L. & Aiken, L.H. (2011). Nursing practice environment and registered nurses' job satisfaction in nursing homes. *The Gerontologist*, 52 (4), 484-492
- Chukwudi, I. (2014). Influence of perceived organizational support and self-efficacy on burnout. *Research in Humanities and Social Sciences*, 4 (24), 45-50.
- Clark, Ch. & Ewbank, D. (1996). Performance of the Dementia Severity Rating Scale: a caregiver questionnaire for rating severity in Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 10 (1), 31-39
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Márquez, M. & Haro, J.M. (2007). Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr*, 35 (Supl. 2), 29-36

- Cohen, L., Zimmerman, S., Reed, D., Sloane, P. & Beeber, A. (2013). Dementia in relation to family caregiver involvement and burden in long-term care. *Journal of applied Gerontology*, 33 (5), 522-540
- Cohen-Mansfield, J. & Parpura-Gill, A. (2008). Practice style in the nursing home: dimensions for assessment and quality improvement. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23 (4), 376-86
- Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Jensen, B., Marx, M.S. & Thein, K. (2012). An analysis of the relationships among engagement, agitated behavior, and affect in nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24 (5), pp.742-752.
- Cohen-Mansfield, J., Jensen, B., Resnick, B. & Norris, M. (2012). Assessment and treatment of behavior problems in dementia in nursing home residents: a comparison of the approaches of physicians, psychologists, and nurse practitioners. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27 (2), 135-45
- Cónsul, M. & Medina, J. L. (2014). Fortalezas y debilidades del Aprendizaje Basado en Problemas desde la perspectiva profesional de las enfermeras tituladas. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 22 (5), 724-30.
- Contreras, F., Juárez, F. & Murrain, E. (2008). Influencia del burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento psicológico*, 4(11), 29-44.
- Coogler, C. (2007). Job satisfaction and career commitment among nursing assistants providing Alzheimer's care. *Am J Alzheimer Dis Other Dementias*, 22 (4), 251-260
- Cooke, M., Moyle, W., Venturato, L., Walters, C. & Kinnane, J. (2014). Evaluation of an education intervention to implement a capability model of dementia care. *Dementia*, 13 (5), 613-25
- Corazzini, K., Twersky, J., White, H., Buhr, G.T. & McConnell, E.S. (2014). Implementing culture change in nursing homes: an adaptive leadership framework. *Public Policy & Aging Report*, 55 (4), 616-627

- Coronado, V., López, F.J. & Fernández, J.A. (2010). Efectividad del tratamiento no farmacológico para el insomnio de pacientes polimedicados. *Semergen*, 36 (5), 253-258
- Crede, M. & Kuncel, N.R. (2008). Study habits, skills, and attitudes: the third pillar supporting collegiate academic performance. *Perspectives on Psychological Science*, 3 (6), 425-453
- Crespo, M., Hornillos, C. & Bernaldo de Quirós, M. (2013). Factors associated with quality of life dementia patients in long-term care. *International Psychogeriatrics*, 25 (4), 577-585
- Crespo, M., Hornillos, C. & Gómez, M.M. (2013). Dementia special care units: a comparison with standard units regarding resident's profile and care features. *International Psychogeriatrics*, 25 (12), 2023-2031
- Curran, P.J., West, S.G. & Finch, J.F. (1996). The robustness of statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29
- Daly, JM, Bay, C.P., Levy, B.T. & Carnahan, R.M. (2015). Caring for people with dementia and challenging behaviors in nursing homes: a needs assessment. *Geriatr Nursing*, 36 (3), 182-91
- Damron, J. (2008). Developing competence for nurses and social workers. *Am J Nurs*, 108 (9 suppl), 40-46
- de Lange, E., Verhaak, P.F. & van der Meer, K. (2013). Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people in the population, at home and in long term care: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 28 (2), 127-34
- De la Fuente, Y.M., González, L. & Guzman, M. (2011). El desarrollo del sistema de atención a la dependencia y las personas cuidadoras en España: necesidades de atención y nuevas vías de apoyo, *Portularia*, 11 (1), 75-85
- De Vries, K. (2013). Communicating with older people with dementia. *Nursing Older People*, 25 (4), 30-38

- Deasey, D., Kable, A. & Jeong, S. (2014). Influence of nurses' Knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: a literature review. *Australasian Journal on Ageing*, 33 (4), 229-236
- Deb, S., Kwok, H., Bertelli, M., Salvador, L., Bradley, E. & Torr, J.(2009). Guía internacional para la prescripción de psicofármacos en el tratamiento de problemas de conducta de adultos con discapacidad intelectual. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 7(3), 181-186
- Delgado, E., Muñoz, M., Montero, B., Sánchez, C., Gallagher, P. F. & Cruz-Jentoft, A. J. (2009). Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Ortiz, A., González, R., & Rodriguez, F. (2006). La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticarle. *Aten Primaria* (38), 563-569.
- Delgado, E., Suárez, O., de Dios, R., Valdespino, I., Sousa, Y. & Braña, G. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *SEMERGEN Medicina de Familia*, 40(2), 57-64.
- demencias., G. d. (2010). *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* (Vol. 2009/07). Agència d'Informació, avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya. Guías de práctica clínica en el SMS: AIAQS.
- Departamento de Sanidad y consumo del Gobierno Vasco. (2012). *Guía farmacoterapéutica para los pacientes geriátricos*. Vitoria: Gráficas Vicuña, S.I.
- Desai, A.K. & McFadden, S.H. (2013). Reducing antipsychotic use in long term care residents: addressing psychological and spiritual needs of residents with dementia is crucial. *J Am Med Dir Assoc*, 14 (3): 224-5
- Dettmore, D., Kolanowski, A. & Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing*, 30 (1), 8-17

- Deudon, A., Maubourguet, N., Gervais, X. & Leone, E. (2009). Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *Int Geriatr Psych*, 24, 1386-95
- Devanand, D. P., Mintzer, J., Schultz, S. K., Andrews, H. F., Sultzer, D. L. & de la Pena (2013). Relapse risk after discontinuation of risperidone in Alzheimer's disease. *N Engl J Med*, 367(16), 1497-507.
- Diagotto, M.E. (2014). *Psicofarmacología práctica en interdisciplina*. Buenos Aires: Editorial Salermo
- Dichter, M.N., Schwab, Ch.G.G., Meyer, G. & Bartholomeyczik, S. (2014). Measuring the quality of live in mild to very severe dementia: testing the inter-rater and intra-rater reliability of the German version of the QUALIDEM. *International Psychogeriatrics*, 26 (5), 825-836
- Diputación Foral de Bizkaia, D. F. (2009). *Estadísticas sobre los servicios sociales residenciales y centros de día para personas mayores de Bizkaia 2009*. Servicio de Inspección y Control.
- Diputación foral de Bizkaia, D. F. (2011). *Estadísticas sobre los servicios sociales residenciales y centros de día para personas mayores de Bizkaia 2011*. Servicio de Inspección y Control.
- Diputación Foral de Bizkaia, D. F. (2013). *Estudio sobre los servicios sociales residenciales y centros de día para personas mayores de Vizcaya 2013*. Servicio de Inspección y Control.
- Dolan, S.L., Cabrera, R.V., Jackson, S.E. & Schuler, R.S., (2007). *La gestión de los recursos humanos. Como atraer, retener y desarrollar con éxito el capital humano en tiempos de transformación*, (3º ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Doménech, F. (2012). *Psicología educativa: su aplicación al contexto de la clase. Manual para la docencia y la investigación*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Domenech, J., Martínez, J. & Peraire, C. (2013). *Tratado general de biofarmacia y farmacocinética*. Madrid: Síntesis

- Domínguez, J. M., Herrera, F., Villaverde, M. C., Padilla, I., Martínez, M. L. & Domínguez, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención Primaria*, 44(1), 30-35.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. & Cruz-Sáez, M. (2014). aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32 (1), pp. 65-74.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O. & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26 (7), 1171-1179
- Edvardsson, D., Sandman, P.O., Nay, R. & Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *Int Psychogeriatr*, 20 (4), 764-76
- Emre, M. (2009). Classification and diagnosis of dementia: a mechanism-based approach. *European Journal of Neurology*, 16, 168-173
- Enmarker, I, Olsen, R. & Hellzen, O. (2011). Management of person with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *Int J Older People Nurs*, 6 (2), 153-62
- Erder, M.H., Wilcox, T.K., Chen, W.H., O'Quinn, S., Setyawan, J. & Saxton, J. (2012). A new measure of caregiver burden in Alzheimer's disease: The caregiver-perceived burden questionnaire. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementians*, 27, 474-482. doi: 10.1177/1533317512456449.
- Ericson-Lidman, E. (2013). Care providers learning to deal with troubled conscience through participatory action research. *Action Research*, 11 (4), pp. 386-402
- Esquinas, J. L. & Agüera, L. F. (2012). Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología médica concomitante. *Psicogeriatría*, 4(1), 1-19.
- Etxeberria, I., García, A., Iglesias, A., Urdaneta, E., González, I. L. & Díaz, P. (2011). Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46 (4), 206-212.

- Fernández Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández, A. (2011). *Psicofarmacología, terapias psicológicas y tratamientos combinados (II). Eficacia comparada en los trastornos mentales*. Barcelona: editorial UOC.
- Ferrández, E. (2006). *La evaluación de impacto en la formación de formadores*. Dpto. Pedagogía Aplicada UAB, informe de investigación
- Ferreres, V., Pena-Garijo, J., Ballester, M., Edo, S., Sanjurjo, I. & Ysern, L. (2012). ¿Psicoterapia, fármacoterapia o tratamiento combinado? Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 32(114), 271-286.
- Fleming, R. & Purandare, N. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *Int Psychogeriatrics*, 22, pp. 1084-96.
- Flores, N., Jenaro, C., Moro, L. & Tomsa, R. (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 4(2), 79-88.
- Foebel, A.D., Liperoti, R., Onder, G., Finne-soveri, F., Henrard, J.C., Lukas, A., Denfänger, M.D., Gambassi, G. & Bernabei, R. (2014). Use of antipsychotic drugs among residents with dementia in European long-term care facilities: results from the SHELTER study. *J Am Med Dir Assoc*, 15 (12), 911-7
- Forsetlund, L., Eike, M.C., Gjerberg, E., & Vist, G.E. (2011). Effects of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC Geriatr*, 11 (1). doi: 10.1186/14
- Fort, I., Formiga, F., Robles, M. J., Regalado, P., Rodríguez, P. & Barranco, E. (2010). Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. *Med Clin (Barc)*, 134 (3), 101-106.
- Franco M. D. & Antequera, R. (2009). Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría* (1), 37-47.

- Franco, C., Sola, M.M. & Justo, E. (2010). Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45 (5): 252-258.
- Franklin, B.M. & Jonhson, C.C. (2007). El conflicto sobre la educación adaptada a la vida. Profesorado. *Revista de curriculum y formación del profesorado*, 11 (3), 1-12
- Franzmann, J., Krause, K., Haberstroh, J. & Pantel, J. (2014). Assessment of self perceived social competencies of caregivers in demential care. *GeroPsych*, 27 (2), 67-73
- Fritsch, T., Kwak, J., Grant, S., Lang, J., Montgomery, R.R. & Basting, A.D. (2009). Impact of timeslips, a creative expression intervention group program, on nursing home residents with dementia and their caregivers. *The Gerontologist*, 49 (1), 117-127
- Gairín, J. (2010). La evaluación del impacto en programas de formación. *Revista Iberoamerica sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 8 (5), 20-43
- Galliani, L. (2008). Tecnología, aprendizaje, intercultura. Paradigmas pedagógicos de la transición. Profesorado. *Revista de curriculum y formación del prfesorado*, 12 (3), 1-33
- García, A., Moro, M. N. & Medina, M. (2010). Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Rev Calid Asist*, 25(4), 207-214.
- García, L. & Santos, C. (2013). Dispensación de benzodiazepinas y análogos en farmacias comunitarias de Valladolid. *Pharm Care Esp*, 15 (6), 255-263.
- García, M.A. (2012). Discriminación diagnóstica y terapéutica en los muy ancianos en la práctica clínica diaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 47, 3-4
- Garrosa, E. & Carmona, I. (2011). Salud laboral y bienestar. Incorporacion de modelos ppositivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 57 (supl.1), 224-238. doi: 10.4321/SO465546X2011000500014

- Gaugler, J.E. (2015). Describing and evaluation novel programs end therapies for older persons. *Journal of Applied Gerontology*, 34 (5), 547-551
- Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. & Díaz, A. (2009). Old-Age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal Education and Psychology*, 2(3), 263-273.
- Gellang, W.F., Aspinall, S.L., Handler, S.M., Stone, R.A., Castle, N., Semla, T.P., Good, C.B., Fine, M.J., Dysken, M & Hanlon, J.P. (2012). Use of antipsychotic among older residents in VA nursing homes. *Med Care*, 50 (11), 954-60
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon
- Gil-Monte, P., García-Jueas, J. A. & Caro, M. (2008). influencia de la sobrecarga laboral y la auto eficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 113-118.
- Gitlin, L., Kales, H.C. & Lyketsos, C.G. (2012). Nonpharmacologic management of behavioral Symptoms in dementia. *JAMA*, 308 (19), 2020-2029
- Gitlin, L., Winter, L., Vause, T., Herge, E. & Chernett, N. (2009). The Tailored Activity Program to reduce behavioral symptoms in individuals with dementia: feasibility, acceptability, and replication potencial. *The Gerontologist*, 49 (3), 428-439
- Gitlin, L.N., Marx, K.A., Stanley, I.H., Hansen, B.R. & Van Haitsma, K.S. (2014). Assessing neuropsychiatric symptoms in people with dementia: a systematic review of measures, *International Psychogeriatrics*, 26 (1), 1805-1848
- Given B., Sherwood, P.R. & Given, C.W. (2008). What knowledge and skill do caregivers need?. *Am J Nurs*, 108 (9 suppl): 28-34
- Goleman, D. (1999). *La inteligencia emocional en la empresa*. 3º edición. Argentina: Editorial Vergara
- Gómez, M. M. (2007). Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Investigación y Educación en enfermería*, XXV (2), 60-71.

- Gómez-Pavón, J., González, P., Francés, I., Vidán, M., Gutiérrez, J. & Jiménez, G. (2010). Recomendaciones en la prevención de reacciones adversas a medicamentos en personas mayores con demencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45 (2), 89-96.
- González, M. J. (2010). Utilidad de los fármacos en la demencia. *FMC*, 17 (5), 326-35.
- Grabowski, D., Elliot, A., Leitzell, B. & Cohen, L.W. (2014). Who are the innovators?. Nursing homes implementing culture change, *The gerontologist*, 54 (Suppl 1), S65-S75.
- Grabowski, D.C. & Mitchell, S.L. (2009). Family oversight and the quality of nursing home care for residents with advanced dementia. *Med Care*, 47 (5), 568-74
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública*, 83, 215-230
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fòrum de Salut Mental. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Guillemaud, C., Faucounau, V., Greffard, S. & Verny, M. (2013). Tratamiento de la demencia. *EMC. Tratado de Medicina*, 17 (4), 1-8.
- Gurpegui, M. (2009). Ansiolíticos e hipnóticos. En T. Palomo & M. A. Jiménez-Arriero, *Manual de psiquiatría*. Madrid: Grupo ENE publicidad, S.A.
- Gustafson, L. (1992). Clinical Classification of dementia conditions. *Acta Neurol. Scand*, 139, 16-20.
- Gutierrez, J., Jimenez, F., Alonso, A. & Saenz de Santamaría, L. (2009). Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44 (1), 31-33.

- Gutiérrez, J., Rodríguez, M., Ortiz, E., González, A., Pérez, P. & Jiménez, F. L. (2013). Delirium en centros residenciales para personas mayores. Estudio de la prevalencia y los factores asociados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48 (4), 177-9.
- Gutierrez, M. I., Sánchez, M., Trujillo, A. & Sánchez, L. (2012). terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 32 (114), 225-245.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., Krause, K., Franzmann, J. & Pantel, J. (2011). "TANDEM: communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 15 (3), 405-413
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., Schmitz, B. & Pantel, J. (2009). Development and evaluation of a training program for nursing home professionals to improve communication in demencia care. *Z Gerontol Geriatr*, 42 (2), 108-16
- Halek, M., Ditcher, M.N., Quasdorf, T., Riesner, C. & Bartholomeyczik, S. (2013). The effects of dementia care mapping on nursing home residents' quality of life and staff attitudes: desing of the quasi-experimental study leben-QD II. *BMC Geriatr*, 13 (53).doi: 10.1186/1471-2318-13-53
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (2007). Stress, appraisal doping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging*, 2, 323-330.
- Hamodi, C., López, V. M. & López, A. T. (2015). Medios, técnicas e instrumentos de evaluación formativa y compartida del aprendizaje en educación superior. *Perfiles Educativos*, XXXVII(147), 146-161.
- Hansung, K. & Juye, J. (2009). Factor Structure and Longitudinal Invariance of the Maslach Burnout Inventory. *Research on Social Work Practice*, 19 (3), 325-339
- Harmell, A.L., Chattillion, E.A., Roepke, S.K. & Mausbach, B.T. (2011). A review of the psychobiology of dementia caregiving: a focus on resilience factors. *Curr Psychiatric Rep*, 13 (3), 219-24

- Hasson, H. & Arnetz, J.E. (2007). Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of clinical Nursing*, 17 (4), 468-481
- Haut, A., Köpke, S., Gerlach, A., Mühlhauser, I., Haastert, B. & Meyer, G. (2009). Evaluation of an evidence based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, 9 (42). doi:10.1186/1471-2318-9-42
- Hedberg, B (1981). How organizations learn and unlearn. In Nystrom, P. & Starbuck, W.H. (ed.), *Handbook for organizational desing* (vol, 1).London: Cambridge University Press
- Heimann, C. (2015). Antipsicóticos en esquizofrenia. Revisión de guías internacionales actuales. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 35 (125), 79-91.
- Heinz, L., Klaus & M., Hein, L. (2010). *Farmacología. Texto y atlas*. 6° ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana
- Hereu, P. & Vallano, A. (2011). Uso de antipsicóticos en pacientes con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 46 (1): 50-53
- Hernández, J. L. & Gutiérrez, M. A. (2011). *Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Gran Canaria: Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.
- Hernández, M. (2013). La importancia de las estrategias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer en fase inicial. *Alzheimer. Real Invest Demenc*, 55, 3-4.
- Herrmann, N., Lanctôt, K.L. & Hogan, DB. (2013). Pharmacological recommendations for the symptomatic treatment of dementia: the Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia 2012. *Alzheimers Res Ther*, 8 (5) (Suppl 1). doi: 10.1186/alzrt201.Epub
- Herzberg, F. (1974). Motivation-hygiene profiles. *Organizational dynamics*, 3 (2), 18-29
- Höglinger, G.U., Melhem, N.M., Dickson, D.W., Sleiman, P.M.A., Wang, L. & Klei, L. (2011). Identification of common variants influencing risk of the tauopathy progressive Supranuclear palsy. *Nature Genetics*, 43, 699-705

- Hong, R.Y., Panonen, S.V. & Slade, H.P. (2008). Big five personality factors and the prediction of behavior: a multitrait.multimethod approach. *Personality and Individual Differences*, 45, 160-166
- Hu, Q. & Schaufeli, W. B. (2009). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-Student survey in China. *Psychological Reports*, 105 (2), 394-408
- Hubbard, C., Halcomb, K., Foley, B. & Roberts, B. (2010). Mentoring: a nurse educator survey. *Teaching and Learning in Nursing*, 5 (4), 139-142
- Huber, M., Kölzsch, M., Rapp, M.a., Wulff, I., Kalinowski, S., Bolbrinker, J., Hofmann, W., Scholze, J., Dräger, D. & Kreutz, R. (2012). Antipsychotic drugs predominate in pharmacotherapy of nursing home residents with dementia, *Pharmacopsychiatry*, 45 (5), 182-8
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Ine Base*. Recuperado el 15 de abril de 2015, de INE: <http://www.ine.es>
- Isaksson, U., Aström, S., Sandman, P.O. & Karlsson, S. (2009). Factors associated with the prevalence of violent behaviour among residents living in nursing homes. *J Clin Nurs*, 18 (7), 972-80
- Jackson, M.A., Fauth, E.B. & Geiser, Ch. (2014). Comparing the neuropsychiatric inventory and the revised memory and behavior problems checklist for associations with caregiver burden and depressive symptoms. *International Psychogeriatrics*, 26 (6), 1021-1031
- Jansen, S. J. (2013). Why is housing always satisfactory? A study into the impact of preference and experience on housing appreciation. *Social Indicators Research*, 113 (3), 785-805.
- Johnson, D.K., Niedens, M., Wilson, J.R., Swartzendruber, L., Yeager, A. & Jones, K. (2013). Treatment outcomes of a crisis intervention program for dementia with severe psychiatric complications: the Kansas bridge project. *Gerontologist*, 53 (1), 102-12.
- Jootun, D. & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*, 25 (25), 40-46

- Kada, S., Nygaard, H.A., Mukesh, b.N. & Geitung, J.T. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *J Clin Nurs*, 18 (16), 2383-92
- Kaldy, J. (2013). Alternative therapies for a new era of health care. *Consult Pharm*, 28 (2), 84-90. doi: 10.4140/TCP.n.2013.84
- Kales, H.C., Gitlin, L.N. & Lyketsos, C.G. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J am Geriatr Soc*, 62 (4), 762-9.
- Kallett, U. (2007). Seizing possibilities for positive family caregiving in nursing homes. *J Clin Nurs*, 16 (8), 1479-87
- Kample, P., Sherer, J., Chen, H. & Aparasu, R. (2010). Off-label use of second-generation antipsychotic agents among elderly nursing home residents. *Psychiatr Serv*, 61 (2), 130-6
- Kemberd, D. (2009). An integrated approach to developing and promoting student-centred forms of learning across an entire university. *Higher Education*, 58, 1-13
- Khan, F. & Curtice, M. (2011). Non-pharmacological management of behavioural symptoms of dementia. *Br J Community Nurs*, 16 (9), 441-9
- Kleijer, B.C., Marum, R. J., Frijters, D.H.M., Jansen, P.A.F., Ribbe, M.W., Egberts, A.C.G. & Heerdink, E.R. (2014). Variability between nursing homes in prevalence of antipsychotic use in patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 26 (3), pp. 363-371.
- Klnouye, S., Westendorp, M.D. & Saczynski, J. (2013). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383 (9920)
- Knowles, M.S., Holton, E. F. & Swanson, R.A. (2015). *The adult learner. The definitive classic in adult education and human resource development*. Oxon: Routledge. pp. 18-72.
- Kokkonen, T. (2014). Attachment and coping of dementia care staff: the role of staff attachment style, geriatric nursing self-efficacy, and approaches to dementia in burnout, *Dementia*, 13 (4), 544-568

- Komossa, K., Rummel-Kluge, C., Hunger, H., Schmid, F., Schwarz, S., Duggan, L., Kissling, W. & Leucht, S. (2010). Olanzapine versus other atypical antipsychotic for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 17 (3). doi: 10.1002/14651858.CD006626.pub2. Review.
- Konno, R., Kang, H.S. & Makimoto, K. (2014). A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes. *J Adv Nurs*, 70 (10). doi: 10.1111/jan.12432. Epub 2014 apr 16.
- Kop, R & Hill, A. (2008). Connectivism: learning theory of the future or vestige of the past?. *The International Review of Research in Open and Distance Learning*, 9 (3), ISSN:1492-3831
- Köpke, S., Meyer, G., Gerlach, A. & Haut, A. (2010). Using evidence-based knowledge to avoid physical restraint, en: *Rights, risks and restraint-free care of older people: person-centred approaches in health and social care*. London: Rhidian Hughes. Jessica Kingsley Publishers.
- Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R. & Meyer, G. (2012). Effect of a guideline-based multi-component intervention on use of physical restraints in nursing homes. A randomized Controlled trial. *JAMA*, 307, 2177-2184.
- Kuiper, D., Dijkstra, G.J., Tuinstra, J. & Groothoff, JW. (2009). The influence of Dementia Care Mapping (DCM) on behavioural problems of persons with dementia and the job satisfaction of caregivers: a pilot study. *Tijdschr Gerontol Geriatr*, 40 (3), 102-12
- Kulisevsky, J., Luquin, M. R., Arbelo, J. M., Burguera, J. A., Carrillo, F. & Castro, A. (2013). Enfermedad de Parkinson avanzada. Características clínicas y tratamiento. Parte II. *Rev Neurol*, 28 (9), 558-583.
- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M.C., Behrens J. & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21 (2), 295-308

- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M.C., Behrens, J. & Riedel-Heller, S.G. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 21 (2), 295-308
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología*. Barcelona: Herder.
- Lai, C.K., Yeung, J.H., Mok, V & Chi, I. (2009). Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *Cochrane Database Sys Rev*, 4.doi: 10.1002/14651858.CD006470.pub2.
- Lan, W. (1996). The effects of self-monitoring on students' course performance, use of learning strategies, attitude, self-judgment ability, and knowledge representation. *The Journal of Experimental Education*, 64 (2), 101-115
- Lance, C.E., Butts, M.M. & Michels, L.C. (2006). The sources of four commonly reported cutoff criteria: what did they really say?. *Organizational Research Methods*, 9 (2), 202-20
- Larrañaga, I., Valderrama, M., Martín, U., Begiristain, J., Bacigalupe, A. & Arregui, B. (2009). Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y estrategias. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 27 (1), 50-55
- Lau, W.Y., Shyu, Y.L., Lin, L.C. & Yang, P.S. (2008). Institutionalized elders with dementia: collaboration between family caregivers and nursing home staff in Taiwan. *J Clin Nurs*, 17 (4), 482-90
- Lave, J. & Wender, E. (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: University Press.
- Lawrence, V., Fossey, J., Ballard, C., Ferreira, N. & Murray, J. (2015). Helping staff to implement psychosocial interventions in care homes: augmenting existing practices and meeting needs for support. *Int J Geriatr Psychiatry*, doi: 10.1002/gps.4322
- Lee, M., Choi, J., Lim, J, Young & Kim, Y. (2013). Relationship between staff-reported culture change and occupancy rate and organizational commitment among nursing homes in south Korea. *The Gerontologist*, 53 (2), 235-245

- Leithwood, K.A. & Louis, K.S. (1998). *Organizational learning in schools*. Swet & Zeitlinger Publishers
- Lemay, C.A., Mazor, K.M., Field, T.S., Donovan, J., Kanaan, A., Briesacher, B.A., Foy, S., Harrold, L.R., Gurwitz, J.H. & Tjia, J. (2013). Knowledge of and perceived need for evidence-based education about antipsychotic medications among nursing home leadership and staff. *J Am Med Dir Assoc*, 14 (12), 895-900
- Leontjevas, R., Teerenstra, S., Smalbrugge, M., Vernooij-Dassen, M.J., Bohlmeijer, E.T., Gerritsen, D.L. & Koopmans, R.T. (2013). More insight into the concept of apathy: a multidisciplinary depression management program has different effects on depressive symptoms and apathy in nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 25 (12), 1941-1952
- Lepore, M., Shield, R., Looze, J. & Tyler, D. (2013). Medicare and Medicaid reimbursement rates for nursing homes motivate select cultural change practices but not comprehensive culture change. *Journal of Aging & Social Policy*, 27 (3), 215-231
- Lertxundi, U., Domingo-Echaburu, S., Irigoyen, I., Isla, A., Solinís, M. A. & García-Moncó, J. C. (2014). Desafíos en el manejo farmacoterapéutico del paciente ingresado con enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol*, 58 (8), 353-364.
- Leturia, F. J. & Etxaniz, N. (2008). *los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato*. Vitoria: Gráficas Santamaría, S.A.
- Lewis, L. (2008). Family Caregiving. Discussion and recommendations. *Am J Nurs*, 108 (9 suppl), 83-7
- Li, J. & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative of interventional research. *Int J Nurs Stud*, 51 (10), 1395-415
- Liddle, J., Smith-conway, E.R., Baker, R., Angwin, A.J., Gallois, C., Copland, D.A., Pachana, N.A., Humphreys, M.S., Byrne, G.J. & Chenery, H.J. (2012). Memory and communication support strategies in dementia: effects of a training program for informal caregivers. *Int Psychogeriatr*, 24 (12), 1927-42

- Liu, X.X. & Hu, J. (2015). The effects of a intervention on physical activity among nursing home residents in Wuhan, China. *J Gerontol Nurs*, 41 (3), 30-9
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Omar, R.Z., Katona, C. & Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 205, 436-442.
- Livinstong, G., Kelly, L., Lewwis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S. & Patel, N. (2014). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. *Health Technol Assess*, 18 (39), 1-226
- Llobet, P., Canut, Ll, Mateu, S. & Rodriguez, N. (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería global*, (19), Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412010000200008>.
- Locca, J.F., Büla, C.J., Zumbach, S. & Bugnon, O. (2008). Pharmacological treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in nursing homes: development of practice recommendations in a Swiss canton. *J Am Med Dir Assoc*, 9 (6), 439-48
- Logsdon, R. G., McCurry, S. M. & Teri, L. (2007). Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychol Aging*, 22, 28-36.
- López, A. & Gómez, A. (2011). Intervención en demencias mediante estimulación multi sensorial (snoezelen). *Fisioterapia*, 33 (2), 79-88.
- López, A., López, J. L., Jareño, P. & Moya, E. M. (2015). Influencia de los modelos de gestión en la calidad de vida profesional del personal cuidador en residencias de mayores de Albacete. *Enfermería Clínica*, 19(5), 258-266.
- López, C., White, D & Carder, P.C. (2014). Direct care worker's perceptions of job satisfaction following implementation of work-based learning. *Journal of applied Gerontology*, 33 (1), 97-120

- López, F., González, T., Jiménez, M. A., Bravo, S., Luengo, E. & Amarilla, J. (2013). ¿Y después del ictus? Reconstrucción de la biografía de pareja. *Enfermería Neurológica*, 38 (1), 35-41.
- López, M. J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*, 2(7), 332-334.
- López, P., García, A.J., Segredo, A.M., Alonso, L. & Santan, A. (2014). Procedimiento para medir la capacidad resolutoria de los equipos básicos de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40 (4), 249-262
- López, R., López, J. A., Castrodeza, F. J., Tamames, S., León, T. & Gerontología, G. d. (2009). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 1 (44), 5-11.
- López-Álvarez, J., Zea, M. A., Agüera, L., Fernández, M. A., Valentí, M. & Martínez-Martín, P. (2015). Efecto de los fármacos anticolinérgicos en el rendimiento cognitivo de las personas mayores. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8 (1), 35-43.
- Lucchinetti, C.F., Bogdan, F.G., Popescu, M.D., Bunyan, R.F. & Moll, N.M. (2011). Inflammatory cortical Demyelination in Early Multiple Sclerosis. *N Eng J Med*, 365, 2188-2197.
- Lyketsos, C. G., Rabins, P. V., Lipsey, J. R., Rabins, V. & Slauney, P.R. (2008). Overview of psychiatric symptoms and syndromes. In *Psychiatric aspects of neurologic diseases: practical approaches to patient care*. Oxford University Press, 41-64.
- MacNeil, J., Bosmans, J., van Hout, H.P.J. & de Rooij, S.E. (2013). Reviewing the definition of crisis in dementia care. *BMC Geriatr*. 13 (10). doi:10.1186/1471-2318-13-10.
- Madhusoodanan, S. & Bryan, M. (2014). Pharmacological management of behavioral symptoms associated with dementia. *World Journal of Psychiatry*, 4 (4), 72-79.
- Manepalli, J., Desai, A. & Sharma, P. (2009). Psychosocial-environmental treatments for Alzheimer's disease. *Primary Psychiatry*, 16, 39-47.

- Marguardt, G. & Schmiege, P. (2009). Dementia-friendly architecture. Enviroments that facilitate wayfinding in nursing homes. *Z Gerontol Geriatr*, 42 (5), 402-7
- Marquardt, G. (2011). Wayfinding for people with dementia: a review of the role of architectural desing. *HERD*, 4 (2), 75-90
- Marín, J. M. (2009). Dolor y síntomas no expresados: la otra demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44 (52), 9-14.
- Márquez-González, M. (2010). Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: la tercera generación de terapias conductuales. *Revista Española de Geriatria y gerontología*, 45 (5), 247-249.
- Marrau, M. C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizados del estrés laboral. *Fundamentos en Humanidades*, 1(19), 167-177.
- Martín, E., Núñez, A., Montiel, A., de la Cruz, J. P. & González, J. A. (2012). Medicamentos potencialmente inapropiados en nuestros mayores. *Actualidad en Farmacología y Terapéutica*, 10 (1), 38-42.
- Martín, M. (2011). Programas de apoyo a cuidadores. *Psicogeriatría*, 3(3), 101-150.
- Martínez, J. A., Ortiz, R., González, A., López, I., Guzmán, A. & Dragomir, E. (2014). Epidemiología del parkinsonismo en el Área de Salud de Guadalajara. *Semergen*, 40 (6), 305-312.
- Martínez, J. P., Méndez, I., Secanilla, E. & González, E. (2012). Evolución de los niveles de burnout en un estudio comparativo cuidadores profesionales tras una situación de estrés postraumático. *European Journal of Investigation in health, Psychology and Education*, 2(1), 29-39.
- Martínez, J. P., Méndez, I., Secanilla, E., Benavente, A. & García, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida residentes de centros institucionalizados. *European Journal of investigation in health, Psychology and Education*, 4(1), 41-53.
- Martínez, R., Salvador, L., Ruiz, M., Nadal, M., Novell, R. & Martorell, A. (2011). La salud en personas con discapacidad intelectual en España: estudio propio POMONA-II. *Rev Neurol*, 53 (7), 406-414.

- Martínez, T. (2010). *Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia*. Colección Gerontología Social SEGG. Madrid: Médica-Panamericana
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual*. 3rd edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press
- Maslach, CH. & Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press
- Maslach, CH. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory 2nd Edition*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, CH. & Jackson, S.E. (1997). *MBI Inventario "burnout" de Maslach*. Madrid: Tea Ediciones.
- Maslow, A. (1993). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*, (10^o ed). Barcelona: Kairós
- Massingham, P. (2009). Organizational commitment knowledge management interventions, and learning organization capacity. *The Learning Organization*, 16 (2), 122-142
- Matellanes, B., Díaz, U. & Montero, J. M. (2010). *el proceso de envejecer. Una perspectiva integradora: evaluación e intervención biopsicosocial*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Matía, A. C., Cordero, J., Mediavilla, J. J., Pereda, M. J., González, M. L. & González, A. (2012). Evolución del burnout y variables asociadas a los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 44(9), 532-539.
- McCabe, M.P., Bird, M., Davison, T.E., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D. & Seedy, M. (2014). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging Ment Health*, 19 (9), 799-807

- McCombs, B.L. (1984). Processes and skills underlying continuing intrinsic motivation to learn: toward a definition of motivational skills training interventions. *Educational Psychologist*, 19 (4), 199-218
- McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V. & Fox, M. (2011). Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *Int J Older People Nurs*, 6 (1), 13-24
- McGregor, D. (1960). *The human side of enterprise*. New York: McGraw-Hill Book Company
- McNeil, J., Bosmans, J., van Hout, H.P.J. & de Rooij, S.E. (2013). Reviewing the definition of crisis in dementia care. *BMC Geriatr*. 13 (10). doi:10.1186/1471-2318-13-10.
- Medrano, J. (2014). Boticarium. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 34(121), 175-194.
- Medrano, J., Pacheco, L. & Zardoya, M. J. (2009). Uso no autorizado de psicofármacos. El nuevo Real Decreto 1015/2009. *Norte de Salud Mental* (35), 79-88.
- Mellor, D., McCabe, M., Bird, M., Davison, T., MacPherson, S., Hallford, D. & Seedy, M. (2015). Staff compliance with protocols to improve the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Gerontol Nurs*, 41 (2), 44-52
- Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J.P. & Navarro, J. (2011). Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1 (2), 61-70
- Mendoza, F., Gómez, J.A., Vila, N., Muros, M., García, O. & De la Rubia, A. (2013). Estudio de la tiaprida en disolución para la administración en perfusión intravenosa continua. *Farm. Hosp*, 37 (1). Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.7399/FH.2013.37.1.53>
- Mendoza, G. (2014). Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Rev Soc Peru Med Interna*, 27(1), 12-18.

- Merino, O. (2013). *Guía para la prevención del estrés en la empresa*. Madrid: FREMAP.
- Mertens, L. (1996). *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo: Cinterfor
- Miller, S., Looze, J., Shield, R. & Clark, M. (2014). Culture change practice in U.S. nursing homes: prevalencia and variation by state medicaid reimbursement policies. *The Gerontologist*, 54 (3), 434-445
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar (1º ed.)*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S. & Meyer, G. (2012). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care –a Cochrane review. *J Clin Nurs*, 21, 21-22.
- Molina, C., Meléndez, J. C. & Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24 (2), 312-319.
- Möller, H.J., Riedel, M., Jäger, M., Wickelmaier, F & Maier, W. (2008). Short-term treatment with risperidone or haloperidol in first-episode schizophrenia: 8-week results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol*, 11 (7), 985-97
- Montés, J. M. (2009). *Afrontando el trastorno bipolar. Guía para pacientes y familiares*. Madrid: Enfoque Editorial S.C.
- Montt, B. (2006). *Evaluación de efectos e impacto de la formación permanente de profesores*. Barcelona:UAB
- Moreno, M.V., Quesada, C. & Pineda, P. (2010). El “grupo de trabajo” como método innovador de formación del profesorado para potenciar la transferencia del aprendizaje. *Revista Española de Pedagogía*, 246, 281-296

- Morris, J.C. (1996). Classification of dementia and Alzheimer's disease. *Acta Neurológica Scandinavica*, 94, 41-50
- Mort, J.R., Sailor, R. & Hintz, L. (2014). Partnership to decrease antipsychotic medication use in nursing homes: impact at the state level. (2014). *The Journal of the South Dakota State Medical Association*, 67 (2) 67-69
- Mosher, L. R., Gosden, R. & Beder, S. (2006). Las empresas farmacéuticas y la esquizofrenia. El capitalismo desenfrenado alcanzar la locura. En J. Read, L. R. Mosher, & R. P. Bentall, *Modelos de locura: aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas en la esquizofrenia*. Barcelona: Herder.
- Mud, F., Mud, S., Rodríguez, M. J., Ivorra, M. D. & Ferrándiz, M. L. (2014). Detección de prescripciones potencialmente inapropiadas en pacientes ancianos: estudio descriptivo de dos farmacias comunitarias. *Farmacéuticos Comunitarios*, 6 (2), 20-26.
- Mukai, Y. & Tampi, R.R. (2009). Treatment of depression in the elderly: a review of the recent literature on the efficacy of single-versus dual-action antidepressants. *Clin Ther*, 31 (5), 945-61
- Nahavandi, A., Denhardt, R.B. & Denhardt, J.V. (2014). *Organizational behavior*. United Kingdom: SAGE, Publications
- Navarro, D., Ayechu, A. & Huarte, I. (2015). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. *SEMERGEN Medicina de Familia*, 41(4), 191-198.
- Nishtala, P.S., McLachlan, A.J., Bell, J.S. & Chen, T.F. (2009). Determinants of antidepressant medication prescribing in elderly residents of aged care homes in australia: a retrospective study. *Am J Geriatr Pharmacother*, 7 (4), 210-9
- Nitrini, R. & Dozzi, S. M. (2012). *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 12 (1), pp. 75-98.
- Noguchi, D., Kawano, Y. & Yamanaka, K. (2013). Care staff training in residential homes for managing behavioural and psychological symptoms of dementia based on

differential reinforcement procedures of applied behaviour analysis: a process research. *Psychogeriatrics*, 13 (2), 108-117

Nonaka, I., Takeuchi, H. & Kocka (1999). *La organización creadora de conocimiento: cómo las compañías japonesas crean la dinámica de la innovación*. México: Oxford University Press

Nunnally, J.C. (1967). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill

Okamoto, Y., Ihara, M., Fujita, Y., Ito, H., Takahashi, R. & Tomimoto, H. (2009). Cortical microinfarcts in Alzheimer's disease and subcortical vascular dementia. *Neuroreport*, 20 (11), 990-996

Okumura, Y., Togo, T. & Fujita, J. (2015). Trends in use of psychotropic medications among patients treated with cholinesterase inhibitors in Japan from 2002 to 2010. *International Psychogeriatrics*, 27 (3), 407-415

Olazarán, J. & Bermejo, F. (2009). Tratamiento actual de las demencias. *JANO*, 1742, 29-32.

Olazarán, J., Agüera, L.F. & Muñiz, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*, 55 (10), 598-608

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Aver, S., Lai, C., Spector, A., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J.M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Felman, H. & Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30 (2), 161-78

Olazarán, J., Sastre, M. & Martín, S. (2012). Atención sanitaria en las demencias: satisfacción y necesidades del cuidador. *Neurología*, 27(4), 189-196.

Oller, S., Lacasta, D., Castro, J. I., García, R., Flamarich, D. & Font, T. (2011). ¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepresivo. *Actas Esp Psiquiatr*, 39 (5), 288-93.

Orgeta, V. & Miranda-Castillo, C. (2014). Does physical activity reduce burden in carers of people with dementia?. A literature review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29 (8), 771-783

- Orgeta, V., Quazi, A., Spector, A.E. & Orrell, M. (2013). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *The Cochrane Library*, 1. doi: 10.1002/14651858.CD009125.pub2.
- Orrell, M. (2012). The new generation of psychosocial interventions for dementia care. *Br J Psychiatry*, 201 (5), 342-3
- Orrell, M., Hancock, G.A., Liyanage, K.C. & Woods, B.(2008). The needs of people with dementia in care homes: the perspectives of users, staff and family caregivers. *Int Psychogeriatr*, 20 (5), 941-51
- Orte, C. & March, M. X. (2007). Envejecimiento, educación y calidad de vida: la construcción de una gerontología educativa. *Revista española de pedagogía*, año LXV(237), 257-274.
- Orte, C., Amer, J., Pascual, B. & Vaqué, C. (2014). La perspectiva de los profesionales en la evaluación de un programa de intervención socioeducativa en familias. *Pedagogía social. Revista Interuniversitaria*, 24, 163-182.
- Osores, P. (2009). Aproximación no farmacológica para el tratamiento de síntomas conductuales y psicológicos de demencia. *Revista de la Asociación de Psiquiatras Argentinos*, 22 (42), 11-16.
- Pacheco, L. & Medrano, J. (2007). *Psicofarmacología aplicada en atención primaria*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Pacheco, L., Medrano, J., Zardoya, M. J., Conget, T., Arroita, A. & Pérez-Cabeza, L. (2010). ¿son tan malos los psicofármacos?: Reflexiones desde la práctica psiquiátrica. *Norte de salud mental*, VIII (37), 31-46.
- Padilla, A., Reyes, J. F., Gómez, A., González, C. M., Álvarez, I. & Pérez, M. E. (2015). Adecuación prescripción-indicación de citicolina en atención primaria. *Semergen. Medicina de familia*, 41 (4), 199-205.
- Pagonabarraga, J. & Kulisevsky, J. (2014). Tratamiento dopaminérgico en la enfermedad de Parkinson: ¿qué puede ofrecer cada familia terapéutica? *Rev Neurol*, 58 (1), 25-34.

- Patlán, J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29, 445-455
- Perlis, R. H., Perlis, C., Wu, Y., Hwang, C., Joseph, M. & Nierenberg, A. (2006). Patrocinio de la industria y conflicto de intereses financiero en la información sobre los ensayos clínicos en psiquiatría. *Am J Psychiatry*, 162 (10), 1957-1960.
- Pinder, C. (2008). *Work motivation organizational behavior*. New York: N Y Psychology Press
- Pineda, P., Belvis, E., Moreno, V., Duran-Bellonch & Úcar, X. (2011). Evaluation of training effectiveness in the spanish health sector. *Journal of Workplace learning*, 23 (5), 315-330
- Pineda, P., Ciraso, A. & Quesada, C. (2014). ¿Cómo saber si la formación genera resultados?. El modelo FET de evaluación de la transferencia. *Capital humano: revista para la integración y desarrollo de los recursos humanos*, 27 (292), 74-80
- Pineda, P., Moreno, V., Belvis, E., Durán, M. M. & Úcar, X. (2012). Evaluación de la formación continua en el sector sanitario. Resultados de la formación en uso racional del medicamento. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 13 (3), 268-289.
- Pineda, P., Moreno, V., Quesada, C. & Stoian, A. (2012). ¿Es eficaz la formación continua en España?: diagnóstico mediante el Learning Transfer-System Inventory. *Revista para la integración y desarrollo de los recursos humanos*, 25 (265), 82-87
- Pineda, P., Quesada, C. & Moreno, M.V. (2010). *The ETF, a new tool for Evaluating Training Transfer in Spain*. 11th International Conference on Human Resource Development: Human Resource Development in the Era of Global Mobility. Pécs: University of Pécs.
- Planas, A., Pineda, P., Gil, E. & Sánchez, L. (2014). La metodología de la Evaluación Participativa de planes y acciones comunitarias: tres experiencias de evaluación participativa en Catalunya. *Pedagogía social: Revista Interuniversitaria*, 24, p. 30

- Planas, X., López, S., Vilalta, J., Monserrat, S. & Garre, J. (2010). Perfil de consumo farmacológico y función cognoscitiva en edad avanzada: estudio de población general no institucionalizada. *Neurología*, 25 (8), 498-506.
- Pol-Grevelink, V, Jukema, J.S. & Smits, C.H.M. (2011). Person-centred care job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27 (3), 219-229
- Pooper, M. & Raana, L. (2000). Organizational Learning: mechanisms, culture and feasibility. *Management Learning*, 31 (2), 181-196
- Prentice, A. & Wright, D. (2014). Reducing antipsychotic drugs in care homes. *Nurs Times*, 110 (23), 12-5
- Puerro, M., García, M., Sánchez, A. & Cabanes, M. A. (2011). Evaluación positiva de medicamentos: 4º trimestre 2010. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=arttex&pid=S1887-8571201100010000&ing=es&nrm=iso>
- Puig, M., Lluch, M. T., Sabater, P. & Rodríguez, N. (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería Global* (19), 1-6.
- Pujol, J. & de Azpiazu, P. (2015). Dementia DSM-IV/ICD-10 or neurocognitive disorder DSM-5?. *The European Journal of Psychiatry*, 29 (1), 45-50
- Quality Care Through Quality Jobs. (2008). *Adult learner-centered training: an introduction for educators in home and residential care*. New York: Paraprofessional Healthcare Institute.
- Raffa, R., Beyzarov, S.M. & Rawes, S.M. (2008). *Neter: Farmacología ilustrada*. Barcelona: Masson
- Rascovsky, K & Grossman, M. (2013). Clinical diagnostic criteria and classification controversies in frontotemporal lobar degeneration. *Int Rev Psychiatry*, 25 (2), 145-158

- Reitz, C., Brayne, C. & Mayeux, R. (2011). Epidemiology of Alzheimer's disease. *Nature Review Neurology*, 7, 137-152. doi: 10.1038/nneuro.2011.2
- Resnick, B., Cayo, J., Galik, E. & Pretzer-Aboff, I. (2009). Implementation of the 6-week educational component in the Res-Care intervention: process and outcomes. *J Contin Educ Nurs*, 40 (8), 353-60
- Reuther, S., Dichter, M.N., Buscher, I., Vollmar, H. Ch., Holle, D., Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (2012). Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 24 (12), pp. 1891-1903.
- Richter, I. (1998). Individual and organizational learning at the executive level towards a research agenda. *Management learning*, 29 (3), 299-316
- Richter, T., Meyer, G., Möhler, R. & Köpke, S. (2012). Psychosocial interventions for reducing antipsychotic medication in care home residents. *Cochrane Database Syst Rev*. 12. doi: 10.1002/14651858.CD008634.pub2.
- Ríos, M. I., Sánchez, J. & Godoy, C. (2010). Personalidad preexistente, auto eficacia y estado general de salud sean profesionales de enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 600-605.
- Roberts, B.W. (2009). Back to the future: Personality and assessment and personality development. *Journal of Research in Personality*, 43, 137-145
- Roberts, G., Morley, C., Walters, W., Malta, S. & Doyle, C. (2015). Caring for people with dementia in residential aged care: successes with a composite person-centered care model featuring Montessori-based activities. *Geriatr Nurs*, 36 (2), 106-10
- Robinson, A., Eccleston, C., Annear, M., Elliot, K.E. & Andrews, S. (2014). Who knows who cares? Dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. *J Palliat Care*, 30 (3), 158-65
- Robles, A. & Gude, F. (2014). Prescripciones inconvenientes en el tratamiento del paciente con deterioro cognitivo. *Neurología*, 29 (9), 523-532.
- Robles, A., Díaz, G. J., Reinoso, S., López, A., Vazquez, C. & García, A. A. (2012). Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con

- diagnóstico de demencia y factores asociados: estudio transversal multicéntrico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47 (3), 96-101.
- Rodríguez, E. J., Rabazo, A. E. & Naranjo, D. (2015). Evidencia empírica de la adquisición de la competencia de resolución de problemas. *Perfiles Educativos*, XXXVII (147), 50-66.
- Rodríguez, I., Cabo, I., Bellas, P. & Cebrián, E. (2010). Trastornos cognitivos y neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol*, 50 (Extra 2), 33-39.
- Rodríguez, J.J., Noristani, H.N., Olabarria, M., Fletcher, J., Somerville, T.D., Yeh, C.Y. & Verkhratsky, A. (2011). Voluntary running and environmental enrichment restores impaired hippocampal neurogenesis in a triple transgenic mouse model of Alzheimer's disease. *Curr Alzheimer Res.* 8 (7), 707-17.
- Rodríguez, R. M. & Landeros, M. E. (2014). Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 11(3), 87-93.
- Roked, F., Omar, A., Roked, F., Ahmed, R. & Patel, A. (2010). Antipsychotics in dementia: are they being appropriately prescribed?. *Int Psychogeriatr*, 22 (3), 501-2
- Rubio, G. & Martínez-Gras, I. (2009). Eutimizantes. En T. Palomo, & M. Á. Jimenez-Arriero, *Manual de psiquiatría*. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A.
- Ruiz, J. M. (2012). Estimulación cognitiva del envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32, 57-66.
- Ruiz, L. J., Cangas, A. J. & Barbero, A. (2014). intervención breve de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en ancianos institucionalizados con sintomatología depresiva. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (3), 445-458.
- Salazar, M., Peralta, C. & Pastor, F.J. (2011). *Manual de psicofarmacología*. (2º ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.

- Salzman, C. (2013). Antipsychotics in nursing homes. *J Clin Psychopharmacol*, 33 (1), 1-2
- Sampson, E. L., White, N., Leurent, B., Sharon, S., Lord, K. & Round, J.(2014). Behavioural and psychiatric symptoms in people with dementia admitted to the acute hospital: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 205(3), 189-196.
- Sánchez, M. M. & Benítez, J. M. (2014). Alzheimer: análisis de propuestas de intervención psico educativa desde la Comunicación Aumentativa Alternativa (CCA). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 293-303.
- Sánchez-Urán, Y. (2011). Edad de jubilación y política de envejecimiento activo. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 94, 47-68.
- Sarrajs, F. & de Castro-Manglano, P. (2011). Protocolo de manejo del paciente agitado o violento. *Medicine*, 10 (85), 5767-71
- Sawa, G., Wharton, S.B., Path, F.R.C, Ince, P.G. & Forster, G (2009). Age, neuropathology, and dementia. *N Engl J Med*, 360, 2302-2309. doi: 10.1056/NEJMoa0806142
- Saz, P. (2009). Demencias y otros cuadros psico-orgánicos. En T. Palomo, & M. A. Jiménez-Arriero, *Manual de psiquiatría* (págs. 250-266). Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A.
- Schatzberg, A. F., Cole, J. O. & DeBattista, C. (2008). *Manual de psicofarmacología clínica*. Madrid: Luzan 5, S.A.
- Scot, A., Ryan, A., James, I. & Mitchell, E.A. (2011). Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary. *Int J older People Nurs*, 6 (2), 110-22.
- Secanilla, E., Bonjoch, M., Galindo, M. & Gros, L. (2011). La atención al cuidador. Una visión interdisciplinaria. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(3), 105-118.

- Seike, A., Sumigaki, C., Takeda, A., Endo, H., Sakurai, T. & Toba, K. (2014). Developing an interdisciplinary program of educational support for early-stage dementia patients and their family members: an investigation based on learning needs and attitude changes. *Geriatr Gerontol Int*, 14 Suppl 2, 28-34
- Seisdedos, N (1997). MBI. Inventario “burnout” de Maslach: manual. Madrid: TEA
- Seitz, D.P., Adunuri, N., Gill, S.S., Gruneir, A., Herrmann, N. & Rochon, P. (2011). Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *The Cochrane Library*, 16 (2). doi: 10.1002/14651858.CD008191.pub2
- Senge, P. (2006). *La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje*. Buenos Aires: Editorial Granica
- Serrano, M. A. & Payá, J. (2014). Efectos de un programa de formación para profesionales de residencias. *The UB Journal of Psychology*, 44 (1), 71-83.
- Shield, R. R., Looze, J., Tyles, D. & Lepore, M. (2013). Why and how do nursing homes implement culture change practices?. Insights from qualitative interviews in a mixed methods study. *Journal of Applied Gerontology*, 33 (6), 737-763
- Shield, R., Tyler, D., Lepore, M., Looze, J. & Miller, C. (2014). Would you do that in your home?. Making nursing homes home-like in culture change implementation. *Journal of Housing for the elderly*, 28 (4), 383-398
- Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L.W., Zimmerman, S. & Saliba, D. (2014). What does the evidence really say about culture change in nursing homes?. *The gerontologist*, 54 (Suppl 1), S6-S16
- Shoja, S. & Kaviani, H. (2015). A comparative study on olanzapine and aripiprazole for symptom management in female patients with borderline personality disorder. *Klinik psikofarmakoloji bulteni-bulletin of clinical psychopharmacology*, 25 (1), 38-43, doi: 10.5455/bcp.20140923100030
- Sicras, A., Peláez, J., Castellá, A. & Rodríguez, M. (2008). Consumo de psicofármacos inapropiados en residencias geriátricas: estudio comparativo entre los años 2001 y 2006. *Farm Hosp*, 32 (2), 96-101.

- Sidani, S., Streiner, D. & Leclerc, C. (2012). Evaluation the effectiveness of the abilities-focused approach to morning care of people with dementia. *Int J Older People Nurs*, 7 (1), 37-45
- Siemens, G. (2006). *Knowing knowledge*. Vancouver, BC: Lulu Press
- Signe, A. & Elmsthal, S. (2008). Psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reduces caregiver's burden: development and effect after 6 and 12 months. *Scand Caring Sci*, 22 (1), 98-109
- Singh, D. (2012). Dementia classification. *Advances in Psychiatric treatment*, 18 (4), 315-316, doi: 10.1192/apt.18.4315a
- Sinka, L., Kövari, E., Gold, G., Hof, P. R. & Hermann, M.D. (2010). Small vascular and Alzheimer disease-related pathologic determinants of dementia in the oldest-old. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology*, 69 (12), 1247-1255
- Sitges, E. & Bonete, B. (2014). Desarrollo de un programa psico educativo en inteligencia emocional para cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4 (3), 257-266.
- Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P., Zingmark, K. & Edvarsson, D. (2012). Psychometric evaluation of the swedish version of the Person-Centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 24 (3), 406-415
- Smith, M., Schultz, S.K., Seydel, L.L., Reist, J. & Kelly, M. (2013). Improving antipsychotic agent use in nursing homes: development of an algorithm for treating problem behaviors in dementia. *J Gerontol Nurs*, 39 (5), 24-35
- Smith, M., Stolder, M.E., Jagers, B., Liu, M.H. & Haedtke, C. (2013). Depression training in nursing homes: lessons learned from a pilot study. *Issues Ment Health Nurs*, 34 (2), 90-102, doi: 10.3109/01612840.2012.723798
- Smits, L.L., van Harten, A.C., Pijnenburg, Y.A.L., Koedam, E.L.G.E., Bouwman, F.H., Siermans, N., Reuling, I.E.W, Prins, N.D., Lemstra, A.W., Scheltens, P. & van der Flier, W.M. (2015). Trajectories of cognitive decline in different types of dementia. *Psychological Medicine*, 45 (5), 1051-1059

- Snowden, J. (2010). Neuropsychological advances in our understanding and classification of the dementias. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 81 (4). doi: 10.1136/jnnp.2010.217554.8
- Sorensen, L., Waldorff, F. & Waldemar, G. (2008). Early counselling and support for patients with mild Alzheimer's disease and their caregivers: A qualitative study outcome. *Aging & Mental Health*, 12, 440-450. doi: 10.1080/13607860802224342.
- Soria, V. & Urretavizcaya, M. (2009). Ritmos circadianos y depresión. *Actas Esp Psiquiatr*, 37 (4), 222-232.
- Spector, A., Orrell, M. & Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Res Rev*, 12 (1), 354-64
- Spjker, A., Verhey, F., Graff, M., Grol, R., Adang, E., Wollersheim, H., V. & Vernooij-Dassen, M. (2009). Systematic care for caregivers of people with dementia in the ambulatory mental health service: designing a multicentre, cluster, randomized, controlled trial. *BMC Geriatrics*, 9 (21). doi: 10.1186/1471-2318-9-21
- Sposito, G. (2015). Effects of multisensory and motor stimulation on the behavior of people with dementia. *Dementia*, 25. doi: 10.1177/1471301215592080
- Sprangers, S., Dijkstra, K. & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 311-319
- Stahl, S.M. (2009). *The Prescriber's Guide. Stahl's Essential Psychopharmacology* (3th ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stein, D.J., Lerer, B. & Stahl, S.M. (2013). *Psicofarmacología esencial basada en la evidencia*. Madrid: Aula Médica
- Struyven, K., Dochy, F. & Janssens, S. (2010). Teach as you preach. The effects of student-centred versus lecture-based teaching on student teacher's approaches to teaching. *European Journal of Teacher Education*, 33 (1), 43-64
- Sun, H.S. (2003). Conceptual clarifications for "organizational learning", "learning organization" and "a learning organization". *HRDI*, 6 (2), 153-166

- Suñé, T. (2004). *El impacto de las barreras de aprendizaje en el rendimiento de las organizaciones*. (tesis doctoral). Universitat Politècnica de Catalunya.
- Sury, L., Burns, K. & Brodaty, H., (2013). Moving in: adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *Int Psychogeriatr*, 25 (6), 867-76
- Swani, T. (2011). The impact of the action learning set approach in nursing homes. *BMJ Support Palliat Care*, 1, 208-209
- Ta, L., Tan, L., Wang, H.F., Wang, J., Tan, C.C., Tan, M.S. Meng, XF., Wang, C. & Yu, J.T. (2015). Efficacy and safety of atypical antipsychotic drug treatment for dementia: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimers Res Ther*, 7 (1), 20
- Takai, M., Takahashi, M., Iwanimitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Oishi, S. & Miyaoka, H. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of live. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 1-5. doi: 10.106/j.archger.2008.07.002.
- Tamura, .K., Bell, Ch.L., Inaba, M. & Masaki, K.H. (2012). Factors associated with polypharmacy in nursing home residents. *Clin Geriatr Med*, 28, 199-216
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2, 53-55
- Tejada, F. & Ferrández, E. (2007). La evaluación del impacto de la formación como estrategia de mejora en las organizaciones. *Revista Electrónica de investigación Educativa*, 9 (2). Recuperado de: <http://redie.uabc.mx/vol9no2/contenido-tejada2.html>
- Teri, L., Huda, P., Gibbons, L., Young, H. & Van Leynseele, J. (2005). START: A Dementia-Specific Training Program for Staff in Assisted Living Residences. *Gerontologist*. 2005; 45(5), 686-693
- Testad, I., Ballard, C., Bronnick, K. & Aarsland, D. (2010). The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (1), 80-6

- Testad, I., Mekki, T.E., Forland, O., Oye, C., Tveit, E.M., Jacobsen, F. & Kirlkevold, O. (2015). Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)-training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with demantia. A cluster randomized controlled trial. *Int J Geratr Psychiatry*. doi: 10.1002/gps.4285
- Thorne, K. (2008). *Motivación y creatividad en clase*. Barcelona: Graó
- Thurm, F., Scharpt, A., Liebermann, N., Kolasa, S. & Elbert, T. (2011). Improvementa of cognitive function after physical movement training in institutionalized very frail older adults with dementia. *GeroPsych*, 24 (4), 197-208
- Tintoré, M. (2010). *Las universidades como organizaciones que aprenden. El caso de la Facultad de Educación de la Universitat Internacional de Catalunya*. (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona
- Tiziani, A. (2011). *Havard: fármacos en enfermería*. México:Manual moderno
- Tjia, J. & Givens, J. (2012). Ethical Framework for Medication Discontinuation in Nursing Home Residents with Limited Life Expectancy. *Clin Geriatr Med*, (28), pp. 255-272.
- Tompson, J., Abbott, R., Rogers, M., Whear, R. & Pearson, S. (2014). Interventions to reduce inappropriate prescribing of antipsychotic medications in people with dementia resident in care homes: a systematic review. *J Am Med dir Assoc*, 15 (10), 706-18
- Toribio, M. E., Morera, J., Frutos, M. T., Morales, C. & Pérez, I. (2011). Estudio prospectivo y naturalistico de los trastornos psicoconductuales de los pacientes remitidos a una unidad de demencias. *Alzheimer. Real Invest Demenc*, 47, 6-15.
- Toye, Ch. (2013). Dementia Knowledge Assessment Tool version Two: development of a tool to inform preparation for care planning and delivery in families and care staff. *Dementia*, 13 (2), 248-256
- Trapp, S.K., Perrin, P.B., Aggarwal, R., Peralta, S.V., Stolfi, -M.E., -Morelli, E., Peña Obeso, L.A. & Arango-Lasprilla, J.C. (2015). *Behav Neurol*, doi: 10.1155/2015/507196.Epub 2015

- Treusch, Y., Page, J., Niemann-Mirmehdi, M., Gutzmann, H., Heinz, A. & Rapp, M. (2011). Apathy and its Nonpharmacological treatment in Dementia. *GeroPsych*, 24 (3), 155-164
- Truzzi, A., Ulstein, I., Valente, L., Engelhardt, E., Coutinho, E.S.F., Laks, J. & Engedal, K. (2013). Patterns of neuropsychiatric sub-syndromes in Brazilian and Norwegian patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 25 (2), 228-235
- Tucker, C., Arthur, T., Roncoroni, J. & Sanchez, J. (2015). Patient-centered, culturally sensitive health care. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9 (1), 63-77
- Turabián, J. L. & Pérez, B. (2011). Aspectos no farmacológicos de las medicaciones. *SEMERGEN Medicina de Familia*, 37 (5), 246-251.
- Ubis, E. & Olivera, J. (2012). Trastornos del sueño en pacientes con demencia valorados en una consulta de geriatría. *Psicogeriatría*, 4 (1), 21-29.
- Ücok, A. & Gaebel, W. (2008). Efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos: resumen breve. *World Psychiatry (Ed Esp)*, 6 (1), 58-62.
- Urrutia, A. & Erdoiza, I. (2013). *Como se eliminan la sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención socio sanitaria y domicilios* (Segunda ed.). Madrid: R.B. Servicios Editoriales, S.L. págs. 34-35.
- Vaernet, A. M. (2009). Terapia cognitivo conductual en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación de Psiquiatras Argentinos*, 22 (42), 21-26.
- Vallejo, J. (2009). ¿Fármacos en la depresión menor? *Med Clin (Barc)*, 139 (4), 142-143.
- van de Ven, G., Draskovic, I., Adang, E.M., Donders, R., Zuidema, S.U., Koopmans, R.T. & Vernooij-Dassen, M.J. (2013). Effects of Dementia-Care Mapping on residents and staff of care homes: a pragmatic cluster-randomised controlled trial. *PMC.*, 8 (7). doi: 10.1371/journal.pone.0067325
- Van den Pol-Grevelink, A., Jukema, J.S. & Smits, Ch. (2012). Person-center care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27 (3), 219-29

- Vasse, E., Vermooij-Dassen, M., Cantegreil, I., Franco, M., Dorenlot, P., Woods, B & Moniz-Cook, E. (2012). Guidelines for psychosocial intervention in dementia care: a European survey and comparison. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27 (1), 40-48
- Vázquez, A. J., Pérez, D., Moreno, R. M., Arroyo, F. & Suárez, J. M. (2010). Factores psicosociales motivacionales y Estado de salud. *Med Segur Trab*, 56(218), 12-21.
- Vera, M., Salanova, M. & Lorente, L. (2012). The predicting role of self-efficacy in the Job Demands-Resources Model: a longitudinal study. *Studies in Psychology*, 33(2), 167-178.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S.M., van Rossum, E., Ambergen, T. & Kempen, G.L. (2010). Dementia care redesigned: effects of small-scales living facilities on residents, their family caregivers, and staff. *J Am Med Dir Assoc*, 11 (9), 662-70
- Verbeek, H., Zwakhalen, S.M., van Rossum, E., Kempen, G.L. & Hamers, J.P. (2013). Small-scale, homelike care environments for people with dementia: effects on residents, family caregivers and nursing staff. *J Am Med Dir Assoc*, 44 (6), 261-71
- Vermooij-Dassen, M., Vasse, E., Zuidema, S., Cohen-Mansfield, J. & Moyle, W. (2010). Psychosocial interventions for dementia patients in long-term-care. *International Psychogeriatrics*, 22 (7), 1121-1128
- Vidal-Abarca, E., García, R. & Pérez, F. (2010). *Aprendizaje y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Villa, A., & Poblete, M. (2007). *Aprendizaje basado en competencias. Una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas*. Bilbao: Ediciones Mensajero
- Vitaliano, P., Murphy, M., Young, H., Echevarria, D. & Borson, S. (2011). Does caring for a spouse with dementia promote cognitive decline? A hypothesis and proposed mechanisms. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (5), 900-8. doi: 0.1111/j.15325415.2011.03368.x
- Volicer, L. (2012). Antipsychotic do not have to be used “off label” in dementia. *J am Med Dir assoc*, 13 (6), 495-6

- Vygotski, L.S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Editorial Critica
- Waldorf, F., Buss, D., Eckermann, A., Rasmussen, M., Keiding, N., Rishoj, S. & Waldemar, G. (2012). Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: The multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervencion Study (DAISY). *Biomedical Journal*, 345. Recuperado de:http://www.bmj.com/highwire/filestream/594517/field_highwire_article_pdf/0.pdf
- Watson-Wolfe, K., Galik, E., Kinedinst, J. & Brandt, N. (2014). Application of the antipsychotic use in dementia assessment audit tool to facilitate appropriate antipsychotic use in long term care residents with dementia. *Geriatr Nurs*, 35 (1), 71-6
- Westermann, C., Kozak, A., Harling, M. & Nienhaus, A. (2012). Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51 (1), pp. 63-71
- Wetzels, R., Zuidema, S., Jansen, I., Verthey, F. & Koopmans, R. (2010). Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in long-term care institutions: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22 (7), 1040-1053
- Wheeler, D., Vassar, M., Worley, J.A. & Barnes, L.L. (2011). A reliability Generalization Meta-Analysis of Coefficient Alpha for the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 71 (1), 231-244
- Wheeler, N.L. & Oyebode, J.R. (2009). Dementia care. 2: exploring how nursing staff manage challenging behaviour. *Nurs Times*, 106 (25), 20-2
- Whiteford, H., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A., Ferrari, A. & Erskine, H. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382 (9904), 1575-1586.
- Whitehead, D., Weiss, S & Tappen, R. (2014). *Essentials of nursing leadership management*, 6th ed. Philadelphia: Davisplus

- Whitlanch, C. (2008). Informal caregivers: communication and decision making. *Am J Nurs*, 108 (9 Suppl), 73-7
- Wijesekera, L. & Leigh, P.N. (2009). Amyotrophic lateral sclerosis. *Orhanet Journal of Rare Diseases*, 4 (3). doi: 10.1186/od1750-1172
- Wikinski, S & Jufe, G. (2013). *El tratamiento farmacológico en psiquiatría*. (2° edición). Buenos Aires: Editorial Panamericana
- Wilks, S.E. & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health*, 12, 357-365. doi: 10.1177/1533317507313012.
- Williams, D. & Lees, A.J. (2009). Progressive Supranuclear palsy: clinicopathological concepts and diagnostic challenges. *The Lancet Neurology*, 8 (3), 270-279
- Yadama, G. & Drake, B. (1995). Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory. *Social Work Research*, 19 (3), 184-192
- Yedidia, M.J. & Tiedemann, A.(2008). How do family caregivers describe their needs for professional help?. *Am J Nurs*, 108 (9 Suppl), 35-7
- Zarit, S. & Femia, E. (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers. *Am J Nurs*, 108 (9 Suppl), 47-53
- Zarowitz, B.J. (2012). Prevalence of antipsychotic use in long-term care residents with Parkinson dementia. *Geriatr Nurs*, 33 (3), 217-9
- Zhang, Y., Punnett, L., & Gore, R. (2012). Relationships among employees' working conditions, mental health, and intention to leave in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*, 33 (1), 6-23
- Zimmerman, B.J. (1990). Self-regulated learning and academic achievement: an overview. *Educational Psychologist*, 25 (1), 3-17

ANEXOS

Cuestionario sobre intervención psicoeducativa

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

- Los programas de psicoestimulación/actividad física: ¿Qué porcentaje de participación en los programas ha habido durante el último año?, ¿a cargo de qué profesional/es han estado estas intervenciones?.

- La formación al cuidador profesional: ¿Cuál es el número de horas de dedicación a la formación, asesoramiento y apoyo al personal profesional (auxiliares) dado desde el centro durante el último año?, ¿qué profesional/es han sido los que lo han llevado a cabo?.

- La formación a las familias: ¿Cuál es el número de horas de dedicación a la formación y asesoramiento y apoyo a las familias dado desde el centro durante el último año?, ¿qué profesional/es han sido los que la han realizado?.

- El apoyo psicológico al residente: ¿Cuál es el número de horas de dedicación al apoyo psicológico al residente y al manejo de trastornos de conducta dado desde el centro durante el último año?, ¿qué profesional/es han sido los que lo han llevado a cabo?.

- La intervención psicológica centrada en el control del medio; ¿Cuál es el número de horas dedicadas a este tipo de intervención durante el último año?, ¿qué profesional/es han sido los que han realizado dichas actuaciones?.

Se entiende por intervención psicológica centrada en el medio todas las actuaciones que se han realizado en el centro para el manejo de los trastornos de conducta a través de una intervención no centrada en la persona sino en el medio, como la evitación de entornos hiperestimulantes, la reducción de daños asociados a la agitación etc. (reducir ruidos presentes, el desorden, el número de personas presentes, evitar cambios en las rutinas/entorno, control de la iluminación, mantener fuera del alcance objetos peligrosos, etc.).

Cuestionario “ad hoc” sobre formación dada a las familias

5. ¿Cómo se organizan los cursos/reuniones?, ¿cómo se comunican a las familias?, ¿en qué horarios se realizan?, ¿participan ponentes externos al centro?, ¿realiza siempre la formación/asesoramiento el mismo ponente/profesional?, ¿Qué puesto desempeña en el centro o que formación posee?, ¿qué grado de participación se mantiene durante las sesiones de formación?

6. ¿Existe alguna evaluación de la formación/asesoramiento realizada a las familias?.

Cuestionario “ad hoc” sobre formación dada a los auxiliares

5. ¿Cómo se organizan los cursos?, ¿cómo se comunican al personal?, ¿en qué horarios se realizan?, ¿participan ponentes externos al centro?, ¿realiza siempre la formación el mismo ponente?, ¿qué puesto desempeña en el centro o que formación posee?, ¿qué grado de participación se mantiene durante las sesiones de formación?

6. ¿Existe alguna evaluación de la formación/desempeño del trabajo diario de los auxiliares (conocimientos, actitud, etc.)?.

**Cuestionario “ad hoc” sobre competencias, motivación y aplicabilidad de
la formación al puesto de trabajo.**

1º versión

7. ¿Cómo se siente usted cuando un residente se agita?, ¿qué piensa?, ¿qué hace?

8. En el trabajo del día a día... ¿aprende usted a manejar este tipo de situaciones problemáticas, o cree que no es importante o que ya sabe lo suficiente?

9. ¿Qué piensa y qué hace usted ante una residente que se niega a comer sistemáticamente y que rechaza cuidados?

10. Ante una persona con demencia y muy agitada (llorando, gritando en voz alta y moviendo los brazos), ¿cómo cree usted que se debería de reaccionar si se quiere cumplir con unas buenas prácticas de actuación?

11. ¿Le gusta su trabajo?

12. ¿Qué cambiaría si pudiera de su trabajo?

13. ¿Hasta qué punto le interesa mejorar en su trabajo?

14. ¿Se siente realizada o realizado con su trabajo?

15. ¿Qué destacaría de positivo de su trabajo?

16. ¿Cree que en su centro de trabajo se debería de dar más formación al personal?

17. ¿Siente que en su trabajo diario el contacto con los residentes es impersonal?

18. ¿Qué elementos cree que son facilitadores para que pueda poner en acción en su trabajo todos los conocimientos, destrezas y actitudes aprendidos?

Nombre tanto los físicos (relativos a los recursos físicos del centro) como los sociales (cómo se siente en el centro de trabajo, cómo percibe el clima de la residencia, ¿cree que en el centro existe una preocupación por el buen desempeño?, ¿la dirección, sus compañeros y el equipo técnico (psicólogo), son facilitadores?

**Cuestionario “ad hoc” sobre competencias, motivación y aplicabilidad de
la formación al puesto de trabajo.**

Versión definitiva

Responda a las siguientes preguntas señalando con una “x” la opción que corresponda más a lo que usted piensa o haría (sólo se puede señalar una única opción):

7. Normalmente cuando me siento sobrecargado/a por el manejo de los residentes:

- A) Puede conmigo, me cuesta mantener la calma e intento decirle al residente lo que debe de hacer, insistiéndole si así es necesario.
- B) Me siento “insultado/a” de alguna manera “maltratado/a” sobre todo si el residente mantiene facultades.
- C) paro un momento antes de actuar, intento tomar perspectiva de la situación, recordar cuál es el estado del residente e intento idear la mejor forma para que el residente no me rechace.

8. En el trabajo del día a día...:

- A) Aprendo constantemente conociendo cada vez más al residente, fijándome en las actuaciones eficaces de otras compañeras y gracias a las pautas dadas por psicólogo/a/gobernanta/enfermero/a.
- B) Creo que el trabajo de mis primeros años trabajando y mi formación anterior es lo que más me ha enseñado.
- C) En este trabajo lo importante no es aprender, es terminar las tareas a la hora prevista.

9. Una residente que se niega a comer sistemáticamente y que rechaza cuidados...

- A) Es una residente “difícil” que será mejor desde el principio dejarle las cosas claras.
- B) Es una residente que pudiera estar padeciendo depresión o un trastorno de adaptación al centro.
- C) Pudiera ser una residente que a lo largo de su vida no le gustara mucho la comida ni el necesitar ayuda de otros.

10. Ante una persona con demencia y muy agitada (llorando, gritando en alta voz y moviendo los brazos) son buenas prácticas de actuación:

- A) Entrar en conversación con ella, elevando la voz si parece que no oye porque no nos responde.
- B) Avisar al psicólogo/a/enfermero/a y hasta que llegan mantenerla vigilada para que no se haga daño u otros residentes pudieran entrar en conflicto con ella.
- C) Decirle que no grite porque está molestando a los demás.

11. ¿Le gusta su trabajo?

12. ¿Qué cambiaría si pudiera de su trabajo?

13. ¿Hasta qué punto le interesa mejorar en su trabajo?

14. ¿Se siente realizada o realizado con su trabajo?

15. ¿Qué destacaría de positivo de su trabajo?

16. ¿Cree que en su centro de trabajo se debería de dar más formación al personal?

17. ¿Siente que en su trabajo diario el contacto con los residentes es impersonal?

Responda a las siguientes preguntas señalando con una “x” la opción que corresponda más a lo que piensa o haría (sólo se puede señalar una única opción):

18. Me siento “como el último eslabón de la cadena” y como si tuviera que responder a órdenes constantemente:

- A) Sí, en la mayor parte de los casos. B) No, en la mayor parte de los casos.

19. En mi centro de trabajo dispongo de los recursos (materiales, instalaciones) necesarios para poder desarrollar bien mi trabajo:

- A) Sí, en la mayor parte de los casos. B) No lo suficiente.

20. El clima de trabajo “que se respira” en la residencia es positivo:

- A) Sí, en la mayor parte de los casos. B) No lo suficiente.

21. Siento que en la residencia donde trabajo la mejora continua es una prioridad:

- A) Sí, en la mayor parte de los casos. B) No lo suficiente.

22. Siento que la dirección facilita el aprendizaje continuo de los empleados:

- A) Sí, en la mayor parte de los casos. B) No lo suficiente.

23. Me siento apoyado/a por los/as compañeros/as de trabajo:

- A) Sí, en la mayor parte de los casos. B) No lo suficiente.

24. El trabajo que realiza el psicólogo sirve de ayuda para el control y manejo de los trastornos de conducta de los residentes del centro:

- A) Sí, en la mayor parte de los casos. B) No lo suficiente.

Consentimiento informado

Bilbao, a ... de ... de ...

D./Dña., en calidad de Director/a del centro residencial para mayores dependientes

AUTORIZO:

Al equipo técnico del centro (médico, psicólogo) del centro que yo dirijo a facilitar los datos necesarios para participar en el estudio: “Hacia un modelo integrado de atención en los centros residenciales para mayores: el papel de la formación y las intervenciones psicoeducativas y su relación con la prescripción de psicofármacos y el burnout en el personal de atención” realizado por la doctoranda Alicia Míguez Neira. DNI y dirigido por la Dra. Visitación Pereda y el Dr. Imanol Amayra de la Universidad de Deusto, facilitando, en todos los casos, datos anónimos y de nula identificación, salvaguardándose, en todo momento, la total confidencialidad de los datos personales.

Y para que así conste, atentamente,

Fdo.: Dña.

