

# Luque Camacho Marta Inés TFG

*por* Marta Inés Luque Camacho

---

ARCHIVO	17355_MARTA_INÉS_LUQUE_CAMACHO_LUQUE_CAMACHO_MARTA_INÉS_TFG_969036_992555264.PDF (942.57K)	
HORA DE LA ENTREGA	24-ABR-2017 12:14P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS 10671
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA803856813	SUMA DE CARACTERES 58566



**Grado en Enfermería**

**Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Prevención del maltrato en personas  
mayores que sufren demencia***

Alumna: Marta Inés Luque Camacho

Director: Yolanda Ortega Latorre

**Madrid, Abril de 2017**

## Índice

1. Resumen.....	4
Abstract.....	5
2. Presentación.....	6
3. Estado de la cuestión.....	7
3.1. Fundamentación.....	7
3.1.1. Definición de maltrato. Tipos de maltrato. Factores de riesgo para el maltrato en personas mayores.....	7
3.1.2. Definición de demencia. Dificultad de comunicación con este tipo de paciente e instrumentos para determinarla.....	8
3.1.3. Datos epidemiológicos de demencia en personas mayores.....	9
3.1.4. Características de las familias con personas mayores con demencia a su cargo. Influencia en la vida familiar.....	9
3.1.5. Incremento de abuso en personas mayores. Datos epidemiológicos de los diferentes tipos de abuso.....	10
3.1.6. Quiénes ejercen el abuso?.....	12
3.1.7. Consecuencias de la población envejecida. Gran número de ancianos conviven en los hogares o son internados en instituciones.....	13
3.1.8. Diferencias entre los distintos lugares en los que ocurre el abuso en pacientes con demencia.....	14
3.1.9. Cuidadores de personas con demencia. Características del trabajo del cuidador. Instrumento para medir la sobrecarga del cuidador.....	15
3.1.10. Características del cuidador que maltrata y del anciano maltratado. Relaciones con el entorno.....	17
3.1.11. Posibles causas del maltrato:.....	18
3.1.12. Detección precoz del maltrato: cuestionarios. Papel de la enfermería en la detección precoz.....	19
3.1.13. Valoración del dolor en pacientes con demencia. Abordaje de la comunicación con este tipo de paciente.....	19
3.1.14. Importancia de la promoción de la salud mental a nivel multidisciplinar.....	20
3.2. Justificación.....	22
4. Población y captación.....	23
5. Objetivos.....	24
5.1. Objetivo general.....	24
5.2. Objetivos específicos.....	24
Objetivos de conocimiento.....	24
Objetivos en el área afectiva.....	24

Objetivos de habilidades .....	24
6. Contenidos.....	25
7. Técnicas de trabajo.....	26
8. Sesiones .....	27
8.1. Primer día .....	28
8.1.1 Primera sesión .....	28
8.2. Segundo día.....	29
8.2.1. Segunda sesión .....	29
9. Evaluación .....	31
10. Bibliografía .....	32
Anexos.....	35

## **1. Resumen**

En el mundo en el que vivimos por desgracia oímos con frecuencia hablar de violencia y maltrato. Puede ser violencia de género, por la que muchas mujeres sufren un acoso continuo en sus propios domicilios por parte de sus parejas, o también de padres a hijos, o de hijos a sus padres. Pero, ¿Qué conocemos sobre la violencia y el maltrato a las personas mayores?

Muchas personas mayores sufren un maltrato diario y a causa de enfermedades como la demencia, no son capaces por si solos de denunciarlo o enfrentarlo. A lo largo de nuestra profesión podemos encontrar casos sospechosos de maltrato en los que el anciano presente miedo o una conducta poco sociable hacia los cuidadores. Es primordial enseñar a los trabajadores de los centros sanitarios, en este caso a las enfermeras y enfermeros de Atención Primaria, la información necesaria para conocer qué tipo de población sería vulnerable a este tipo de maltrato, cuáles serían sus indicadores principales y diversos métodos para su detección.

**Palabras clave:** anciano, maltrato, violencia, demencia, cuidador.

## **Abstract**

Nowadays, unfortunately we often hear about violence and abuse. It can be gender abuse, where many women suffer continuous harassment in their own homes by their partners, or from parents to children, or from children to their parents. ¿So, what do we know about violence and abuse of the elderly?

Many older people suffer daily abuse, and the fact that they have any kind of dementia don't help them, so they feel more vulnerable. In our profession we can find suspected cases of abuse, where the elder people could present fear or an unsociable behavior towards the caregivers. It's primordial to teach the sanitary centers workers, in this case to the nurses of the Primary Care, the information needed to know about what kind of population would be vulnerable to this kind of abuse or what would be their main indicators and different methods for their detection.

**Keywords:** Elder, abuse, violence, dementia, caregiver.

## **2. Presentación**

Los avances sanitarios y la evolución de los cuidados en las personas mayores han favorecido para que la esperanza de vida haya aumentado. Así mismo, el número de años que las personas pasamos en nuestra vejez a cargo de nuestra familia, cuidadores y centros especializados han aumentado también.

Por desgracia es común la aparición de noticias relacionadas con personas mayores maltratadas por sus cuidadores o por la sociedad, siendo, en el caso de los ancianos que padecen demencia, difícil que ellos mismos se defiendan de sus agresores.

Por esta razón he decidido realizar un proyecto educativo en el que de manera global abarco la información existente sobre el abuso de personas mayores con demencia. Este proyecto tiene como finalidad enseñar a los profesionales de enfermería los conocimientos necesarios para detectar los casos, prevenir los posibles abusos a la población más vulnerable y saber actuar ante la presentación de uno de ellos.

### **3. Estado de la cuestión**

#### **3.1. Fundamentación**

A continuación se presentarán los diferentes apartados en los que se divide el Estado de la cuestión, mediante los cuales será más fácil comprender la situación de las personas mayores con demencia, tanto de manera microsocia, conociendo su ambiente más cercano y familiar, como de manera macrosocia, para situar a las personas mayores en la Sociedad y ver los factores que influyen en ellos.

##### **3.1.1. Definición de maltrato. Tipos de maltrato. Factores de riesgo para el maltrato en personas mayores.**

El maltrato se define como *"la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una perspectiva de confianza"* (Torres y Estrella, 2015, p.80).

Dentro del maltrato se pueden encontrar diferentes tipos, los cuales varían según el entorno, la persona y las características del agresor. Hay maltrato psicológico, físico, sexual, financiero y la negligencia o abandono. A continuación, se desarrollan cada uno de ellos:

- Maltrato psicológico: acción que ocasiona dolor, angustia, pánico o terror mediante actos verbales o no verbales, como: las amenazas, las humillaciones, los insultos, el rechazo, el aislamiento, el gritar, el privar de sentimiento de afecto, la instigación y la intimidación (Martínez-Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016).
- Maltrato físico: acción física que puede provocar lesiones corporales, dolor físico, además del dolor psicológico que produce incluso impedimento (Simone, Wettstein, Senn, Rosemann y Hasler, 2016).
- Maltrato financiero: se refiere al uso ilegal o inapropiado de un fondo, propiedad o activos de una persona (Simone et al., 2016).
- Maltrato sexual: cuando se es víctima de actividades de origen sexual sin consentimiento previo, tanto por personas del entorno más cercano o de extraños (Tronetti, 2014).
- Negligencia o Abandono: se produce cuando los cuidadores a cargo de una persona pueden no entender las necesidades que precisa el diagnóstico (Tronetti, 2014).

Podemos definir un factor de riesgo como *"una característica personal, social y familiar, cuya presencia puede aumentar la probabilidad de que se produzca un fenómeno"* (Martínez-

Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016, p.143). Los factores de riesgo para el maltrato, en este caso para las personas mayores que sufren demencia son los siguientes (Martínez- Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016):

- Factores individuales: sexo (femenino en la mayoría de casos), edad (avanzada: mayor de 75 años) y grado de dependencia (física, conductual, actitudinal, deterioro cognitivo)
- Factores relacionales del cuidador: sobrecarga física, tensión emocional, estrés, consumo de fármacos, alcohol y drogas, no estar asumido el papel del cuidador, pocas relaciones sociales exteriores, existencia de otras obligaciones laborales o personales, manifestación de sentimientos de frustración, ira, depresión, baja autoestima, soledad, etc.
- Factores sociales: existencia de actitudes y tradiciones culturales ("edadismo" o la representación del anciano como un niño pequeño), sexismos (el sexo femenino se ve afectado mayoritariamente), etc.

### **3.1.2. Definición de demencia. Dificultad de comunicación con este tipo de paciente e instrumentos para determinarla.**

El término demencia es usado para describir la pérdida de memoria y otras habilidades mentales, caracterizada por su continuo decline de las funciones cognitivas, la independencia física y la habilidad de autocuidado (Boye y Yan, 2016).

Este envejecimiento cognitivo es considerado como un acontecimiento normal durante el ciclo vital de las personas. Se produce una disminución de la eficacia del procesamiento de la comunicación, ya que repercute en tres áreas: el léxico, el procesamiento sintáctico y la organización del discurso (Cruz y Hernández, 2016).

Siguiendo a Cruz y Hernández (2016, p. 144), "*este deterioro debe ser significativo en uno o más dominios cognitivos como la atención, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptuales, motoras o sociales*". Además, puede acompañarse de depresiones, alteraciones de conducta, ansiedad, alteraciones motoras u otros trastornos psiquiátricos (Dettmore, Kolanowski y Boustani, 2009).

Existen un gran número de test y escalas para medir el deterioro cognitivo y funcional, como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC), el TDR o Test del Reloj y la Escala de Deterioro Global.

También se evalúa las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria con la Escala de Lawton y Brody. Para evaluar el lenguaje se utiliza comúnmente el Test de Boston para el diagnóstico de la afasia (Cruz y Hernández, 2016).

### **3.1.3. Datos epidemiológicos de demencia en personas mayores.**

En el mundo se conocen 47,5 millones de casos de demencia, incluyéndose una media de 7,7 casos nuevos cada año. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad es una de las principales causas de dependencia y discapacidad en personas mayores, ya que provoca un enorme impacto físico, económico y social entre otros, en su entorno, familia y la comunidad (OMS, 2016). Se conoce que en torno al 58% de las personas con demencia en el mundo viven en países con ingresos medios-bajos.

Se estima que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más, sufre demencia en un determinado momento de su vejez (OMS, 2016). Tras este aumento tan elevado de casos, se estima que el número de personas con demencia total en el año 2030 será de 75,6 millones, y en 2050 de 135,5 millones, hecho que puede asociarse con que el número de países con ingresos medios- bajos está en aumento también (OMS, 2016).

Siguiendo a Parra-Anguita y Pancorbo-Hidalgo (2013), en España existen unas 600.000 personas que padecen algún tipo de demencia y unas 400.000 la enfermedad del Alzheimer (este tipo de demencia representa entre el 40-60% de los casos en España).

Este aumento del número de personas con demencia a lo largo de los años, también acarreará que se vea afectada de forma negativa la salud y la calidad de vida de sus familias, parejas, comunidades y entorno. Esta enfermedad se ve influenciada por la edad del paciente, ya que con los años, el desgaste funcional y neuronal, las enfermedades físicas y psicológicas, el estado económico y la poca accesibilidad a los recursos agravarán la situación del enfermo (Yan, 2014).

### **3.1.4. Características de las familias con personas mayores con demencia a su cargo. Influencia en la vida familiar.**

Uno de los puntos de mira a la hora de actuar ante el maltrato en personas mayores que sufren de demencia, es la familia y su entorno. Puede definirse la violencia familiar *“como todo*

*acto que por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a una persona mayor por parte de un miembro de la familia” (Rivera, Castro, De los Ríos y Abad, 2015, p.3).*

Se prevé que entre un 35 y un 50% del maltrato en personas mayores con demencia es propiciado por las familias, e incluso puede aumentar el número de casos si añadimos la violencia verbal (Coyne, Reichman y Berbig, 1993).

Un estudio realizado por Escuredo (2007), revela que en la gran mayoría de las familias al cuidado de estos pacientes está declarada como cuidadora oficial la mujer (ya puede ser hija, o esposa), ya que el varón solo se presenta como cuidador ocasional en el caso de que la mujer no pudiera realizar los cuidados o estar a cargo del mayor. Muchas de estas familias no disponen de los recursos económicos necesarios en el caso de necesidad de internarle, por lo que en demencias de mayor grado que necesitan de unos cuidados más intensivos, se produce un enorme desgaste familiar y del cuidador. Muchas veces el cuidador principal llega a adquirir un sentimiento de culpa cuando descansa o no está permanentemente con el mayor (Rivera et al., 2015).

El cuidado a un paciente de estas características influye también en la vida familiar de sus cuidadores, ya que esta mayor atención que exige la situación provoca sobrecarga, episodios conflictivos con el paciente y entre los familiares (algunos miembros de la familia no entienden el excesivo cuidado al mayor, o el abandono de otros asuntos familiares), lo cual puede acabar provocado una situación de maltrato psicológico o físico (Rivera, 2011).

### **3.1.5. Incremento de abuso en personas mayores. Datos epidemiológicos de los diferentes tipos de abuso.**

Uno de los factores más comunes en el abuso de personas mayores es el sentimiento de sobrecarga en el cuidador. Un estado crónico de la enfermedad y una aparición de demencia prematura produce un 50% más de estrés y sobrecarga en este tipo de cuidador con respecto al otro, que no esté a cargo de un paciente de estas características (Kishimoto, Terada, Takeda, Oshima, Honda, Yoshida, Tokota y Uchitomi, 2013).

Según el estudio de Blumenfeld, Fietz y Zúñiga (2016), el 10% de las personas mayores son afectadas por una situación de abuso en algún momento a lo largo de su vejez. Además, entre el 10 y el 54% de los profesionales que están a cargo de personas mayores confiesan haber realizado algún tipo de abuso a lo largo de su carrera. Por otra parte el 80% de los trabajadores confiesan haber presenciado algún tipo de abuso, aunque no siempre han sido denunciados.

En cuanto a los diferentes tipos de abuso, Blumenfeld y colaboradores (2016), estudiaron la prevalencia de abuso psicológico, físico y de negligencia o abandono en personas mayores que sufren demencia. Se ha descubierto que el abuso físico viene precedido por el abuso psicológico y emocional en su mayoría de casos. Así mismo, un abuso sexual viene acompañado anteriormente por abusos psicológicos y negligencias. En cuanto a los diferentes tipos de abuso y su prevalencia, no se ha encontrado una diferencia significativa entre las unidades especializadas en este tipo de pacientes y las que no lo están (Blumenfeld et al., 2016).

Como puede verse en el siguiente gráfico la prevalencia de los diferentes tipos de abuso está distribuida de manera totalmente heterogénea, siendo el abuso psicológico el que mayor número de casos presenta.



Figura 1. Distribución de los distintos tipos de abuso en personas mayores

El abuso psicológico es claramente el tipo de maltrato con mayor prevalencia en los casos de maltrato de las personas mayores que sufren demencia. A este le siguen el abandono o negligencia y el abuso sexual y financiero, con prevalencia bastante similar. Por último el abuso con menor número de casos es el físico, aunque es el que ocasiona daños más graves.

### 3.1.6. Quiénes ejercen el abuso?

Tras un previo conocimiento de los tipos de abuso, es importante conocer además la prevalencia de quién realiza ese abuso y en qué medida. Simone y colaboradores (2016) realizaron un estudio acerca de la distribución de los maltratadores. Como hecho significativo descubrieron que un 37% de los maltratadores de personas mayores son los cuidadores "contratados", ya sean particulares contratados por la familia o por la persona mayor o, trabajadores de alguna entidad residencial.

A continuación, el siguiente grupo (con un 17%), lo constituye la pareja de la persona mayor, realizando un abuso principalmente psicológico, según los estudios de Blázquez, Moreno y García- Baamonde (2010). Cuando los niveles de comunicación y solución de problemas son bajos ya sea por la propia personalidad de los integrantes de la pareja, o debido a una enfermedad, como la demencia, se crean sentimientos de ira, rabia e impotencia, los cuales afectan a la situación del cuidado de la persona.

Los maltratadores muestran una intención de control de conducta al emplear la violencia sobre la persona a su cargo. El estado de enfermedad o en este caso de demencia, es usado por los maltratadores como una vía fácil para la humillación, la descalificación, la ridiculización o las amenazas de abandono (Blázquez et al., 2010).

Blázquez y colaboradores (2010), refieren que Taverniers realizó una clasificación en 2001 de las presentaciones del maltrato psicológico según su grado de evidencia, tal como puede observarse en la tabla 1.

Otros responsables de ejercer el maltrato a personas mayores según el estudio de Simone y colaboradores (2016), son los hijos (14%) y las hijas (8%), observándose una significativa diferencia de casi el doble, superior en el sexo masculino. El cuarto grupo engloba el maltrato realizado por las empresas y comercios (11%), los cuales ejercen un abuso de tipo financiero. El resto de maltrato viene derivado de otros familiares, autoridades, amigos, etc.

Tabla 1. Indicadores del maltrato psicológico de Taverniers (2001).

1. DESVALORIZACIÓN	1. Ridiculización 2. Descalificación 3. Trivializaciones 4. Oposiciones 5. Desprecio
2. HOSTILIDAD	1. Reproche 2. Insultos 3. Amenazas
3. INDIFERENCIA	1. Falta de empatía y apoyo 2. Monopolización
4. INTIMIDACIÓN	1. Juzgar, criticar, corregir...etc. 2. Posturas y gestos amenazantes 3. Conductas destructivas
5. IMPOSICIÓN DE CONDUCTAS	1. Bloqueo social 2. Órdenes 3. Desviaciones 4. Insistencia abusiva 5. Invasiones de la privacidad 6. Sabotajes
6. CULPABILIZACIÓN	1. Acusaciones 2. "Gaslighting": presentar información falsa para hacer dudar a la persona de su memoria 3. Negación/ desmentida
7. BONDAD APARENTE	1. Manipulación de la realidad

### 3.1.7. Consecuencias de la población envejecida. Gran número de ancianos conviven en los hogares o son internados en instituciones.

En España actualmente existen 8,5 millones de personas mayores de 65 años, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), constituyendo el 18,1% de la población. Predomina el sexo femenino ante el masculino, con un 34% más de mujeres que de hombres ancianos (INE, 2016).

Se estima que la edad aproximada de esperanza de vida de las mujeres en España es de 83 años, frente a la de los hombres que es de 80 años. Una longevidad mayor significa un mayor gasto de los recursos sanitarios, entre otros efectos, ya que el 43% de las altas hospitalarias son de personas mayores de 65 años (OMS, 2016).

Las principales causas de muerte en España son, en este orden (INE, 2016):

- Enfermedades del aparato circulatorio
- Cáncer
- Problemas del aparato respiratorio
- Enfermedades mentales y nerviosas, como las *demencias* y *el Alzheimer*.

Existe una fuerte relación entre la edad de la persona y su deterioro físico. Conner y colaboradores (2010) realizaron un estudio en el que investigaban la relación entre la incapacidad y la edad. A partir de los 65 años, comienzan los internamientos en mayor medida en las residencias de ancianos u otras instituciones, ya que es a esta edad cuando empiezan a necesitar los cuidados a largo plazo.

Según Abellán y Puyol (2015), se han observado un incremento de los hogares unipersonales de personas de 65 y más años en los últimos años, aunque en menor medida que en otros países europeos. Es difícil conocer el número de personas mayores que viven en residencias o sus casas, pero se estima que el 40% reside en su domicilio y prefiere tener un cuidador que vaya a visitarle y realizarle los cuidados en su propio hogar. En muchos de estos casos, las personas mayores tienden a contratar empleados no siempre cualificados para cuidarles, existiendo en España 4,5 millones de personas que son cuidadores no profesionales.

### **3.1.8. Diferencias entre los distintos lugares en los que ocurre el abuso en pacientes con demencia.**

Entre un 5-6% de las personas mayores sufren situaciones de maltrato en su domicilio, pudiendo aumentar hasta un 25% si se trata de personas dependientes (Castilla, Palma y Gómez, 2013), y un 10% si están alojados en instituciones, donde se estima que el 40% es abuso psicológico y 10% físico (Ruelas, Pelcastre y Reyes, 2014).

En estos casos de maltrato, sólo 1 de cada 5 está registrado. Esta situación se denomina el "*fenómeno iceberg*", donde los trabajadores, familiares o acompañantes, saben lo que ocurre, y hasta pueden llegar a conocer los procedimientos de actuación frente al abuso, pero no lo notifican o lo dejan pasar por alto (Torres y Estrella, 2015).

Blumenfeld y colaboradores (2016) refieren cómo tanto en el domicilio como en centros sanitarios, residencias, hogares para personas mayores, etc., la denuncia del maltrato puede

venir por tres vías diferentes: por parte de la persona maltratada, por parte de quién o quienes ejercen el abuso, o por parte de terceros conocedores del abuso. Cuando los informantes del abuso son los propios autores del mismo, es difícil conseguir que se relaten los hechos con la gravedad con la que ocurrieron, o que lleguen a admitir que los hechos fueron abusivos, por lo que puede verse distorsionada la realidad. A veces, cuando el denunciante es la víctima de los abusos, tienen miedo de poner en peligro la relación con la persona de la que dependen, y dificulta también el relato de lo sucedido por miedo a quedarse solos, miedo a que los abandonen en la calle y no tener donde ir o miedo a que se queden todos sus bienes y no tener nada para vivir.

Además, las personas mayores con demencia que no están supervisadas por un cuidador, tanto profesional como no profesional, son más propensos a padecer cambios de humor, estados de ánimo negativo, dificultad funcional, problemas de higiene, vestimenta y autocuidado, riesgos de seguridad, etc. Estos hechos son conocidos como *comportamientos autonegligentes* y es de gran importancia la supervisión enérgica, motivacional y específica de estos pacientes (Caspi, 2014).

Así mismo, y como conclusión, para remarcar la importancia de este fenómeno y recalcar la relevancia de que el personal de enfermería pueda detectarlo en consulta u otro ámbito, podemos decir que, el número de casos de abuso y abandono en los hogares y en entornos familiares del anciano, es mayor que en las residencias o centros sanitarios, por lo que hay que actuar con toda la población y no únicamente con la que acude a los centros sanitarios. (Simone et al., 2016).

### **3.1.9. Cuidadores de personas con demencia. Características del trabajo del cuidador. Instrumento para medir la sobrecarga del cuidador.**

Siguiendo a Saraiva y colaboradores (2016), *“la tarea de cuidar implica, a menudo, la depresión y disminución de la calidad de vida, combinado con la ausencia de servicios domiciliarios, y la convivencia con una persona mayor dependiente, contribuye a una tensión emocional de las experiencias de la vida diaria”* (Saraiva et al., 2016, p.8).

Actualmente, existe una falta de apoyo social a la salud del cuidador, quedando esta en segundo término oculta tras la de la persona dependiente. Esto puede acarrear la aparición de síntomas como el estrés que incluso puede permanecer años tras la muerte

del anciano (Saraiva et al., 2016). Otros síntomas reconocidos pueden ser la depresión, ansiedad e irritabilidad, los cuales pueden venir acompañados de un sentimiento de incapacidad de cuidar y de no estar preparado para el futuro (Cooper y Livingston, 2014).

Por un lado el cuidador profesional posee una dificultad a priori a la hora de cuidar del anciano con demencia, ya que conoce al paciente una vez se ha desarrollado el deterioro. Al no conocer a esa persona con anterioridad, será más difícil entenderle y saber gestionar la situación y los cuidados proporcionados (Cooper y Livingston, 2014). Por otro lado, los cuidadores no profesionales o no formados para el cuidado, que se sienten psicológicamente angustiados, agobiados por el cuidado o que no usan estrategias de afrontamiento del estrés útiles, tienen más probabilidad de actuar de manera abusiva (Cooper y Livingston, 2014).

Las principales causas por las que los cuidadores no reportan el abuso (Cooper y Livingston 2014) son:

- Falta de conocimiento / entendimiento del abuso
- Dificultad en la comunicación con un paciente con demencia a la hora de preguntar si ha sufrido abuso
- No saber manejar la situación
- Miedo de perder las relaciones laborales
- Miedo de ofender
- Miedo de recriminaciones
- Miedo de estar equivocado
- Empatía con los abusadores
- Creer que los procedimientos diseñados para lidiar con el abuso son inapropiados

Respecto a los instrumentos para medir la sobrecarga del cuidador, hay que indicar que el test de Zarit (anexo 1) está recomendado para medir la sobrecarga subjetiva del cuidador de ancianos. Este instrumento consta de 22 preguntas relacionadas con las sensaciones subjetivas del cuidador, puntuadas de 1 (nunca, casi nunca) a 5 (casi siempre, siempre). Si el cuidador obtiene una puntuación menor de 47, se entiende que éste está en situación de sobrecarga. Si la puntuación está comprendida entre 47 y 55 se interpreta como sobrecarga leve y si es superior a 55 como sobrecarga intensa.

### **3.1.10. Características del cuidador que maltrata y del anciano maltratado. Relaciones con el entorno.**

En una situación de maltrato tenemos dos partes a estudiar: el maltratador y el maltratado, los cuales pueden ser de muy diferentes maneras, presentar diferentes actitudes y situarse en diferentes entornos. Pero tras muchos estudios sobre el perfil más vulnerable al maltrato, se ha encontrado un prototipo de maltratador y maltratado que aparece en muchos de los casos denunciados.

En el caso del *perfil del cuidador que maltrata*, como se ha mencionado anteriormente, se trata de un prototipo de cuidador estresado, psicológicamente inestable, con cierto nivel de sobrecarga, pero el cual no utiliza estrategias de cuidado (bien por no aceptar otras maneras de cuidar que no sean las suyas, bien por desconocimiento de ayudas). La presencia de ansiedad y depresión viene acompañada de una de falta de confianza en su habilidad de cuidar (Cooper y Livingston, 2014).

Además, influye mucho la razón por la que se dedican al cuidado del anciano, siendo mayor el porcentaje de abusos (32%) si se trata de miembros de la familia que tienen que cuidar al anciano porque no hay nadie más que lo haga por él y no ha encontrado otros medios. Si se trata de cuidadores cuya razón para el cuidado es la buena relación que han tenido con el anciano, la tasa de maltrato desciende (Cooper y Livingston, 2014).

Se detectan cada vez más casos de cuidadores que padecen un desorden psiquiátrico y por tanto poseen un alto nivel de dependencia familiar. Muchos de los enfermos con algún desorden psiquiátrico han vivido con sus padres muchos años debido a la incapacidad de independizarse por su enfermedad, por lo tanto, cuando los padres se hacen mayores, es el hijo/a el encargado de cuidarles a ellos. Esta situación se hace muy difícil ya que su propio tratamiento psiquiátrico no está controlado, siendo más común la aparición de brotes psicóticos (Labrum, 2017).

Por otro lado, el *perfil de anciano maltratado* es muy variable. Tras varios estudios, se ha encontrado mayor prevalencia en (Saraiva et al., 2016): mujeres (viudas y separadas), baja escolaridad, depresión, sufre algún tipo de demencia y conviven con su maltratador. Ancianos que en su juventud han vivido una situación de violencia doméstica no resuelta o han ejercido violencia a sus familiares, son más propensos a padecer un trato abusivo en su vejez, ya

que, si se educa en un entorno violento, el maltrato no acaba con la jubilación (Tronetti, 2014).

Por último, otro grupo víctima de abuso y maltrato por sus cuidadores, en este caso en mayor medida en centros residenciales o clínicos, son los ancianos homosexuales y transgenero, de razas diferentes a las del agresor o cualquier otra diferencia con él, los cuales forman un grupo vulnerable ante estas agresiones (Tronetti, 2014).

### **3.1.11. Posibles causas del maltrato:**

Según algunos estudios (Cooper, Dow, Hay, Livingston y Livingston, 2013) destacan las posibles causas para el maltrato:

#### **> Excesiva burocratización**

Siguiendo a Cooper y colaboradores (2013), a veces es complicado conocer que pasa tras las puertas cerradas, pudiendo ser la burocracia un impedimento para establecer un cuidado de calidad. Bajo el amparo de la protección (cortinas, puertas cerradas), los cuidadores que han realizado algún tipo de maltrato han visto la posibilidad de encubrir sus actos. Además, la falta de comunicación entre los trabajadores y de información con las personas que están a su cargo, se ve también reflejado en un déficit de cuidado.

#### **> Malas condiciones de los cuidadores**

Los trabajadores con menor poder en las unidades o centros se sienten incapaces de denunciar malos tratos o déficits de cuidados a los pacientes, por miedo a no tener a nadie que los respalde. El sentimiento de estar infravalorado, mal pagado, o señalados cuando se han cometido errores, les hace más propensos a actuar de manera negligente o abusiva.

#### **> Despersonalización**

Para evitar este fenómeno es importante tratar al anciano como una persona y no como un elemento más al que realizar una serie de técnicas. Conocer su nombre, su historia y realizar un cuidado personalizado según sus necesidades.

➤ **Rechazo del anciano al cuidador**

Algunos residentes de los centros actúan agresivamente hacia los cuidadores por diferentes causas: no admiten la necesidad de ser cuidados de por vida, tienen un trabajador favorito y no quieren otro que no sea él, tienen caracteres homófobos, racistas, etc. Esto provoca un sentimiento de rechazo en el cuidador que puede acabar en maltrato.

**3.1.12. Detección precoz del maltrato: cuestionarios. Papel de la enfermería en la detección precoz.**

Desde la consulta de enfermería de Atención Primaria, o desde cualquier ámbito en el cual las enfermeras y enfermeros tengan acceso a un posible caso de maltrato a una persona mayor que padece demencia, puede realizarse una labor esencial para disminuir la incidencia de este fenómeno. Para ello existen diferentes cuestionarios que pueden facilitar la detección precoz del maltrato.

Mediante el cuestionario llamado "*The Care Home Conflict Scale*" (anexo 2) utilizado para los cuidadores que trabajan en casa con el anciano, se pueden realizar las preguntas de forma anónima. El objetivo de este cuestionario es que el propio maltratador exprese de la mejor manera los actos realizados con el fin de valorar si hay maltrato o no (Cooper et al., 2013).

Por otro lado, el "*Cuestionario de ayuda al profesional de enfermería de atención primaria para la detección del maltrato en personas mayores*" (Torres y Estrella, 2015), (anexo 3), consta de una serie de preguntas de simple respuesta dirigidas al anciano. El resultado del cuestionario nos dará una idea del tipo de maltrato que padece, según el predominio de preguntas con mayor puntuación.

**3.1.13. Valoración del dolor en pacientes con demencia. Abordaje de la comunicación con este tipo de paciente.**

En situaciones de maltrato, muchos de los derechos de la persona se ven violados por el maltratador. Centrándonos en el maltrato de los cuidadores tanto profesionales como no profesionales a las personas mayores que padecen demencia, podemos detectar dos

principios afectados: el principio de No-maleficiencia y el Derecho del respeto de su dignidad y autonomía (Buzgová y Iranova, 2011)

Siguiendo a Papiol y Abades (2015), en torno a un 45% de las consultas en Atención Primaria son a causa del dolor en el anciano, el cual es muy importante valorar, y aprovechar la consulta para detectar el origen del dolor. Hoy en día existen varias escalas para la valoración del dolor (escala EVA y escala PAINAD para pacientes con demencia) (Papiol y Abades, 2015).

Entre un 48-83% de los ancianos con demencia que viven en centros residenciales sufren de dolor crónico (Papiol y Abades, 2015). Pacientes ancianos, que padecen alteraciones cognitivas reciben menos analgesia debido a la dificultad de comunicar su dolor. En fases avanzadas de la enfermedad, y como muestra de abandono, pueden padecer úlceras por presión, infecciones urinarias, infecciones respiratorias, malnutrición, estreñimiento causado por inmovilidad y dolor debido a la propia demencia (Papiol y Abades, 2015).

Como se ha dicho anteriormente, las personas mayores sufren un envejecimiento cognitivo a causa del paso de los años, lo que provoca una dificultad en el lenguaje y la comunicación. Se trata de una *"pérdida de eficacia en el procesamiento de operaciones mentales, aunque se mantienen los conocimientos mantenidos"* (Pérez y Hernández, 2016, p.144). En demencia se produce un deterioro en la atención, el aprendizaje, la memoria, las habilidades del lenguaje, y la incapacidad de realizar las actividades de la vida diaria. Además, esto puede desencadenar trastornos psiquiátricos como depresiones, alteraciones de conducta y motoras, alucinaciones, etc. (Pérez y Hernández, 2016).

#### **3.1.14. Importancia de la promoción de la salud mental a nivel multidisciplinar.**

Hoy en día existen gran cantidad de Guías de Práctica Clínicas (GPC), que son *"recomendaciones para aplicar en la atención de personas que pueden padecer una enfermedad"*, como en nuestro caso, la demencia (Parra-Anguita, Granero-Moya y Pancorbo-Hidalgo, 2016, p.2).

En el ámbito de la salud mental, el número de psiquiatras, psicólogos y enfermeros especialistas y las GPC accesibles, es reducido en la mayoría de los centros de Atención Primaria. Según Saavedra, Berenzon y Galván (2016), la propuesta es integrar la salud mental

en el primer nivel de atención para favorecer la detección precoz, la prevención y el tratamiento de los trastornos.

Algunos de los aspectos que han favorecido o limitado el desarrollo de la salud mental son (Saavedra, Berenzon y Galván, 2016): organización de los servicios que atenderían la salud mental, los recursos materiales e infraestructuras y la información y los recursos humanos.

Los trabajadores de Atención Primaria resaltan que tienen muy poco tiempo en la consulta para detectar problemas de salud mental, como puede ser el caso de sobrecarga de un cuidador, estrés, déficits cognitivos o incluso demencia del anciano. Por eso reclaman una especialidad propia de salud mental, donde sea el tema principal de la consulta y así poder abordar de manera global las necesidades del paciente (Saavedra, Berenzon y Galván, 2016).

### **3.2. Justificación**

El incremento de la esperanza de vida de las personas en nuestro país ha dado lugar a una mala gestión de los recursos destinados a la asistencia de los más mayores. Una mayor esperanza de vida significa un incremento del gasto en servicios sanitarios, materiales, cambios adaptativos del entorno, recursos personales, etc. En los últimos años de vida es donde precisamos mayores cuidados y una asistencia plena, ya que muchas veces por nosotros mismos no podemos valernos para nuestras actividades diarias.

Además, a causa de una mayor longevidad de las personas, vamos a necesitar a un cuidador o grupo de cuidadores que miren por nuestra salud, ya puede ser en centros especializados o en el propio domicilio, por cuidadores profesionales o por familiares, amigos, etc.

Existen diferentes investigaciones en la prevención del maltrato de las personas mayores, pero este proyecto está centrado especialmente en las que padecen demencia, ya que constituyen un grupo más vulnerable. Podemos encontrar personas mayores cuyo estado físico y neurológico no ha sufrido el impacto de los años y su deterioro, por lo que este proyecto está destinado a aquellas que padecen demencia, las cuales por su estado tienen mayor dificultad para denunciar los episodios de abuso.

Es de gran importancia conocer tanto la percepción de las personas mayores como de sus cuidadores, los cuales, debido al aumento de la esperanza de vida, pasarán más años cuidando de su familiar en casa, o los trabajadores pasarán más tiempo con su paciente en un centro, lo que puede llevar al desgaste y a la sobrecarga.

Desde la atención de enfermería a estos pacientes, se debe aprender a detectar los casos vulnerables al maltrato y el abuso, los que ya existen y los posibles casos potenciales. La intención de este proyecto es aumentar los conocimientos sobre este problema para que así sea más fácil su detección, administrando además recursos como formularios y tablas para facilitar la labor de enfermería.

## **4. Población y captación**

**Población diana:** el proyecto va dirigido a todos aquellos profesionales de enfermería que actualmente trabajen en el Centro de Salud Las Américas (Parla), sin necesidad de tener experiencia previa en unidades de geriatría o tener conocimientos sobre ellas. También podrán asistir antiguos profesionales de enfermería que hayan trabajado en el centro que estén interesados en los talleres.

**Captación:** Se realizará una captación directa de cada profesional y las sesiones se realizarán en las horas destinadas a la formación de los trabajadores del centro. Se repartirán carteles del taller (anexo 4) en los que aparecerán los principales datos y temas a tratar en las sesiones. Además se utilizarán unos formularios en los que los participantes escribirán sus datos, para facilitar la gestión y que se pueda contactar con ellos si fuera necesario (anexo 5).

## **5. Objetivos**

### **5.1. Objetivo general**

El principal objetivo de este proyecto educativo es informar y educar a los profesionales de enfermería acerca de los problemas de maltrato y abuso que sufren las personas mayores con demencia de nuestra población, con el fin de prevenir que estos casos ocurran o si ocurren que sean detectados precozmente.

### **5.2. Objetivos específicos**

Tras haber finalizado el proyecto educativo y haber asistido a todas sus sesiones, el profesional de enfermería será capaz de demostrar los siguientes conocimientos:

#### **Objetivos de conocimiento**

- Definir maltrato.
- Definir demencia.
- Conocer los diferentes tipos de maltrato.
- Conocer los diferentes tipos de cuidadores y dónde se realizan los cuidados.
- Tener una visión general sobre la población anciana y los cuidados que precisan.
- Saber interpretar los cuestionarios y test como parte del material para detección precoz del maltrato.

#### **Objetivos en el área afectiva**

- Favorecer a crear un entorno de confianza entre el paciente anciano y el enfermero, donde sea capaz de explicar su situación de la mejor manera posible.
- Aumentar la confianza en sí mismos de los enfermeros a la hora de saber abarcar estas situaciones.
- Asimilar la información explicada en las sesiones e integrarla en un cuidado más humano y cercano al paciente.

#### **Objetivos de habilidades**

- Aprender a manejar los cuestionarios y aplicarlos en sus consultas como método de trabajo.
- Fortalecer la capacidad de comunicación con pacientes ancianos que padecen demencia.

## 6. Contenidos

El taller sobre “Prevención del maltrato en personas mayores” seguirá el plan establecido en el poster (anexo 4). Este taller se realizará en un entorno cercano donde un grupo de enfermeros y enfermeras podrán expresar sus experiencias previas al taller, además de resolver sus dudas y formarse sobre el tema a tratar.

- **Introducción:** presentación de los colaboradores del proyecto y los diferentes temas a tratar en la presentación.
- **Qué sabemos sobre el maltrato:** comenzaremos explicando su definición, los diferentes tipos y su prevalencia.
- **Las personas mayores, un grupo poblacional vulnerable:** se realizará una explicación sobre la situación actual de las personas mayores, la población envejecida de este país, su epidemiología y los recursos que necesitan para su cuidado.
- **Los tipos de cuidadores, quién ejerce el maltrato:** diferentes tipos de cuidadores y datos estadísticos sobre la prevalencia del maltrato en cada uno de ellos.
- **Relación familiar y entorno del anciano:** situación en la que viven, cuidados que precisan, y ambiente en el que conviven con otras personas.
- **Prevalencia del maltrato a personas mayores en diferentes ámbitos:** en sus domicilios, residencias o centros clínicos.
- **Características del maltratado y el maltratador.**
- **Cómo detectar el maltrato, comunicarse con el anciano:** diferentes consejos de comunicación con ellos, además de explicar y aportar cuestionarios o guías para la actuación en una sospecha de caso de maltrato.
- **Sobrecarga del cuidador, cómo detectarla:** definición, cuestionarios y pautas.
- **El dolor en el anciano con demencia:** dificultad para expresarlo por causa de la demencia, valoraciones de enfermería.

## 7. Técnicas de trabajo

En el transcurso de las sesiones, gracias a la utilización de diferentes técnicas, se conseguirá transmitir conocimientos, el cambio de actitud de los profesionales frente al maltrato y conseguir unos trabajadores más formados dentro del procedimiento de formación continuada.

Se utilizarán para ello técnicas tanto expositivas como debates, donde los profesionales podrán explicar experiencias previas, analizarlas y resolver sus dudas. La planificación de las sesiones será la siguiente:

<b>Primer día</b>	<b>Primera sesión</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Introducción</li><li>2. Qué sabemos sobre el maltrato</li><li>3. Las personas mayores, un grupo poblacional vulnerable</li><li>4. Los tipos de cuidadores, quién ejerce el maltrato</li><li>5. Relación familiar y entorno del anciano</li></ol>
<b>Segundo día</b>	<b>Segunda sesión</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Prevalencia del maltrato a personas mayores en diferentes ámbitos.</li><li>2. Características del maltratado y el maltratador.</li><li>3. Cómo detectar el maltrato, comunicarse con el anciano.</li><li>4. Sobrecarga del cuidador, cómo detectarla.</li><li>5. El dolor en el anciano con demencia.</li></ol>

## 8. Sesiones

El proyecto está dividido en dos sesiones repartidas en dos días consecutivos en el mes de Mayo (días 10 y 11 de Mayo de 2017), con el objetivo de que el personal esté formado antes de los meses de verano, en los que muchos ancianos son abandonados mientras su familia, por ejemplo, se va de vacaciones.

Las sesiones se impartirán en el aula de exposiciones de la planta baja del centro de salud "Las Américas" de Parla. El taller comenzará a las 14:00 h y terminará a las 15:00 h, aprovechando el espacio para talleres y sesiones clínicas que tiene reservado el centro. El beneficio de este horario es que podrán asistir tanto el personal de por la mañana, que acaba su turno a las 14:00, como el personal de la tarde, que comienza a pasar consulta a las 15:00.

Al taller podrá asistir cualquier trabajador del centro de salud. Aunque esté destinado para el personal de enfermería que cubre a la población adulta, puede inscribirse en el taller cualquier enfermera o enfermero, médicos, psicólogos, auxiliares y los alumnos de enfermería y medicina. Si existe una persona externa al centro que quisiera apuntarse en el taller debería hablar con el organizador para registrarse.

A los talleres podrán asistir un máximo de 15 participantes, ya que no se recomienda un número mayor porque se busca la participación y la intervención de los asistentes y que la información transmitida llegue a todos y sea bien comprendido el mensaje.

Para la participación en el taller será necesario haberse inscrito en él por medio de un formulario (anexo 5). La supervisora informará a los trabajadores sobre el taller, sus fechas y los temas que tratará, y repartirá el formulario a los interesados.

El taller será impartido por un profesional de enfermería experto en Geriatría y trabajador del centro de salud, formado en el tema del maltrato y el abuso a las personas mayores. Con la colaboración de la supervisora, que dará la bienvenida a los asistentes de las sesiones y presentará el taller. A continuación, se explicará detalladamente en que consiste cada sesión.

## **8.1. Primer día**

### **8.1.1 Primera sesión**

La sesión comienza a las 14:00 h del día 10 de Mayo en el aula de exposiciones de la planta baja. Comenzará con la bienvenida de la supervisora a los asistentes del taller y la presentación de la enfermera que lo impartirá. Se describirán los diferentes apartados de los que hablaremos en esta sesión, que serán los siguientes:

1. Introducción.
2. Qué sabemos sobre el maltrato.
3. Las personas mayores, un grupo poblacional vulnerable.
4. Los tipos de cuidadores, quién ejerce el maltrato.
5. Relación familiar y entorno del anciano.

Se intentará crear un ambiente cómodo y cercano para que los asistentes se sientan libres de intervenir, preguntar dudas y exponer vivencias con el fin de hacer más dinámico el taller.

Material: Cartel para hacer referencia durante la explicación de las sesiones y horarios.

Tiempo: 10 minutos.

- *Técnica de trabajo 1:*

Investigación en el aula: tormenta de ideas y vivencias.

Se comenzará la sesión con la intervención de los participantes de manera voluntaria, pudiendo exponer sus conocimientos hasta ahora sobre el maltrato. Podrán relatar casos que hayan vivido en los que crean que existía maltrato o abuso a una persona mayor y no supieron cómo actuar, exponer sus miedos frente al tema, etc.

Se atenderá a cada participante utilizando la escucha activa y empática. Se tomará nota en la pizarra de los miedos y cuestiones verbalizadas por cada uno para tratarlas posteriormente y resolver sus dudas.

Material: Pizarra

Tiempo: 10 minutos.

- *Técnica de trabajo 2:*

Expositiva: Exposición del tema.

La enfermera especialista comenzará tratando los diferentes ítems de la sesión citados anteriormente. Se utilizará una presentación de Power Point con diapositivas de visión clara y lectura sencilla, sin mucho contenido escrito para que su desarrollo y entendimiento sea más fácil.

La actitud será cercana y mostrará disposición para resolver dudas y cuestiones que vayan surgiendo durante la exposición. Se mostrará segura y dará confianza sobre el tema que está tratando, remarcando los conceptos y datos importantes.

Material: Proyector y Pantalla, Power Point, puntero láser.

Tiempo: 35 minutos.

Se reservarán los últimos 5 minutos para despedir y finalizar la sesión, animar a que asistan al día siguiente (se expondrá de manera rápida los temas que se tratarán) y resolver las dudas que no hayan sido expuestas anteriormente.

## **8.2. Segundo día**

### **8.2.1. Segunda sesión**

Presentación del segundo día del taller, se dará la bienvenida a los participantes, y se expondrán los temas que se tratarán en la sesión 2, y la duración de esta:

1. Prevalencia del maltrato a personas mayores en diferentes ámbitos.
2. Características del maltratado y el maltratador.
3. Cómo detectar el maltrato, comunicarse con el anciano.
4. Sobrecarga del cuidador, cómo detectarla.
5. El dolor en el anciano con demencia.

Material: Cartel para hacer referencia a los horarios y el tema.

Tiempo: 10 minutos.

- *Técnica de trabajo 3:*

Expositiva: Exposición de los temas.

Esta segunda ronda expositiva será un poco más densa que el día anterior, por lo que se creará un ambiente cercano para que los participantes se sientan libres de preguntar y participar en la explicación. Se remarcará el enorme poder psicológico del tema, donde el fin último del taller es que sepamos empatizar con las personas mayores, y podamos detectar si están sufriendo maltrato o abandono.

Se volverá a utilizar diapositivas de fácil lectura, sin mucho texto y sin ser muy densas para que el asistente al taller pueda leerlas mientras escucha la exposición sin dificultad.

Material: Proyector y Pantalla, Power Point, puntero láser.

Tiempo: 35 minutos.

- *Técnica de trabajo 4:*

Desarrollo de habilidades: role playing en grupos

Para finalizar el taller se formarán grupos de 2 o 3 personas en los que uno será la persona mayor, otro el enfermero o enfermera, y si hay un tercero será el cuidador. Trabajarán con los cuestionarios que repartirá la enfermera especialista a cada grupo, con el fin de aprender a utilizarlos y familiarizarse con ellos.

La finalidad de este role playing será primero saber empatizar con la persona mayor y ponerse en su lugar, segundo conocer los problemas de la sobrecarga del cuidador y tercero practicar en la realización de los cuestionarios.

Material: Cuestionarios (anexos 1,2 y 3), bolígrafos.

Tiempo: 15 minutos.

Se finalizará el taller agradeciendo a todos los asistentes su colaboración y participación en las sesiones, y animándolos a que se realicen más sesiones formativas, ya que *la enfermería nunca debe dejar de aprender para poder comprender a las personas y saber cómo cuidarlas.*

## 9. Evaluación

Con la evaluación del taller de *Prevención del maltrato en personas mayores con demencia* se pretenderá conseguir los objetivos citados anteriormente, de acuerdo con la estructura y procesos del mismo. Los asistentes realizarán dos cuestionarios, uno tras terminar la segunda sesión (evaluación inmediata) y otra al mes de haber asistido al taller (evaluación a largo plazo).

Para ello tras la segunda sesión (el segundo día) se repartirá un cuestionario a los asistentes (anexo 6), donde podrán reflejar su grado de satisfacción, con el fin de reflejar su nivel de aprendizaje y si han comprendido las ideas clave del taller. Además, la organizadora del proyecto evaluará los resultados, los posibles cambios y los problemas que han aparecido. En este cuestionario de satisfacción los asistentes evaluarán la competencia o no de los recursos didácticos utilizados, si el lugar ha sido adecuado, si los docentes están cualificados para impartir el taller, los contenidos y la repartición entre las sesiones, etc.

Para conseguir una evaluación completa, realizaremos un cuestionario tras acabar la segunda sesión y otro al mes de haberse cumplido el taller, o lo que es lo mismo, a corto y a largo plazo:

- *Al finalizar el taller (corto plazo):* cuestionario de satisfacción con las sesiones (anexo 6). Los asistentes podrán evaluar y comparar lo que sabían antes del curso y después sobre el maltrato de las personas mayores con demencia.
- *Tras un mes (a largo plazo):* los asistentes al taller, tras haber pasado un mes, realizarán un nuevo cuestionario de satisfacción con las sesiones, donde valorarán si los conocimientos impartidos en él son útiles o no en su trabajo (anexo 7).

## 10. Bibliografía

1. Abellán, A. y Puyol, R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Un índice estadístico básico. *Informes Envejecimiento en red* nº 10. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
2. Blazquez, M., Moreno, J. M. y García-Baamonde, M. E. (2010). Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicología y Salud*, 20(1), 65-75.
3. Blumenfeld, O., Fierz, K. y Zúñiga, F. (2016). Elder abuse in nursing homes: ¿do special care units make a difference? A secondary data analysis of the swiss nursing homes human resources proyect. *Gerontology*, 1-11. doi: 10.1159/000450787
4. Buzgová, R. y Ivanová, K. (2011). Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics*, 18(1), 64-78. doi: 10.1177/0969733010385529
5. Caspi, E. (2014). Does self-neglect occur among older adults with dementia when unsupervised in assisted living? An exploratory, observational study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26, 123-149. doi: 10.1080/08946566.2013.830532
6. Castilla, R., Palma, M. O. y Gómez, L. (2013). La realidad del maltrato familiar a personas mayores. *Universidad de Málaga*, 1-9.
7. Conner, T., Prokhorov, A., Page, C., Fang, Y., Xiao, Y. y Lori, A. (2011). Impairment and abuse of elderly by staff in long-term care in Michigan: evidence from structural equation modeling. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(1), 21-33. doi: 10.1177/0886260510362880
8. Cooper, C. y Livingston, G. (2014). Mental health/psychiatric issues in elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(4):839-850. doi: 10.1016/j.cger.2014.08.011.
9. Cooper, C., Dow, B., Hay, S., Livingston, D. y Livingston, G. (2013). Care workers' abusive behavior to residents in care homes: A qualitative study of types of abuse, barriers, and facilitators to good care and development of an instrument for reporting of abuse anonymously. *International Psychogeriatrics*, 25(5):733-741. doi: 10.1017/S104161021200227X.
10. Coyne, A., Reichman, W. y Berbig, L. (1993). The relationship between Dementia and Elder Abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 150:643-646.

11. Dettmore, D., Kolanowski, A. y Boustani, M. (2009). Agresions in persons with demetia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatr Nurs*, 30(1), 8-17. doi: 10.1016/j.gerinurse.2008.03.001.
12. Escuredo, B. (2007). Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 119: 65-98.
13. Ferrah, N., Murphy, B. J., Ibrahim, J. E., Bugeja, L. C., Winbolt, M., Logiudice, D., Flicker, L. y Ranson, D. L. (2015). Resident-to-resident physical aggression leading to injury in nursing homes: a systematic review. *Age and Ageing*, 44, 356-364. doi: 10.1093/ageing/afv004
14. Kishimoto, Y., Terada, S., Takeda, N., Oshima, E., Honda, H., Yoshida, H., Yokota, O. y Uchitomi, Y. (2013). Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in japan (a cross-sectional study). *Psychiatry Research*, 209(3):699-704. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.025.
15. Labrum, T. (2016). Factors related to abuse of older persons by relatives with psychiatric disorders. *Archives of Gerontology Geriatrics*, 68:126-134. doi: 10.1016/j.archger.2016.09.007.
16. Lino, V. T. S., Rodrigues, N. C., Camacho, L. A., O'Dwyer, G., Silva de Lima, I., Andrade, M. K. N. y Atie, S. (2016). Prevalence of overburden in caregivers of dependent elderly and associated factors in a poor area of Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 32(6), 1-13. doi: 10.1590/0102-311X00060115.
17. Martínez-Moreno, E. y Bermúdez-Pérez, M. P. (2016). Maltrato psicológico hacia los mayores: variables a tratar. *Revista Española Común Salud*, 7(1), 143-153. doi: 10.20318/recs.2016.3161
18. Nota del centro de prensa. [Internet] Organización Mundial de la Salud [actualizada en abril 2016; acceso el 12 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
19. Papiol, G. y Abades, M. (2015). Valoración del dolor en demencia avanzada: revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 26(3), 89-93.
20. Parra-Anguita, L. y Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2013). Guías de práctica clínica de cuidados a personas con Alzheimer y otras demencias: revisión de la literatura. *Gerokomos*, 24(4), 152-157.

21. Parra-Anguita, L., Grenero-Moya, N. y Pancorbo-Hidalgo, P. (2016). Calidad de las guías de práctica clínica españolas sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista Española Salud Pública*, 90, e1-e7.
22. Pérez, M. C. y Hernández, R. (2016). Abordaje de la comunicación en un caso de Alzheimer de variante lingüística. *International Journey of Developmental and Educational Psychology*, 2, 143-152. doi: org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.554
23. Rivera, J. (2015). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Consejo Económico y Social Comunidad de Madrid.
24. Rivera, J., Castro, E., De los Ríos, A. y Abad, O. (2015). Cuidadores informales de ancianos con demencia. Análisis del discurso sobre el maltrato. *Encrucijadas*, 10, 1-24.
25. Ruelas-González, M. G., Pelcastre-Villafuerte, B. E. y Reyes-Morales, H. (2014). Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Salud Pública de México*, 54, 631-637.
26. Saavedra, N., Berenzon, S. y Galván, J. (2015). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención primaria*, 48(4), 258-264. doi: 10.1016/j.aprim.2015.05.005
27. Simone, L., Wettstein, A., Senn, O., Rosemann, T. y Hasler, S. (2016). Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Medical Weekly*, 146, 1-10. doi: 10.4414/smw.2016.14273.
28. Torres, M. T. y Estrella, I. M. (2015). Sensibilización y detección del maltrato al anciano. Hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos*, 26(3), 79-83.
29. Tronetti, P. (2014). Evaluating abuse in the patient with dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(4):825-838. doi: 10.1016/j.cger.2014.08.010.
30. Yan, E. (2014). Abuse of older persons with dementia by family caregivers: results of a 6-month prospective study in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 1018-1027.
31. Yan, E. y Boye, F. (2016). Abuse of older persons with dementia: a review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 1-21. doi: 10.1177/1524838016650185.

## **Anexos**

**Anexo 1. Test de Zarit para medir la sobrecarga del cuidador.**

- Opciones:

(1) Nunca (2) Rara vez (3) Algunas veces (4) Bastantes veces (5) Casi siempre

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que necesita realmente?	
¿Piensa que debido al tiempo que le dedica a su familiar no tiene tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compaginar el cuidado de su familiar con su familia, trabajo...?	
¿Le avergüenza la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando su familiar está cerca?	
¿Piensa que su familiar afecta negativamente en la relación que tiene con otros miembros de la familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado desde que comenzó a cuidar de su familiar?	
¿Piensa que ha perdido intimidad desde que cuida a su familiar?	
¿Piensa que se ha visto afectada su intimidad desde que cuida de su familiar?	
¿Se siente incómodo por tener que distanciarse de sus amistades por tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar cree que Vd. es la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar mucho más tiempo?	
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que empezó a cuidar de su familiar?	
¿Desearía dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre el futuro de su familiar?	
¿Piensa que debería hacer algo más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
En general, ¿ qué grado de carga cree que tiene por cuidar a su familiar?	

Anexo 2. *The Care Home Conflict Scale* (Cooper et al, 2013).

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	TODO EL TIEMPO
1. ¿Realizan actividades con el anciano fuera de casa?					
2. No da al anciano el tiempo suficiente para comer, o le da de comer demasiado rápido.					
3. Planea actividades con el anciano que se asemejan a sus gustos.					
4. Aisla al anciano en su habitación porque los trabajadores están molestos con él.					
5. Decirle al anciano que le van a echar					
6. Habla con el anciano agradablemente mientras le realiza los cuidados.					
7. Evita comportamientos desafiantes con el anciano					
8. No tiene suficiente cuidado cuando mueve o manipula al paciente					
9. Involucra a la familia del anciano en los planes de cuidados					
10. Ignorar al anciano cuando te pide ayuda.					
11. Dedicar tiempo conociendo al anciano.					
12. Hacer al anciano esperar cuando necesita ir al baño.					
13. Amenazar al anciano con usar fuerza física.					
14. Disfruta pasando tiempo con el anciano, aunque sea solo por hacerle compañía.					
15. Le grita, insulta o habla desafiante con el anciano.					
16. Le ha golpeado o agitado al anciano.					

Siendo:

Nunca (1) Casi nunca (2) Algunas veces (3) Muchas veces (4) Casi siempre (5)

16- 30: Alarma leve de maltrato

30-45: Alarma moderada de maltrato

>45: Alarma grave de maltrato

**Anexo 3. "Cuestionario de Ayuda al Profesional de Enfermería de Atención Primaria para la Detección del Maltrato en Personas Mayores" (Torres y Estrella, 2015, p. 81).**

Siendo:

Nunca (0)    Casi nunca (1)    Algunas veces (2)    A menudo (3)    Muchas veces (4)  
Casi siempre (5)

<b>PRIMERA PARTE</b>	<b>RESULTADO</b>
1. ¿Siente que necesita ayuda para con seguir un cuidado óptimo en el anciano?	
2. ¿Le resulta excesivo el tiempo que dedica a cuidar del anciano?	
3. El anciano no recibe la asistencia médica oportuna, así como el tratamiento prescrito.	
4. El anciano no recibe los cuidados básicos (dieta, medicación, aseo... etc.)	
5. ¿Siente que es una carga para usted el cuidado del anciano?	

Interpretación de los resultados:

0: No hay maltrato

0-5: Abandono

6-10: Sospecha

11-15: Probabilidad

16-20: Existe certeza de existencia de abuso

21-25: Hay maltrato

<b>SEGUNDA PARTE</b>	<b>RESULTADOS</b>
1. ¿Es difícil comunicarse con las personas de su entorno?	
2. ¿Se siente infravalorado y despreciado por las personas de su entorno?	
3. ¿Ha recibido alguna vez algún tipo de tocamiento sin su permiso?	
4. ¿Ha recibido algún comportamiento de carácter sexual en su entorno?	
5. ¿Alguien intenta sustraerle algo de su propiedad?	
6. ¿Se ha visto obligado a firmar algún documento en contra de su voluntad?	
7. ¿Siente que está solo demasiado tiempo?	
8. ¿Cree usted que alguien está pendiente de su medicación y alimento todos los días?	
9. ¿En alguna ocasión le han empujado, golpeado o zarandeado?	
10. ¿Se siente seguro y libre en su domicilio?	

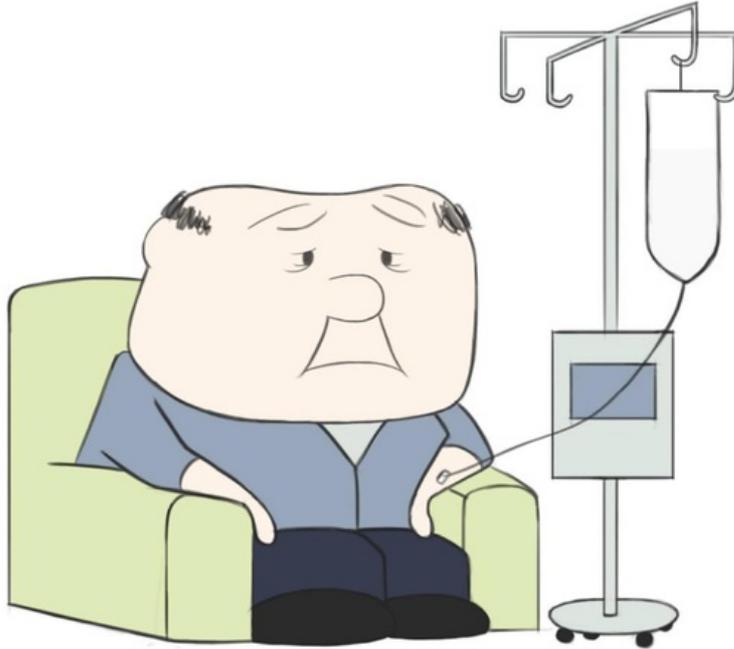
Interpretación:

Nº del ítem	Valor de la respuesta	Existencia de...
1-2	3/4/5	Maltrato psicológico
3-4	3/4/5	Maltrato sexual
5-6	3/4/5	Maltrato o abuso financiero
7-8	3/4/5	Negligencia o Abandono
9-10	3/4/5	Maltrato físico

Anexo 4. Póster del proyecto.

## TALLER PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA

*Cuidemos a los más vulnerables*



**10 y 11** de mayo  
de **14:00** a **15:00** horas

Dirigido por  
el personal  
de enfermería

Centro de Salud Las Américas  
Av. de América, 6, 28981 Parla (Madrid)

Anexo 5. Formulario de inscripción.

*Sesiones informativas sobre la prevención del maltrato de personas mayores con demencia*

Centro de Salud "Las Américas" (Parla)

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Trabajador del centro:  Sí  No

Puesto que ocupa: \_\_\_\_\_

Experiencia laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Anexo 6. Cuestionario de Satisfacción a corto plazo sobre el Taller de *Prevención del maltrato en las personas mayores con demencia*.**

Gracias a este cuestionario de satisfacción, los realizadores del taller: *Prevención del maltrato en las personas mayores con demencia*, podremos evaluar la necesidad del mismo en otros centros, conocer en qué medida se han cumplido los objetivos y cambiar lo necesario para mejorarlo.

Muchas gracias por su tiempo y por participar en estas sesiones, que espero hayan sido de su agrado.

Por favor rellene todas las cuestiones de a continuación:

<b>Profesión</b>	
<b>Estudios</b>	
<b>Puesto que ocupa</b>	

Por favor marque con una cruz la casilla que más se identifique con su perspectiva del taller, siendo 10 el máximo y 1 el mínimo.

1. La acogida / recibiendo en el taller ha sido buena:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. El contenido de las sesiones le ha ayudado a entender la preocupación por el maltrato hacia las personas mayores y la necesidad de evitarlo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Sabe diferenciar cada tipo de maltrato:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Conoce los riesgos de la sobrecarga del cuidador:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Sabría identificar a un prototipo de maltratador y de un anciano maltratado:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Sabe utilizar los cuestionarios propuestos en el taller para evaluar el maltrato a una persona mayor con demencia y la sobrecarga de los cuidadores:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. El taller ha sido satisfactorio para usted:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Cree que se ha conseguido completar los objetivos marcados en cada sesión y los temas a tratar.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. El docente estaba formado en el tema y era competente para realizar el taller:

(Anote el nombre del docente).....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. Ha empleado un lenguaje claro, facilitando la participación de los asistentes y creando un ambiente cómodo:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

11. El tiempo de duración ha sido suficiente:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

(En el caso de no haberlo sido, marque la opción)      Muy corto:....      Muy largo:....

12. El taller ha sido convocado adecuadamente:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. El lugar donde se ha impartido el taller ha sido adecuado:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14. El material y la calidad de los recursos es adecuado:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

15. ¿Recomendaría este taller a otros profesionales?:.....

16: Qué le ha gustado más o menos del taller (opinión personal):

.....

.....

.....

.....

.....

**Anexo 7. Cuestionario de satisfacción a largo plazo del taller: *Prevención del maltrato en personas mayores que sufren demencia.***

La formación adquirida en las sesiones del taller *Prevención del maltrato en personas mayores que sufren demencia*, ¿han sido útiles a la hora de trabajar con personas mayores y cuidadores?

Sí	No
----	----

¿Ha mejorado tu capacidad de actuación frente a un caso de maltrato en personas mayores?

Sí	No
----	----

¿Has detectado algún caso de maltrato tras haber asistido al taller?

Sí	No
----	----

¿Recomendarías este taller a otros profesionales?

Sí	No
----	----

Por qué:

--

Sugerencias:

--

Muchas gracias por su colaboración.



