

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

# **Rol del psicólogo en el trabajo con familias de personas mayores institucionalizadas en residencias de larga estadía.**

Chiarello, Florencia Antonella y Mansinho, Mariana.

Cita:

Chiarello, Florencia Antonella y Mansinho, Mariana (2023). *Rol del psicólogo en el trabajo con familias de personas mayores institucionalizadas en residencias de larga estadía. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/132>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/S4S>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# ROL DEL PSICÓLOGO EN EL TRABAJO CON FAMILIAS DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA

Chiarello, Florencia Antonella; Mansinho, Mariana  
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El objetivo de este artículo fue focalizar y enumerar algunas puntualizaciones acerca del rol del psicólogo y sus intervenciones en el trabajo con familias de personas mayores institucionalizadas en residencias de larga estadía. Esto conlleva una serie de desafíos que emergen tanto de la tarea como de alinearse con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y el Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona. Tomar la decisión de institucionalizar implica tener conciencia de la necesidad de modificar la forma de cuidado, aun cuando esto venga acompañado de culpas, miedos, reproches y contradicciones. El ingreso y adaptación a una residencia de larga estadía conllevan también la revisión de las ideas acerca de ésta, la vejez y el cuidado. Por eso, identificar las creencias sobre familia que tiene el staff de la institución y las expectativas que tiene la familia para con él, se vuelve tarea esencial para construir un vínculo eficaz y seguro. Finalmente, se revisa el Modelo Tentativo del Proceso de Adaptación de los Familiares de Rosenthal y Dawson (1992) para pensar formas de abordaje diferentes según las problemáticas emergentes.

## Palabras clave

Rol del psicólogo - Familia - Personas mayores - Residencias larga estadía

## ABSTRACT

PSYCHOLOGIST ROLE IN WORKING WITH FAMILIES OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE IN NURSING HOMES

The aim of this article was to focus and list some issues about the psychologist role and the interventions in working with families of elderly people institutionalized in long-stay residences (nursing homes). This entails a series of challenges that emerge both from the task and from aligning with the Inter-American Convention on the Protection of the Human Rights of Elderly People and the Model of Person Centred Care. Making the decision to institutionalize implies being aware of the need to modify the form of care, even when this is accompanied by guilt, fear, reproach and contradictions. The admission and adaptation to a long-stay residence (nursing home) also entail the revision of the ideas about the residence itself, being old and care. For this reason, identifying the beliefs about the family held by the institution's staff and

the expectations that the family has towards them becomes an essential task to build an effective and safe bond. Finally, the Tentative Model of the Adaptation Process of Family Members by Rosenthal and Dawson (1992) is reviewed to think about different approaches depending on the emerging problems.

## Keywords

Role of the psychologist - Family - Elderly people - Long-term care homes

## Introducción

Los roles del psicólogo dentro de las residencias de larga estadía son vastos y diversos. Algunos de ellos tienen que ver con realizar una valoración inicial de las funciones cognitivas, afectivas, conductuales y sociales de la persona mayor, participar en la evaluación integral multidisciplinaria y en la confección del Plan de Atención Integral (PAI), elaborar y llevar adelante tratamientos psicológicos (tanto de manera individual como grupal), diseñar programas de intervención con abordaje bio-psico-social, generar espacios de capacitación para el staff, detectar situaciones de tensión o *burn out* entre las personas trabajadoras, entre otros (Croas y Fernández Colmenero, 2013). Sin embargo, en lo que respecta a este artículo, se focalizó en el trabajo que se realiza con las familias, sobre todo en el proceso de ingreso y adaptación a una residencia de larga estadía.

Estos roles, se enmarcan y adaptan también a los lineamientos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015); y se desarrollan dentro de un paradigma de conceptualización de las residencias que focaliza en estos derechos, a diferencia de la mirada asilar que hasta hace algunos años atrás aún se sostenía. Particularizar las intervenciones e involucrar a los diferentes actores se enmarca, también, dentro del Modelo de Atención Integral Centrado en la Persona. Si bien es un horizonte al que se aspira asintóticamente a arribar, no deja de ser un proceso plagado de desafíos que modifican, modulan e, incluso, motivan a generar intervenciones más ajustadas, actualizadas e integrales para dar respuesta a estos emergentes. Es por ello que el motivo de este trabajo es poder enumerar algunas puntualizaciones acerca del rol del psicólogo en el trabajo con familias de personas mayores institucionalizadas en residencias de larga estadía.

### Tomar la decisión de institucionalizar

Una instancia que antecede a la institucionalización se enmarca en el análisis del interjuego entre los significados dominantes sobre las residencias de larga estadía, el lugar de la familia (especialmente el rol de la mujer en los cuidados) y la dinámica, valores e historia familiar previa (De Los Reyes, 2007). La familia es un grupo donde se producen gran parte de los intercambios afectivos personales (Salvarezza, 2005), además de la existencia de lazos de afinidad. Desde una perspectiva tradicional de la familia, subyace la creencia social de que la misma debe ocuparse de los cuidados dispensados a la persona mayor. Dicha creencia (si bien sobrevive) fue perdiendo fuerza (no sin rezagos) por las modificaciones estructurales que se producen en las familias (Gómez Morales, 2014).

En la actualidad, se observa una verticalización de la institución familiar, donde cada vez hay más personas mayores y menos personas jóvenes que puedan hacerse cargo de ciertos tipos de cuidado (Salvarezza, 2005). Eso conlleva a que estas tareas puedan recaer en coetáneos (de hecho, en las residencias, se observan cada vez más familias con hijos adultos mayores que se encargan del cuidado de sus padres, aún más mayores, incluso cuando estos hijos puedan tener niveles variados de patología).

En cuanto al esperable de género, se considera que las mujeres son quienes tienen que realizar las tareas de cuidado. Si bien en la actualidad los roles de la mujer se han diversificado, desarrollándose otras tareas que exceden al cuidado (como lo es la responsabilidad laboral que impide la dedicación exclusiva a esta tarea), también muchas mujeres abandonan estos roles en pos del cuidado (Stampini et al., 2020).

Por otro lado, debe analizarse uno de los significados más circulan acerca de las residencias de larga estadía, y es aquel en que se cataloga a las familias de “abandonadas” cuando llevan a sus familiares a estos espacios (De Los Reyes, 2007). Por lo cual, tomar la decisión de ingresar a una residencia de larga estadía a un familiar mayor puede generar culpa, angustia y tristeza (Garity, 2006) e, incluso, dificultar la toma de decisión de institucionalizar en sí misma. De esta forma, es usual el trabajo con familias que se acercan a la institución con todo este bagaje simbólico que obstaculiza el proceso de institucionalización. De aquí que se desprende la importancia de conocer al grupo familiar, su funcionamiento interno y la posición que ocupa la persona mayor en ese entramado vincular.

### El proceso de institucionalización

El proceso de institucionalización surge en el momento en que las personas comienzan a delinear la posibilidad de modificar la estructura de cuidados actuales, instalando la necesidad de cuidados que exceden a los domiciliarios. Estos requerimientos se enlazan con un grado tal de dependencia o de fragilidad (incluso de carencia de redes de apoyo que sostengan a la persona) que requieren de una serie de cuidados sociosanitarios que en el hogar no se podrían dispensar (Croas y Fernández Colmenero,

2013). Entonces, retomando la afirmación inicial, cuando se instala esa necesidad de cuidados por fuera de la residencia, se produce el ingreso institucional. La institucionalización, entonces, involucra este primer reconocimiento, el ingreso a la misma y la posterior adaptación al nuevo medio y a sus dinámicas propias (Jauregui, 2022).

Las residencias de larga estadía, por tanto, son espacios en los que se brinda una atención integral a personas mayores de sesenta años y más, por parte de personal capacitado en un ambiente adecuado para tal fin (Fassio, 2007). Existen múltiples factores que interfieren en la elección de los cuidados de larga duración. Pueden ser de índole social, psicológico, físico y/o económico (Jauregui, 2022). Buhr et al. (2006) consideran que esta elección se produce cuando los cuidadores sienten que ya no son capaces de brindar un cuidado adecuado (sea por el estrés o por problemas de salud de los mismos). También se debe considerar el deterioro funcional o cognitivo de la persona mayor y las dificultades en las actividades de la vida diaria para desenvolverse con independencia (Carretero et al., 2009).

Sin embargo, la institucionalización no termina con las tareas, roles y responsabilidades de las familias, sino que las modifica (Chen et al., 2007). En la misma línea, Bauer (2006) plantea que el papel de la familia a veces se considera ambiguo en términos del grado de su participación, ya que algunos miembros del personal lo ven como una perturbación o un obstáculo. El conflicto a menudo ocurre cuando hay diferentes expectativas del rol de la familia (Utley-Smith et al., 2009) o cuando hay una falta de comprensión mutua de su papel y el del personal.

### Visiones institucionales sobre la familia

Los diferentes tipos de representaciones que el staff de la residencia tenga sobre la familia, incidirán en el tipo de vínculo que puedan establecer. Este es un punto en que los psicólogos también pueden trabajar y que se abordará en el apartado de *Intervenciones*. En este sentido, Padierno Acero (1994) plantea una clasificación con 3 tipos de visiones diferentes que tienen las instituciones sobre las familias: la familia como *estorbo o ausente*, la familia como *complemento en los cuidados* o la familia como *coparticipes en la gestión*.

En cuanto a la primera visión, se postula que el aporte que realizan las familias es interpretado como conflictivo, generando inconvenientes al equipo asistencial. Estas tensiones interfieren en el desarrollo de las tareas de cuidado. Se plantea también que las familias abandonan a la persona mayor, lo que se traduce en pocas visitas. Sin embargo, como contrapartida, la idea de una excesiva cantidad de visitas, la competencia por los cuidados o la crítica y vigilancia sobre su desempeño, también son mal vistas.

Cabe destacar que, en muchas ocasiones, el equipo no toma en cuenta la dificultad que representa para la familia entender la dinámica institucional, sobre todo cuando no han tenido contacto previo. Es un espacio nuevo para ellos donde les pue-

den resultar extrañas las pautas o procedimientos llevados a cabo. De esta forma, se tiende a constituir una lectura simplista y patologizante de la familia sin considerar su complejidad y dinámica instituida.

La segunda visión sostiene que las familias deben colaborar con el cuidado hacia las personas mayores. Por tal motivo, se piensa en las familias como un complemento de su tarea. Se verá pertinente la concreción de reuniones programadas con el equipo asistencial donde se pueda acordar la participación de las partes.

La tercera visión se refiere a la coparticipación que se logrará según el momento psíquico y el grado de adaptación de las familias a la institución, a sus posibilidades y necesidades. La diferencia con la segunda radica en comprender la gradualidad de la participación.

### Intervenciones

A la hora de generar *intervenciones psicosociales*, se debe tener en cuenta que las familias son un elemento central, ya que el abordaje que se realiza con las personas mayores (desde un paradigma de derechos), incluye la participación del conjunto. En diversas ocasiones, las familias sienten que muchas de las funciones que antes cumplían, son delegadas a la institución. Esta situación puede generar un impacto a nivel emocional e identitario. Teniendo en cuenta esto, se abordará el *Modelo Tentativo del Proceso de Adaptación de los Familiares* de Rosenthal y Dawson (1992), donde se describen cuatro estadios necesarios para la intervención con las familias.

En un primer estadio pueden presentarse sentimientos ambivalentes. Por un lado, el alivio porque su familiar está recibiendo los cuidados que ellos ya no pueden dar, pero, al mismo tiempo, la sensación de pérdida del vínculo previo al ingreso. Puede que haya preocupación por alguna situación actual, tener miedos relacionados a posibles cambios en el futuro o sentimientos de soledad y culpa. También, pueden percibir afecciones en su salud por los cuidados que han tenido que brindar.

Así, Padierno Acero (1994) propone una serie de percepciones y sentimientos que pueden experimentar los familiares. Se destacan, por ejemplo, el ya mencionado sentimiento de culpa, el temor a que le pase algo a su familiar, la pérdida de un rol o función, la pérdida de diversos tipos de apoyo (emocional, económico, entre otros), el temor ante la reacción de la persona mayor ingresada (ya sea de enojo como de rechazo). Se agregan, la falta de información sobre los cuidados brindados en la residencia, el miedo a consultar y las cargas económicas.

Por lo tanto, considerando las características de este primer momento, es menester que se brinde *seguridad y tranquilidad* a las familias. Esto se logra aportando encuentros (por ejemplo, a través de entrevistas) donde puedan expresar sus estados emocionales y sentimientos ambivalentes, fomentando la verbalización de los mismos en un *ambiente seguro y libre de prejuicios*. De lo contrario, la angustia, los reproches, el desborde emocional

pueden transformarse en obstáculos. Los espacios de escucha y acompañamiento, permiten canalizar estas emociones emergentes, disminuyendo la ansiedad que pueda vivenciarse. A su vez, en estos espacios, las familias sienten que pueden hablar con mayor libertad (a que si estuviera su familiar presente). Otro recurso que puede utilizarse es el de la reminiscencia, es decir, el recuerdo de los distintos momentos del cuidado dados para fortalecer un presente que puede percibirse como fragmentado y en crisis.

Finalmente, Schulz et al. (2014) indican que los familiares y/o referentes se ven beneficiados cuando reciben apoyo emocional, información sobre los cuidados, el pronóstico y el plan terapéutico. Por ello es importante generar una comunicación clara y eficiente como construir lazos de confianza entre la institución y las familias.

Después de este primer momento, caracterizado por un agotamiento tanto físico como emocional, se da lugar a un segundo estadio en el que se produce una *disminución* en ciertas preocupaciones. No obstante, a la vez, puede observarse una necesidad de atención permanente hacia la persona mayor, proyectada en múltiples o prolongadas visitas que resultan no siendo placenteras para ninguna de las partes. A su vez, el familiar puede exigir al personal que se dé continuidad a las formas de cuidados previos, pero que, en ocasiones, genera conflictos y enojos entre las partes.

En la misma línea que en el primer estadio, los autores proponen la *comunicación* entre los familiares y los cuidadores/personal, quienes deben mostrarse receptivos en las modalidades de cuidados previos. Aquí el rol del psicólogo puede ser el de mediador y generar puentes en el vínculo. Por otro lado, es importante otorgar información acerca de los procedimientos y pautas de cuidados llevadas a cabo en la institución. Esto puede realizarse mediante reuniones con los familiares para clarificar el plan terapéutico y de cuidados a generar. Por su parte, Schulz et al. (2014) observaron mejoras en el bienestar emocional cuando se realizaban llamadas telefónicas como intervenciones psicosociales, más allá de las visitas (además, se debe tener en cuenta que no siempre las visitas son posibles, sobre todo en aquellas personas que residen lejos o en el exterior).

En un tercer estadio, las familias logran acordar y delimitar con los cuidadores y el personal una nueva responsabilidad de tareas. De esta forma, delegan funciones a la residencia generando un vínculo de confianza antes disputado. En este momento, Rosenthal y Dawson (1992) proponen generar grupos de autoayuda entre familiares y reuniones entre familiares, la persona mayor y el equipo de trabajo. También plantean generar programas educativos sobre temáticas relativas a la vejez y envejecimiento.

Es importante considerar que las familias vienen con un bagaje simbólico acerca de lo que significa ser una persona mayor, lo que es cuidar y las expectativas de lo que es una residencia de larga estadía. A veces, los cuidados dispensados fueron adecua-

dos o acordes a las posibilidades de esa familia, pero también puede ocurrir que no. Que algo se haya realizado siempre de una forma, no significa necesariamente que sea correcto o que no pueda ser mejores. En este punto, el trabajo apunta a complementar, ajustar o incrementar el conocimiento a partir del fortalecimiento del vínculo familia - staff. El abordaje de los prejuicios y la psicoeducación se vuelven intervenciones necesarias.

Respecto a la psicoeducación, cabe mencionar que es una herramienta importante en todo el proceso, según situaciones emergentes y perspectivas de cambio de la situación de salud de la persona mayor. Por ejemplo, el mantenimiento y respeto de la autonomía es un tema que muchas veces tensiona la visión de la familia acerca de la persona mayor. Puede haber discrepancias entre lo que la persona puede hacer (sus deseos y capacidades) y lo que la familia percibe o cree que puede. Esto se complementa con el trabajo de todo el staff con la familia. Es importante poder acompañarla en la medida en que se van sucediendo cambios (patológicos o no). Conocer estos cambios y saber de qué manera actuar o intervenir, mejora el vínculo de la persona mayor con su familia y el staff.

Por último, en un cuarto estadio, la familia puede diferenciar sus necesidades de las de la persona mayor y merman los estados emocionales presentes en el primer estadio. Aunque la culpa sigue estando, hay más tranquilidad y aceptación de la situación. Hay una resignificación y reedificación de la vida personal, lo que les permite conformar roles por fuera de la residencia. Esto último es posible por el traspase de la inseguridad y falta de control presente en el primer estadio a una fase de mayor confianza y seguridad. Por ello, se sostienen las reuniones regulares entre las familias y el equipo con el fin de intercambiar información y mantener una continuidad en la relación positiva constituida.

#### *Particularidades de las intervenciones*

Es relevante poder plantear objetivos dirigidos a intervenciones de tipo social (actividades de inclusión de la familia, entorno próximo y con pares), ya que esto se liga al bienestar (Croas y Fernández Colmenero, 2013). Sin embargo, también puede ser un foco de conflicto. Procurar la participación de la familia o allegados tiene que poder hacerse sin perder de vista la historia vincular que los une. En ocasiones, se plantean y realizan intervenciones desde un ideal de familia que no condice con la realidad. No siempre la persona mayor quiere relacionarse con ella y viceversa. En los grupos familiares puede haber conflictos de diversa índole, formas de vinculación más o menos disfuncionales, que tensionan el vínculo con la persona mayor y se ponen de manifiesto en el cuidado de ella. Por lo cual, esta tarea debe hacerse teniendo en cuenta la voz de todos los protagonistas y evitando intervenciones cliché. Esto, como se puede conjeturar, desafía la labor del psicólogo.

Por otro lado, es importante trabajar en la prevención y/o en la intervención ante procesos que puedan desestructurar al suje-

to y a su familia, para evitar que se instalen estados depresivos (Salvarezza, 2005). Eso puede ocurrir, por ejemplo, ante la muerte de familiares. Uno de los grandes desafíos que se plantean es la comunicación de este tipo de noticias a la persona mayor y donde la familia busca estrategias o solicita ayuda a la institución. En este punto, entran a jugar un papel protagónico las representaciones acerca de la persona mayor y la capacidad para afrontar noticias de esta índole. La evaluación por parte del área psicosocial y la psicoeducación resultan de gran valor para que no se tomen decisiones en detrimento del residente.

En relación a lo anteriormente mencionado, otra tarea que se presenta como desafiante es el acompañamiento y contención del grupo familiar frente a los cuidados paliativos y muerte de la persona mayor. En este sentido, el trabajo que se realiza también en materia de capacitación al staff se torna indispensable. Se destaca la posibilidad de alojar las emociones diversas que la familia experimenta, así como también la desorientación, los enojos y el dolor.

Finalmente, la familia también puede ser convocada ante situaciones referidas al ejercicio de la sexualidad de la persona mayor para informarla de ciertas cuestiones y no como un espacio para "pedir permiso". Como las intervenciones se enmarcan dentro de un paradigma de derechos, se respeta la privacidad e intimidad de la persona que reside en la institución, como así su autonomía e independencia (no sin tensiones y situaciones desafiantes). Por ejemplo, si la persona forma una nueva pareja o desea realizar prácticas sexuales.

#### **Conclusiones**

A lo largo de este artículo, se focalizó en los diferentes tipos de trabajo e intervenciones posibles con las familias, considerando los emergentes desafíos en dicha tarea. Los procesos de toma de decisiones, ingreso y adaptación a una residencia de larga estadía conllevan la revisión de muchos supuestos sobre lo que es la vejez, el cuidado y las residencias de larga estadía. En este punto, la labor psicológica es una herramienta fundamental para que puedan ser ajustados.

Como se indicó, el proceso de institucionalización requiere de tomar conciencia de que los cuidados que necesita la persona mayor exceden a los domiciliarios. Las emociones pueden ser diversas y la sensación de desborde y culpa, cobran un conflictivo protagonismo. Por ello, se revisaron los estadios de adaptación de la familia a la residencia y de las visiones que esta última tiene sobre la primera. Institucionalizar implica modificar la manera de cuidar. Finalmente, se describieron intervenciones posibles según el momento en que se encuentre la familia en ese proceso de adaptación, destacando algunas particularidades.

En síntesis, el abordaje familiar se torna necesario para el trabajo integral con personas mayores, interviniendo desde un paradigma de derechos que fomente y priorice las necesidades de sus protagonistas.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Bauer, M. (2007). Staff-family relationships in nursing home care: A typology of challenging behaviours. *International Journal of Older People Nursing*, 2(3), 213-218. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00075.x>
- Buhr, G. T., Kuchibhatla, M., & Clipp, E. C. (2006). Caregivers' reasons for nursing home placement: clues for improving discussions with families prior to the transition. *The Gerontologist*, 46(1), 52-61.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2009). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology Geriatrics*, 48(3), 372-379. doi:10.1016/j.archger.2008.03.004
- Chen, C., Sabir, M., Zimmerman, S., Suitor, J. y Pillemer, K. (2007). The Importance of Family Relationships With Nursing Facility Staff for Family Caregiver Burden and Depression. *The Gerontological Society of America*, Vol. 62B, No. 5, P253-P260.
- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. 15 de junio de 2015.
- Croas, R. y Fernández Colmenero, L. (2013). *Módulo 5: Modelos comunitarios e institucionales de gestión gerontológica*. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- De los Reyes, C. (2007). *Familia y geriátricos. La relatividad del abandono*. Espacio Editorial.
- Fassio, A. (2007). La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina Imaginarios y realidades. X Rev. Arg. de Psiquiat., Vol. XVIII: 443-447.
- Garity, J. (2006). Caring for a family member with Alzheimer's disease. Coping with caregiver burden post- nursing home placement. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(6), 39-48.
- Gómez Morales, M. (2014). *El proceso de institucionalización en la tercera edad*. Universidad Internacional de La Rioja. Facultad de Empresa y Comunicación.
- Jauregui, R. (2022). La persona institucionalizada. En Berardini, D. (Ed.). *Geriatría desde el principio*.
- Padierno Acero, J. A. (1994). ¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias? *Revista de Servicios Sociales, Rev Zerbitzuan*.
- Rosenthal, C. y Dawson, P. (1992). Families and the institutionalized elderly. In: *Caregiving in dementia. Research and applications*. Jones, C. M. M. y Miesen, B. M. L. (Eds.). Routledge. London. pp. 398-418.
- Salvarezza, L. (2005). Capítulo 7. El trabajo con las familias en la clínica psicogerontológica (pp. 275-304). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós.
- Schulz, R., Rosen, J., Klinger, J., Musa, D., Castle, N. G., Kane, A. L. y Lustig, A. (2014). Effects of a Psychosocial Intervention on Caregivers of Recently Placed Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Gerontologist*, 37:4, 347-367, DOI: 10.1080/07317115.2014.907594
- Stampini, M., Oliveri, M. L., Ibararán, P., Londoño, D., June, H., & James, G. M. (2020). *¿Trabajar menos para cuidar de los padres? Los efectos del cuidado familiar de larga duración en el mercado laboral de cuatro países de América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.
- Utley-Smith, Q., Colon-Emeric, C., Lekan-Rutledge, D., Ammarell, N., Bailey, D., Corazzini, K. y Ruth, A. (2009). Staff perceptions of staff-family interactions in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 23, 168-177. doi:10.1016/j.jaging.2007.11.003