



Grado en Psicología.

Trabajo de Fin de Grado.

Curso 2023/2024.

Convocatoria Junio.



Modalidad: Propuesta de intervención.

Título: Fomento del Buen Trato a personas mayores dependientes para cuidadores informales.

Autora: Esther María Muñoz de Miguel.

Tutora: Beatriz Bonete López.

Elche, a 31 de mayo de 2024.

Índice.

1. Resumen y palabras clave.....	3
2. Abstract y keywords.	4
3. Introducción.	5
4. Método.	
a. Descripción de la intervención.....	9
b. Objetivos.	10
c. Contenidos.	11
d. Población objetivo.....	18
e. Materiales necesarios.	19
f. Descripción y temporalización de las sesiones.....	19
g. Método de evaluación de la intervención.....	20
5. Discusión y conclusiones.	21
6. Referencias.	23
7. Anexos.	27



1. Resumen.

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, se ha duplicado el número de adultos mayores en los últimos 20 años (INE, 2020), y, por ende, ha aumentado el número de casos de personas mayores dependientes, siendo éste, junto con los cuidadores informales (Marmolejo, 2009), uno de los principales factores de riesgo para sufrir maltrato en personas mayores dependientes (Buitrago et al., 2005).

Asimismo, según la OMS, se ha aumentado de manera significativa el número de casos de maltrato a ancianos desde 2017, dato que seguirá aumentando debido al aumento en la esperanza de vida (OMS, 2017).

Por ello, se ha decidido desarrollar una Propuesta de Programa de Fomento del Buen Trato a personas mayores dependientes, enfocado a sus cuidadores informales. Este programa se basa en una prevención primaria de malos tratos, trabajando desde la psicoeducación en cuanto a aspectos básicos de la vejez, la proporción de estrategias de manejo de estrés del cuidador o *burnout*, el manejo de la solución de conflictos y la comunicación asertiva.

Para comprobar la eficacia del programa, se les administrará a los cuidadores un autorregistro ad-hoc sobre los conocimientos adquiridos en el programa, aplicándolo al inicio y fin para comprobar su eficacia. Asimismo, se administrará de igual manera el cuestionario EASI al inicio y fin del programa a los ancianos (Elder Abuse Suspicion Index, 2006), para comprobar la extinción total de maltrato.

Palabras clave: ancianos, cuidadores informales, psicogerontología, psicoeducación, buen trato.

2. Abstract.

As a consequence of increased life expectancy, the number of elderly adults has doubled in the last 20 years (INE, 2020), and, consequently, the number of dependent elderly individuals has also increased. This, along with informal caregivers (Marmolejo, 2009), is one of the main risk factors for elder abuse among dependent elderly individuals (Buitrago et al., 2005).

Furthermore, according to the WHO, the number of elder abuse cases has significantly increased since 2017, a trend that will continue due to the rising life expectancy (WHO, 2017). Therefore, it has been decided to develop a Proposal for a Program to Promote Good Treatment of Dependent Elderly Individuals, which is focused on their informal caregivers.

Therefore, it has been decided to develop a Proposal for a Program to Promote Good Treatment of Dependent Elderly People, focused on their informal caregivers. This program is based on primary prevention of abuse, working from psychoeducation on basic aspects of aging, providing stress management strategies for the caregiver or burnout, conflict resolution management, and assertive communication.

To verify the program's effectiveness, an ad-hoc self-report on the knowledge acquired in the program will be administered to the caregivers, applying it at the beginning and end to verify its effectiveness. Similarly, the EASI questionnaire (Elder Abuse Suspicion Index, 2006) will be administered at the beginning and end of the program to the elderly to ensure the complete eradication of abuse.

Keywords: elderly, informal caregivers, psychogerontology, psychoeducation, good treatment.

3. Introducción.

El maltrato es una de las problemáticas que se da con mayor frecuencia en mujeres, niños y en personas mayores dependientes, siendo este último el más ignorado al producirse en contextos intrafamiliares, sociales e institucionales, ya que son de difícil acceso para su estudio (Centro nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2013; Fernández, 2015).

Intentando enmarcar una definición para poder abordar mejor la materia, diversos estudios concuerdan en que no existe una definición del maltrato a personas mayores universal y consensuada, ya que ésta variará dependiendo de la región, cultura y los factores socioeconómicos, siendo de igual manera complicado llegar a un consenso en la definición debido a las diferentes perspectivas que existen en esta problemática: desde la víctima, el cuidador, los profesionales de la salud y los servicios sociales; complicando de esta manera una visión unitaria (Glendenning, 1993 y Pérez-Rojo, G.) No obstante, la definición más aceptada sobre el maltrato hacia las personas mayores elaborada por *Action on Elder Abuse* en 1995, apoyada por la OMS como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (OMS, 2002^a, p.68). A raíz de esta definición, el problema comenzó a hacerse más visible y universal.

Respecto a las diferentes maneras de maltrato a las personas mayores, pueden aparecer de diferentes maneras, en las que destacamos cinco. El maltrato físico, psicológico, sexual, financiero o económico y la negligencia. El presente trabajo trata de enfocar la intervención hacia el fomento del buen trato de los mayores que podrían sufrir maltrato psicológico y/o negligencia. El maltrato psicológico es el más subestimado y el que podría etiquetarse como “silencioso”, ya que no tiene tanta visibilidad como otros, y trata de cualquier agresión verbal o no verbal que atente sobre la dignidad de la persona. La negligencia haría referencia a los cuidados del adulto mayor, la falta de satisfacción hacia la atención de las necesidades de los ancianos, como son la asistencia médica, la higiene, la ropa y el balance nutricional, entre otros (Agudelo-cifuentes et al., 2020).

La importancia de este protocolo de prevención radica en la problemática existente en las últimas décadas como consecuencia del aumento de la esperanza de vida. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), se ha duplicado el número de adultos mayores en los últimos 20 años, siendo de un 3,4% el porcentaje de mayores de 80 años en el año 2001, y de un 6% en el año 2020, por lo que se ha duplicado esta cifra de manera significativa (INE, 2020).

Asimismo, en España el porcentaje de personas mayores de 65 años que padecen dependencia en el año 2019 es del 29,93%, dato que conforme aumenta la edad, aumenta el porcentaje de adultos mayores con dependencia. Además, se estima que este factor de dependencia es uno de los principales factores de riesgo para el maltrato en personas mayores, llegando a alcanzar en un 52,6% de la comunidad según un estudio realizado en 2005. Este estudio, concluyó también que el maltrato hacia este colectivo es una problemática compleja ya que existen múltiples barreras que obstaculizan su detección, y, por ende, los datos estadísticos no reflejan la realidad sobre este problema debido a su difícil detección. Por ello, es crucial abordarlo dándole visibilidad y anticipando su aparición (Buitrago et al., 2005).

En la literatura revisada, se ha observado un aumento en el número de casos de ancianos con maltrato, siendo la cifra de un 15,7% en 2017 según una revisión de 52 trabajos que realizó la OMS (OMS, 2017) y aumentando este porcentaje de manera progresiva con el incremento de la tasa de mortalidad (INE, 2020), la presente intervención se basará en fomentar el buen trato a las personas mayores dependientes, enfocando la prevención primaria del maltrato hacia el principal factor de riesgo sobre el que se puede actuar: los cuidadores informales. Es importante destacar que, como señalan distintos estudios, la probabilidad de sufrir maltrato en un adulto mayor depende de la interacción entre las variables del cuidador, las del anciano y las del contexto en las que se desarrolla, no obstante, las más accesibles para realizar un plan de prevención de malos tratos son de igual manera las que mayor probabilidad de cambio tienen: las características del cuidador, por ello, este plan de fomento del buen trato se enfoca en ellos (Henderson et al., 2002).

Respecto a los factores de riesgo, encontramos que uno de los más predisponentes para el maltrato al adulto mayor es debido a la concepción que tiene la sociedad sobre el anciano o sobre el envejecimiento, concibiéndolos como “frágiles” y “dependientes”, además del debilitamiento de los vínculos familiares y de la escasez de recursos económicos para garantizar un buen cuidado a sus mayores (Agudelo-cifuentes et al., 2020).

Asimismo, para poder abordar el fomento del buen trato, es crucial identificar los factores de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad del adulto mayor a estas situaciones abusivas, para posteriormente trabajar sobre ellos. Por ello, es importante tener en cuenta que el maltrato no engloba un factor de manera individual, sino que es el resultado de la interacción de varios factores, entre los que se encuentran: factores personales (género, estado civil, deterioro cognitivo, rasgos de la personalidad, ...), familiares, sociales (aislamiento social) y culturales (Henderson et al., 2002).

La presente intervención, trata de focalizar el protocolo de prevención hacia los factores de riesgo predisponentes de maltrato del cuidador informal, ya sea familiar o no. Entre estos factores, se encuentran: la falta de conocimientos para el cuidado del anciano, la presencia de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, ...), los factores de la personalidad (falta de comprensión de las situaciones), el abuso de alcohol o drogas, la presencia de sentimientos negativos (ira u hostilidad), la sobrecarga (estrés del cuidador o burnout), la dependencia económica de la persona mayor y la falta de apoyo o el aislamiento social del cuidador (Marmolejo, 2009).

Los cuidadores informales son los responsables de cubrir las necesidades básicas y psicosociales de los ancianos, y se nombran “informales” debido a su falta de formación formal, en la mayoría de los casos, al tener algún tipo de parentesco (Fernández de Trocóniz, et al., 1997), siendo este uno de los principales factores de riesgo para el maltrato a los adultos mayores (Marmolejo, 2009). Estas nuevas y ambiguas situaciones a las que se enfrentan sin formación previa, además de ocupar la mayor parte del tiempo del cuidador informal, pueden desembocar en sobrecarga, estrés y miedo, entre otros, al no saber cómo tratar ciertas necesidades del anciano, y, al no saber por cuánto tiempo van a seguir con el rol de cuidador (Fernández de Trocóniz, et al., 1997).

Por consiguiente, en una investigación realizada en 2006 (Domínguez, et al., 2006) para evaluar el impacto físico y psicológico de ser cuidador de ancianos dependientes, concluyó que la mayoría de ellos tuvieron que cambiar su vida anterior (84%), y que un elevado porcentaje también admitió sentir tensión, nerviosismo e inquietud (64%), y un 36% sufría de ansiedad. A destacar que en este estudio el 55% de los casos no había acudido al médico en el último medio año, por lo que los datos recabados podrían ser mucho mayores debido al difícil acceso a la información de esta problemática.

De igual manera, según estudios realizados por expertos en la materia, se corroboran unas variables predisponentes de los cuidadores con un alto riesgo de maltrato, entre las que concuerdan: la sintomatología depresiva, un mayor estrés o burnout, una mayor frecuencia de conductas agresivas y una menor recepción de ayuda (Pérez-Rojo, 2008).

Además, el Ministerio de Sanidad propone, por ejemplo, planes de promoción del buen trato previniendo el *edadismo*, término que le da forma Robert Butler para dar nombre a la concepción que tiene la sociedad sobre las personas mayores, como se ha mencionado antes, sobre esos estereotipos que ha ido concibiendo la sociedad con el paso de los años. Estos planes de prevención se basan en su mayoría en la concienciación y comprensión de la vejez, respeto y reconocimiento hacia este colectivo, y dotarles de autonomía (Ministerio

de Sanidad, 2023). Por consiguiente, para prevenir el maltrato se plantea elaborar un programa psicoeducativo sobre el fomento del buen trato para la sociedad, más concretamente para los cuidadores informales y para la familia de los ancianos, siendo éstos uno de los factores de riesgo más importantes para prevenir estas situaciones, y uno de los principales problemas la falta de información y de visibilidad sobre la vejez y sus consecuencias.

En la *Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores de la SEGG* (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2011), se desarrollaron 3 ejes principales desde el Observatorio de Buen Trato a los mayores, cuyas actividades principales son la prevención y sensibilización, la formación de los profesionales y cuidadores informales y el estudio e investigación posterior. Este Programa se centraría en el segundo eje de esta Guía, la formación o psicoeducación de los cuidadores informales fomentando la prevención.

Por consiguiente, en la *Guía de actuación de malos tratos a personas mayores*, especifican programas de intervención psicológica con los cuidadores como: grupos de apoyo, programas psicoeducativos e instrucción en técnicas de manejo de comportamientos problemáticos. En esta guía, destacan 3 módulos en el programa psicoeducativo, los cuales se centran en el conocimiento que tiene el cuidador sobre la manera de cuidar al anciano, siendo este uno de los principales factores de riesgo para el maltrato (Marmolejo, 2009). Estos 3 módulos plantean: un módulo de información para formar a los cuidadores en las patologías de los mayores, un módulo de manejo de sentimientos desadaptativos en el cual se les proporcionan las habilidades y técnicas necesarias para manejar emociones y sentimientos, y un último módulo de habilidades de manejo de problemas asociados al cuidado (Moya y Barbero, 2006).

En base a estos estudios, se ha decidido desarrollar un Programa Psicoeducativo para Fomentar el Buen Trato trabajando sobre los factores de riesgo de los cuidadores informales de este colectivo, ya que como bien dice el INE (INE, 2020), los factores de riesgo hacen referencia a “cualquier característica detectable de una(s) persona(s) que se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o exponerse a una enfermedad”, y una vez conocidos estos factores, se pretende prevenir el maltrato a través de psicoeducación de la vejez, manejo del estrés y de sentimientos desadaptativos (como, por ejemplo, la ira), y habilidades de manejo de problemas promoviendo el autocuidado de los mayores.

Por todo ello, es crucial abordar esta problemática desde la sensibilización de los malos tratos de las personas mayores y la concienciación sobre la importancia del respeto

de los derechos de las personas, siendo esto la base para poder prevenir de manera primaria esta problemática y fomentar así el buen trato al adulto mayor (Pérez-Rojo, et al., 2017).

Por todo lo mencionado, la presente propuesta de intervención se enfoca en el Fomento del buen trato a personas mayores para sus cuidadores informales, con el objetivo de prevenir el maltrato a personas mayores dependientes, formando en psicoeducación a sus cuidadores, y, fomentando así un trato positivo hacia este colectivo.

4. Método.

a. Descripción de la intervención.

En primer lugar, el programa de Fomento del Buen trato a personas mayores dependientes para cuidadores informales, se desarrollará contactando con la población objetivo, mayores de 65 años con 1 o más cuidadores informales, que actualmente permanezcan en sus domicilios.

Se realizará una primera entrevista con el cuidador y con el anciano, de manera individual e independiente, para poder evaluar si existe algún mínimo de sospecha de maltrato o algún factor de riesgo que indique un indicio de maltrato en un futuro cercano, además de pasarles un consentimiento informado (Anexo 1) para poder llevar a cabo el programa. Además de ello, se ampliará la evaluación al anciano mediante el EASI (Elder Abuse Suspicion Index, 2006) (Anexo 2), un instrumento de evaluación cuya fiabilidad y validez es del 0,47 y del 0,75 (Yaffe, et al., 2008), ya que es un cuestionario muy breve que trata de medir la existencia o no de una sospecha de maltrato hacia el anciano. Este cuestionario es un autorregistro breve, que consta de 6-7 preguntas de las cuales, con dos respuestas afirmativas podría considerarse un indicio de maltrato. Posterior a ello, se pasará al anciano el cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ, 1979) cuya fiabilidad inter e intraobservador es del 0,738 y 0,925, y la validez es del 0,74 en la versión adaptada al castellano de este cuestionario (de la Iglesiaa, et al., 2001) (Anexo 3). Este cuestionario se pasará con el objetivo de conocer el estado actual de deterioro cognitivo que pueda padecer el anciano y conocer el nivel funcional del adulto mayor. Por lo que, con las familias-cuidadores que puntúen dos o más respuestas afirmativas, podrá llevarse a cabo este programa.

Una vez se hayan seleccionado las familias con sus respectivos cuidadores que vayan a formar parte del programa, se diseñó un autorregistro ad-hoc creado específicamente para la intervención (Anexo 4), el cual se les administrará a los cuidadores

informales con preguntas sobre el grado de conocimiento de las temáticas que van a tratarse en los 3 módulos diferentes, para pasarlo de igual manera en la finalización del Programa y así poder evaluar su eficacia.

Se realizarán 3 módulos específicos para los cuidadores y/o familia del anciano, que constarán de: psicoeducación de la vejez, este módulo será específicamente para formar a los cuidadores, ya que se ha comprobado que muchas de las causas del maltrato es la falta de formación específica del cuidador sobre la demencia o las patologías del adulto mayor. El segundo módulo se basará en el manejo del estrés y de sentimientos desadaptativos como la ira y la hostilidad, la tristeza, ansiedad, etc., vigilando y apoyando estas situaciones de estrés del cuidador (Fernández, 2004). Por último, el módulo final irá encaminado a promover habilidades de manejo de problemas promoviendo el autocuidado y la autonomía de los mayores.

b. Objetivos.

El *objetivo general* de la intervención es fomentar el buen trato a adultos mayores mediante la prevención primaria para mejorar así la calidad de vida y el bienestar emocional tanto del anciano como del cuidador.

Los *objetivos específicos* serían:

- Psicoeducar a los cuidadores informales tanto sobre los aspectos físicos, emocionales y sociales de la vejez, como sobre las posibles patologías y/o demencias que pueden padecer los ancianos.
- Proporcionar estrategias para el manejo del estrés del cuidador (*burnout*) y para el manejo de emociones negativas como la tristeza, ira, ansiedad, etc.
- Promocionar habilidades para el manejo de problemas mediante comunicación asertiva con la persona a la que se le cuida, promoviendo el autocuidado de los mayores.

c. Contenidos.

Módulo 1: Psicoeducación de la vejez.

Este primer módulo, se va a dividir en cuatro sesiones, cuyas temáticas abordarán:

Tabla 1 (Anexo 6).

Contextualización de la vejez.

Duración	Objetivos
55 minutos.	Psicoeducar a los cuidadores sobre la vejez.
	Educar en conocimientos sobre el cuidado de ancianos.

Contenidos: En esta sesión se explicará que la vejez es un periodo de la vida en el que se van a producir muchos cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social, tanto para el anciano como para su círculo cercano (familia, cuidadores, etc), así como los factores culturales que puedan influir en este proceso. Para comprender cómo se sienten los mayores y no discriminar sus sentimientos por cómo se sienten ante este cambio, el primer paso es conocer a qué cambios se están sometiendo los ancianos en todos los niveles. Además, se abordarán los diferentes factores de riesgo que se dan para que un anciano sufra maltrato: los factores del contexto/ambiente, los factores del anciano (personalidad, características de sus patologías, ...) y con el que vamos a trabajar: los factores de riesgo ligados al cuidador, siendo el desconocimiento sobre la vejez la principal consecuencia de este factor de riesgo.

Tabla 2 (Anexo 7).

Aspectos físicos, emocionales y sociales de la vejez.

Duración	Objetivos
55 minutos.	Aprender los aspectos físicos de la vejez.
	Aprender los aspectos emocionales de la vejez.
	Aprender los aspectos sociales de la vejez.

Contenidos: Recopilando aspectos de la primera sesión, en la vejez se producen cambios a nivel físico, emocional, social y cognitivo. Comprender estos aspectos es crucial para tratar las necesidades y preocupaciones de los mayores desde una perspectiva íntegra. Algunos de los *aspectos físicos* que se tratarán son: El declive físico; reiterando la necesidad física real que puedan demandar los ancianos debido a la disminución de masa muscular, densidad ósea y flexibilidad articular. La salud; se indicará la alta prevalencia de este colectivo de padecer enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial, la Diabetes, la artritis, ... y se recalcará la importancia de llevar al día los controles médicos, medicación, deporte, pautas, etc. La capacidad funcional; en este punto se verá la repercusión de la salud y del declive físico, pudiendo influir en las actividades cotidianas y en un mayor grado de dependencia. Los *aspectos emocionales* que se tratarán son: ansiedad-miedo; esta emoción se relaciona con la experiencia de enfermedad y el deterioro en las capacidades. Culpa; cuando sienten que obstaculizan la vida personal de sus familiares. Tristeza y depresión; generalmente se relacionan con pérdidas, dificultades de adaptación, ... Y, los *aspectos sociales* a tratar son: La participación social; mantener activo al anciano en la realización de actividades, talleres, asistencia a centros de día, ...

Tabla 3 (Anexo 8).*Patologías de los ancianos y cuidados especiales.*

Duración	Objetivos
55 minutos.	Aprender sobre qué es la demencia.
	Aprender sobre los diferentes tipos de demencias.
	Aprender sobre los síntomas de las demencias.

Contenidos: En este módulo se brindará información sobre qué es la demencia, los diferentes tipos como es el Alzheimer, por ejemplo, y cuáles son sus síntomas característicos: pérdida de memoria y de habilidades conductuales, pérdida en la capacidad de pensamiento, desorientación, cambios en la personalidad y en el estado de ánimo, etc. Se hará hincapié en los síntomas psicológicos como son el delirio y las alucinaciones mediante ejemplos prácticos.

Tabla 4 (Anexo 9).*Repercusiones de la enfermedad del anciano como figura de cuidador.*

Duración	Objetivos
55 minutos.	Aprender las repercusiones físicas de ser un cuidador informal.
	Aprender las repercusiones emocionales de ser un cuidador informal.

Contenidos: En este módulo se explicarán las repercusiones a nivel individual que pueda tener el cuidador de un anciano a nivel físico: cansancio físico; para ello, darán explicaciones de en qué circunstancias el cansancio del cuidador repercute sobre la eficacia del cuidado, y cómo debería abordarse: se recomendarán descansos, rotaciones con otros cuidadores o disponer de unas horas en las que pueda tomar el aire tranquilo, entre otros. O a nivel emocional, como: el estrés/ burnout; ante estos casos se les recomendarán estrategias para el manejo del problema como la relajación, musicoterapia, o las estrategias que mejor se puedan adaptar a cada cuidador.

Módulo 2: Manejo de estrés y de sentimientos desadaptativos.

Este segundo módulo se va a dividir en 4 sesiones:

Tabla 5 (Anexo 10).

Aprendizaje de técnicas para afrontar los sentimientos que puedan ser desadaptativos para el cuidado.

Duración	Objetivos
55 minutos.	Aprender qué es la reestructuración cognitiva.
	Aprender a cuándo usar la reestructuración cognitiva.

Contenidos: Esta temática de la sesión se va a reforzar en la sesión 5 y 6: en la primera sesión se explicará de manera teórica el modelo A-B-C de Ellis explicando qué es la Reestructuración Cognitiva, para qué sirve utilizarla en estas situaciones, y cómo emplearla mediante el modelo A-B-C, y se les proporcionará al terminar un autorregistro (Anexo 5) para que lo completen para la sesión 6, que será la segunda parte de esta sesión

Tabla 6 (Anexo 11).

Aprendizaje de técnicas para afrontar los sentimientos que puedan ser desadaptativos para el cuidado.

Duración	Objetivos
<i>55 minutos.</i>	Aprender a usar la reestructuración cognitiva para afrontar situaciones desadaptativas.
	Aprender a usar la reestructuración cognitiva para afrontar sentimientos desadaptativos.

Contenidos: En la segunda parte de esta sesión, se expondrán las diferentes situaciones registradas en la sesión anterior mediante el autorregistro empleado con sus pensamientos correspondientes, y las consecuencias emocionales que conllevan, para resolverlos en grupo mediante un debate y un cambio de estas ideas irracionales. (ira y la hostilidad, la tristeza, ansiedad).

Tabla 7 (Anexo 12).

Aprendizaje de técnicas de control emocional y estrés: relajación progresiva.

Duración	Objetivos
<i>55 minutos.</i>	Aprender qué es la relajación progresiva.
	Aprender a utilizar la relajación progresiva en situaciones de estrés.

Contenidos: Esta temática de sesión se va a dividir de igual manera que en las anteriores, en dos sesiones para reforzar lo aprendido. En esta primera sesión se realizará una explicación sobre qué es la relajación, cuáles son sus beneficios y por qué es fundamental estar relajado en situaciones de alto estrés. Se finalizará la sesión realizando una relajación progresiva de los grandes grupos musculares para que los cuidadores aprendan a utilizarla en momentos en los que puedan perder el control. En la sesión 8 se comenzará practicando la relajación progresiva, para que puedan adaptarla a las circunstancias de la vida cotidiana.

Tabla 8 (Anexo 13).

Aprendizaje de técnicas de control emocional y estrés: relajación progresiva.

Duración	Objetivos
55 minutos.	Aprender qué es la relajación progresiva.
	Aprender a utilizar la relajación progresiva en situaciones de estrés.

Contenidos: Tras aprender en la sesión anterior en qué situaciones pueden emplear la relajación progresiva de Jacobson, se procederá a realizar una relajación más amplia, pasando por grupos musculares más pequeños, para que los cuidadores puedan adaptarla a las circunstancias de la vida cotidiana.

Módulo 3: Habilidades para el manejo de problemas (autocuidado y autonomía).

Los cuidadores, tras haber aprendido en los módulos anteriores cómo trabajar con ellos mismos los problemas emocionales que se puedan desencadenar por el cuidado a un adulto mayor, en este módulo aprenderán a manejar junto con el anciano aquellas situaciones de discrepancias en la convivencia diaria mediante las últimas dos sesiones:

Tabla 9 (Anexo 14).*Diferenciación entre autonomía y dependencia.*

Duración	Objetivos
55 minutos.	Aprender los conceptos de autonomía y dependencia.
	Aprender a discernir las situaciones en las que dotar de mayor autonomía al anciano.
	Aprender a discernir las situaciones en las que el anciano precisa de una mayor dependencia.

Contenidos: Esta sesión se basa en saber cuáles son los límites entre la autonomía que puede tener el adulto mayor por las capacidades que posee y promoverla según sea posible, y entender en qué situaciones un anciano es dependiente de su cuidador. En esta sesión se trabajará de manera más individualizada compartiendo los casos de los cuidadores y exponiendo en qué situaciones se daría una mayor autonomía (por ejemplo: salir a comprar con el anciano y que él administre su dinero si posee esa facultad, o si es dependiente para su higiene personal, hasta qué punto es dependiente, etc).

Tabla 10 (Anexo 15).*Habilidades en comunicación asertiva.*

Duración	Objetivos
55 minutos.	Aprender a utilizar las técnicas de escucha activa.
	Aprender a utilizar las técnicas de resolución de problemas.

Contenidos: En esta sesión se introducirá brevemente la importancia de una comunicación asertiva para poder expresar los pensamientos, sentimientos y opiniones hacia otra persona, a través del respeto. Dentro de estas habilidades, se trabajará la escucha activa, el manejo de críticas, y la resolución de problemas. Las técnicas seleccionadas son: Expresar los sentimientos y pensamientos de manera clara y específica, aprender a coordinar el lenguaje verbal con el lenguaje no verbal para el manejo de conflictos, aprender a decir que no de manera respetuosa, escuchar activamente a los demás, respetando los turnos de palabra, manejar las críticas de manera constructiva, y la búsqueda activa de soluciones para los conflictos por las dos partes.

d. Población objetivo.

Este programa en prevención primaria del maltrato a ancianos está enfocado a los cuidadores informales de los ancianos, los cuales el rango de edad puede ir desde los 20 a los 65 años.

Los *criterios de inclusión* para formar parte de este programa son:

- Ser cuidador informal de algún adulto mayor en la actualidad.
- Estar en proceso de ser cuidador informal: tener a un adulto en el hospital con necesidad de cuidados en su vuelta al hogar o estar en un proceso de selección de personal para trabajar de cuidador informal.
- Ser mayor de edad.
- Disponibilidad horaria para dejar al anciano con otros recursos y poder asistir así al programa (por ejemplo: con la familia, o en un centro de día, etc).

Los *criterios de exclusión* del programa son:

- Ser menor de edad.
- Cualquier adulto que no haya sido cuidador informal de un anciano ni vaya a serlo a corto plazo.

e. Materiales necesarios.

Los materiales necesarios para el Programa serían:

- El uso de una sala polivalente con sillas para los participantes.
- El material impreso para completar los autorregistros correspondientes y los diferentes cuestionarios junto con bolígrafos.
- Un cuadernillo con las presentaciones del contenido que se va a abordar en el programa para todos los participantes.

f. Descripción y temporalización de las sesiones.

Tabla 11.

Temporalización de las sesiones.

Módulos	Sesiones	Duración
1	Contextualización de la vejez	55´
1	Aspectos físicos, emocionales y sociales de la vejez.	55´
1	Patologías de los ancianos y cuidados especiales.	55´
1	Repercusiones de la enfermedad del anciano como figura de cuidador.	55´
2	Aprendizaje de técnicas para afrontar los sentimientos que puedan ser desadaptativos para el cuidado.	55´
2	Aprendizaje de técnicas para afrontar los sentimientos que puedan ser desadaptativos para el cuidado.	55´
2	Aprendizaje de técnicas de control emocional y estrés: relajación progresiva.	55´

2	Aprendizaje de técnicas de control emocional y estrés: relajación progresiva.	55´
3	Diferenciación entre autonomía y dependencia.	55´
3	Habilidades en comunicación asertiva.	55´

Nota: Las sesiones se dividen en 3 módulos, los cuales el módulo 1 tiene 4 sesiones de 55 minutos de duración cada una, el módulo 2 tiene de igual manera 4 sesiones con 55 minutos de duración cada sesión, y el módulo 3 tiene 2 sesiones de duración de 55 minutos cada una de ellas. Las sesiones se realizarán de manera semanal, siendo la duración total del programa de 10 semanas.

g. Método de evaluación de la intervención.

Para evaluar la eficacia de la intervención, se pasará a los cuidadores un autorregistro ad-hoc (Anexo 4) evaluando conocimientos sobre los 3 módulos específicos del programa al inicio del mismo, para así administrarles de igual manera a los cuidadores informales una vez finalicen el programa y corroborar así la eficacia de éste. Asimismo, se realizará un seguimiento de apoyo para las familias durante un año posterior al programa, y se administrará de nuevo el EASI (Elder Abuse Suspicion Index, 1979) tras este periodo de seguimiento, para poder comprobar la extinción de los indicios de maltrato presentados al inicio del programa, y evaluar así la eficacia a largo plazo.

5. Discusión y conclusiones.

El programa “Fomento del buen trato a personas mayores para cuidadores informales”, tiene el principal objetivo recopilar a ancianos con cuidadores informales en sus domicilios, con sospecha de malos tratos hacia los mismos, para reducir esos indicios de maltrato e incluso llegar a extinguirlos mediante la psicoeducación de los cuidadores informales.

El cumplimiento de este objetivo general se evaluará mediante el pase inicial del EASI (Elder Abuse Suspicion Index, 2006), el cual puntuará como sospecha del maltrato al inicio del programa, y a posteriori al seguimiento y apoyo de las familias durante un año después al desarrollo del programa, se volverá a pasar el cuestionario con la hipótesis inicial de obtener resultados con una eliminación de la sospecha de malos tratos.

Las implicaciones teórico-prácticas de este programa al cumplirse la hipótesis inicial, será la importancia de la relación directa y positiva que tiene la psicoeducación para reducir el maltrato a ancianos mediante uno de sus principales factores de riesgo, reduciendo así también la probabilidad de este.

Una de las limitaciones del programa sería la evaluación de la eficacia al año de la impartición del programa, ya que puede existir muerte experimental de los usuarios mayores al tener edades avanzadas, y también se pueden dar bajas por parte de los cuidadores por la escasa implicación en el programa como consecuencia de la sobrecarga del trabajo.

Asimismo, desde este programa se brindan estrategias para el cuidado y el trato al adulto mayor desde la psicoeducación de la vejez, la resolución de conflictos, el manejo del estrés y de pensamientos desadaptativos y la promoción de habilidades de manejo de problemas promoviendo el autocuidado y la autonomía de los mayores. No obstante, no se trabaja con la evaluación psicológica del cuidador informal, y considero relevante destacar que, como señalan diversos estudios, además de los temas mencionados, la sintomatología depresiva del cuidador es un factor de riesgo también predisponente para ejercer maltrato al anciano (Pérez-Rojo, 2008), por lo que considero una limitación al programa no evaluar psicológicamente a los cuidadores informales.

Las recomendaciones a futuras investigaciones para fomentar el buen trato al adulto mayor, sería realizar una intervención más individualizada con el adulto mayor y de igual manera con el cuidador, a la vez que una intervención grupal con el cuidador informal como se realiza en el actual programa, ya que, el maltrato a ancianos no es fruto de un único factor de riesgo, sino de la interacción de varios, entre ellos de los factores individuales del

adulto mayor (Henderson et al., 2002), los cuales considero que deberían tratarse mediante un programa complementario o una ampliación a este programa.

Para finalizar la presente investigación, considero que el programa “Fomento del Buen trato a ancianos para cuidadores informales” es un programa de prevención primaria necesario para la sociedad, para poder prevenir situaciones de maltrato a adultos mayores desde la psicoeducación, ya que uno de los principales factores de riesgo como se ha comentado anteriormente, es la falta de formación específica de los cuidadores informales. Sin embargo, para poder llevar este programa a su máxima eficacia, sería conveniente aplicarlo junto con un programa individualizado evaluando las características personales del cuidador, para así focalizar la prevención primaria desde una perspectiva tanto individual como grupal.



6. Referencias.

- Agudelo-Cifuentes, M. C., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., & Restrepo-Ochoa, D. A. (2020). Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(2). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2020000200002&script=sci_arttext
- Alonso, M. D. C. F., & del PAPPs, G. D. S. M. (2000). *Malos tratos a los ancianos*. Grupo de Salud mental del Papps. [http://diariodeunaneurona.pbworks.com/w/file/attach/72018815/maltrato%20ancianos\(1\).pdf](http://diariodeunaneurona.pbworks.com/w/file/attach/72018815/maltrato%20ancianos(1).pdf)
- Arroyo Rueda, M. C., & Soto Analís. (2012). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. https://pdfs.semanticscholar.org/dd92/1c2d73add0714aeb9be6625091509516a69c.pdf?gl=1*vx6paa*_ga*MTU4NzkzMTk1OS4xNzEyNzY3MjEz*_ga_H7P4ZT52H5*MTcxNjkwODc3My4yLjAuMTcxNjkwODc3NC41OS4wLjA.
- Balea Fernández, F. J., González Medina, S., & Alonso Ramírez, J. (2020). Negligencia y maltrato en mayores. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 235–246. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1780>
- Bermejo García, L. (2011). *Guía práctica del buen trato a las personas mayores*. <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/SEGG.%20GUIA%20BUEN%20TRATO%20A%20PERSONAS%20MAYORES.pdf>
- Consentimiento informado – Portal del Paciente – portemasdx. (s.f.). Portal del Paciente. <https://www.san.gva.es/es/web/portal-del-paciente/consentimiento-informado>
- Demography of Europe - An ageing population*. (s. f.). Demography Of Europe. <https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/bloc-1c.html?lang=e>
- De la Iglesia, J. M., DueñasHerrerob, R., Vilchesa, M. C. O., Tabernéa, C. A., Colomerc, C. A., & Luquec, R. L. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. *Medicina clínica*, 117(4), 129-134. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775301720404>

- Domínguez, N. S., Caballo, R. G., Quintana, R. L., Paredes, E. G., Cantero, C. S., & Guevara, J. C. (2006). El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41, 15-20.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X06729948>
- Fernández de Trocóniz, I., Montorio Cerrato, I., & Díaz Veiga, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares*. Madrid: Carpola Producciones, 1997. https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/419_1-mayoresayuda.pdf
- Leturia, F. J., & Etxaniz, N. (2008). Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato. *Vitoria-Gasteiz: Ararteko Defensora del Pueblo*.
http://www.cvvirtual.org/sites/default/files/site-uploads/docs/u%5Buid%5D/file/buen_trato_pv.pdf
- Marmolejo, I. I. (2009). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (45), 49-57. <file:///C:/Users/esthe/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoDelMaltratoDePersonasMayoresEnLaFa-3021586.pdf>
- Ministerio de Sanidad - Profesionales - Promoción del buen trato. *Prevención del edadismo*. (s. f.).
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/buenTratoEdadismo.htm>
- Pérez-Rojo, G. (2008). Factores de riesgo asociados al maltrato hacia personas mayores con demencia en el ámbito comunitario. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (43), 19-32.
<https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20al%20maltrato.pdf>
- Pérez-Rojo, G., Chulián, A., López, J., Noriega, C., Velasco, C., & Carretero, I. (2017). Buen y mal trato hacia las personas mayores: Teorías explicativas y factores asociados [Elders' abuse and good deals: Explanatory theories and associated factors]. *Rev. Clin. Contem*, 8, 1-14.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58972129/PerezRojo_et_al_2017_Buen_y_mal_trato20190420-81362-1tmhap0-libre.pdf?1555801698=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DBuen_y_mal_trato_hacia_las_personas_mayo.p

[df&Expires=1716912298&Signature=OAbrxmP2KFOuRng~XZYXXxP4mh1IDIW8RJ3JdivxPQdU5GU9R3aFcn3QC5suSe0ZzUk02LMjGqUGzbnKc9Z8HZkDrQAp5lb5ngJo8dVVd6mPZtU8d6afIHfYwn0KGDZ-tbDJDx3BjyMoY2PyukH7Hj48mnBrX1Jk5KEKUjgxZCY4Vn6LebERAYMjOoxJwb2Xa1jUes94M9UIL-laaXjFdHqGHvn2oKEO5wTE3ji-v4uod96j4wmBTERS8L3oEIJRMgLcZP3ZodFDyjhC39WZA1XzrgN9sZLXaN0wsGs8rGB2a3hfmC3rSFteOOWFWjaK431cl8oNMJ-9oT52O73gA_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313000614?casa_token=HwmhmHWVUXQAAAAA:AdBewcFhnayuFMiMU1ZhV0z1M7g5I-Ppzzgeizy-BhgysUsJP7zTvwX_b7Q1ah40kiun-6HWs)

Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P., & Espinosa, J. M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clínica*, 141(12), 522-526.

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313000614?casa_token=HwmhmHWVUXQAAAAA:AdBewcFhnayuFMiMU1ZhV0z1M7g5I-Ppzzgeizy-BhgysUsJP7zTvwX_b7Q1ah40kiun-6HWs

Pfeiffer, E. (s. f.). *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*.

https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/anexos/209b_cuestionarioPfeiffer.pdf

Poches, D. K. P., & Meza, J. A. D. (2017). Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Espacio abierto: cuaderno Venezolano de Sociología*, 26(2), 245-268.

<file:///C:/Users/esthe/Downloads/Dialnet-MaltratoEnLaPoblacionAdultaMayorUnaRevision-6116884.pdf>

Rueda, M. C. A., & Alanís, L. E. S. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de trabajo social*, 26(2), 337-347.

https://pdfs.semanticscholar.org/dd92/1c2d73add0714aeb9be6625091509516a69c.pdf?_gl=1*1v97ot*_ga*MTU4NzkzMTk1OS4xNzEyNzY3MjEz*_ga_H7P4ZT52H5*MTcxMjc2NzIxMi4xLjAuMTcxMjc2NzIxNC41OC4wLjA

Salud (2020). Instituto Nacional de Estadística.

<https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583>

World Health Organization: WHO. (2017, 13 junio). *Maltrato de las personas mayores*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older->

[people#:~:text=De%20acuerdo%20con%20una%20revisi%C3%B3n,sufrieron%20alguna%20forma%20de%20maltrato](#)

Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(3), 276-300.

https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08946560801973168?casa_token=Rt9ul7fhtKUAAAA%3AwxivDo7uwQtvAG63nX45n7Jp-yLwHYiGm7UGgfxOcgjURZKqOysvwQtpBOLxysWdFeMpCGh_KLhTiQ



7. Anexos.

Anexo 1. Consentimiento informado.



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

GERONTOLOGÍA Y SALUD

FOMENTO DEL BUEN TRATO A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES PARA CUIDADORES INFORMALES

1. ¿Qué es?

El programa de prevención primaria para el Fomento del Buen Trato a personas mayores dependientes para cuidadores informales es un programa de prevención primaria del maltrato a adultos mayores, el cual se aplicará para los cuidadores informales de éstos. El programa se plantea con 3 módulos de psicoeducación, los cuales se van a dividir en 10 sesiones totales las cuales se impartirán de manera grupal.

2. ¿Cómo se realiza?

Para llevar a cabo el programa, es necesario recopilar datos codificados para poder realizar una evaluación eficaz del programa.

El programa comenzará mediante una selección de los sujetos con los que se va a trabajar, y se les pasará un cuestionario y unas preguntas evaluativas para pasarlas posteriormente al programa y comprobar su eficacia. Después de ello, se llevará a cabo una sesión a la semana hasta cumplir con las 10 sesiones, y al finalizar esto, se realizará una evaluación final al año de seguimiento, para poder certificar los avances y los logros del mismo.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

Frecuentes: no poder asistir al programa íntegramente por necesidad de atender al anciano, o muerte experimental del anciano.

4. Consecuencias previsibles de su realización:

Reducir la sospecha de maltrato total.
Aumentar la calidad de vida del anciano y del cuidador.
Mayor gestión emocional ante conflictos cotidianos.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: si usted es seleccionado para realizar el programa y no acude, pueden existir riesgos de un aumento del indicio del maltrato al adulto mayor dependiente.

6. Alternativas

En ~~en~~ caso de que no sea seleccionado para realizar este programa, se le comunicará previamente al comienzo del mismo.

7. Riesgos en función de su situación: no poder llevar a cabo en su totalidad el programa, causando bajas del mismo y sin poder recopilar los datos necesarios para su evaluación.

**GERONTOLOGÍA Y
SALUD**

**FOMENTO DEL BUEN TRATO A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES PARA
CUIDADORES INFORMALES**

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO				
DATOS PACIENTE				
APELLIDOS			NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO		
DATOS REPRESENTANTE LEGAL				
APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
DATOS PROFESIONAL				
APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN	
<p>AUTORIZACIONES:</p> <p>Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.</p> <p>Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.</p> <p> <input type="checkbox"/> AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO </p> <p> <input type="checkbox"/> AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO </p> <p>Paciente / su representante. Profesional sanitario Firma: Firma:</p>				
<p>REVOCACIONES:</p> <p> <input type="checkbox"/> REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____ </p> <p>Paciente / su representante. Profesional sanitario Firma: Firma:</p>				
<p>RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:</p> <p>Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.</p> <p>Paciente / su representante. Profesional sanitario Firma: Firma:</p>				

Anexo 2. Elder Abuse Suspicion Index.

ELDER ABUSE SUSPICION INDEX (EASI).

(VERSIÓN ADAPTADA AL ESPAÑOL)

Instrumento breve, con preguntas directas que se aplican junto a la historia sanitaria y social, cuyo objetivo es obtener un nivel suficiente de sospecha de maltrato.

Informe n°

Cdo. n°

TATS n°

Instrucciones a los pacientes:

Ahora voy a hacerle unas preguntas acerca de su vida habitual. (Si hay una persona acompañándole, dígame: Esta entrevista es confidencial y le ruego que nos deje a solas durante un momento, serán entre 5 y 10 minutos. Si la persona acompañante no se marcha, formule las preguntas de todos modos pero informe de su presencia).

A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que han podido ocurrir en los últimos doce meses.

Por favor, intente contestar a cada pregunta solamente con un SÍ o un NO

1. **¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?**

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?

Sí No No contesta

2. **¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?**

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

3. **¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?**

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

4. **¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?**

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

5. **¿Alguien le ha amenazado o aterrorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?**

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

Médico/Enfermera/Psicólogo/TATS: No haga las siguientes preguntas al paciente. Son para que las conteste usted:

- 6a. **El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: poco contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración inadecuada de medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos en el curso de su asistencia?**

Sí No No está seguro

- 6b. **Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?**

Sí No

DOS RESPUESTAS AFIRMATIVAS SON CONSIDERADAS INDICIO DE MALTRATO

Anexo 3. Cuestionario de Pfeiffer.

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Anexo 4. Autorregistro *ad-hoc* Fomento del Buen Trato.

AUTORREGISTRO FOMENTO DEL BUEN TRATO

Nº IDENTIFICACIÓN (últimos 4 números del DNI y letra).....

FECHA.....
.....

MÓDULO 1

1. ¿Qué cuidados necesita un anciano?

2. ¿Qué tipos de cambios se producen en la vejez? (nivel físico, cognitivo, emocional y social).

3. ¿Cree que existen factores de riesgo para que un anciano sufra maltrato?

a. ¿Cuáles?

4. ¿Qué consecuencias puede tener el declive físico en el anciano?

5. ¿Qué enfermedades son más prevalentes en esta etapa?

6. ¿La capacidad funcional en qué puede influir? (actividades cotidianas y mayor grado de dependencia).

7. ¿Qué es la demencia?

8. ¿Existen tipos de demencias? ¿Cuáles?

- a. ¿Cuáles son los primeros síntomas de las demencias? ¿Y los más frecuentes?

9. ¿El cuidador puede sufrir repercusiones emocionales por el cuidado de un anciano? ¿Cómo cuáles? ¿Y físicas?

MÓDULO 2

1. ¿Qué es la reestructuración cognitiva?

- a. ¿Para qué sirve la reestructuración cognitiva?

2. ¿En qué situaciones del cuidado del anciano puede utilizarla?

3. ¿Qué es la relajación progresiva?

a. ¿Para qué sirve la relajación progresiva?

b. ¿En qué situaciones puede emplearla?

MÓDULO 3

1. ¿Cuándo un anciano puede ser autónomo?

a. ¿y dependiente? Utilice ejemplos.

2. ¿Cómo se le puede dotar de mayor autonomía al anciano?

3. ¿Qué es la escucha activa?

a. ¿Cómo puede emplearla con el anciano?

4. ¿Cómo resolvería problemáticas con un anciano?



Anexo 5. Autorregistro A-B-C.

N.º IDENTIFICACIÓN PERSONA (4 últimos números del DNI y la letra): _____

FECHA/HORA	ANTECEDENTE (breve descripción situación, qué he pensado)	CONDUCTA (qué he hecho, cómo he actuado).	CONSECUENCIA (cómo me he sentido).	CONSECUENCIA ALTERNATIVA (completar en sesión)	

Activar

Anexo 6. Sesión 1.



CAMBIOS EN LA VEJEZ A NIVEL INDIVIDUAL



CAMBIOS A NIVEL FAMILIAR

DEPENDENCIA
MENOR AUTONOMÍA



FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO A ANCIANOS

DEL CONTEXTO



DEL ANCIANO



DEL CUIDADOR



FACTORES DE RIESGO DEL CUIDADOR INFORMAL

- Falta información sobre el cuidado.
- Factores de personalidad.
- Trastornos psicológicos.
- Abuso sustancias.
- Sentimientos negativos.
- Sobrecarga/estrés.
- Dependencia económica.

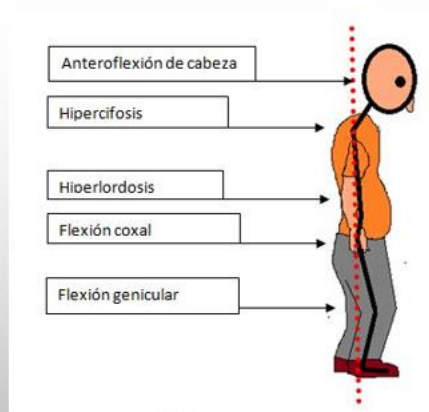


Anexo 7. Sesión 2.



ASPECTOS FÍSICOS

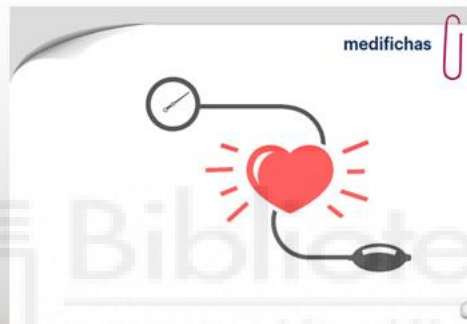
- DECLIVE FÍSICO—
 - DISMINUCIÓN MASA MUSCULAR.
 - MENOR DENSIDAD ÓSEA.
 - DISMINUCIÓN DE LA FLEXIBILIDAD.
 - DISMINUCIÓN DEL TONO MUSCULAR.



ASPECTOS FÍSICOS

- SALUD—ENFERMEADES CON MAYOR PREVALENCIA.
 - HTA.
 - DIABETES.
 - ARTRITIS.

>RIESGO DISCAPACIDAD.



ASPECTOS FÍSICOS



CAPACIDAD FUNCIONAL—relación de la salud y del declive físico en las actividades cotidianas.

Es el resultado del envejecimiento combinado con la enfermedad y el estilo de vida.



DEPENDENCIA.

ASPECTOS EMOCIONALES



ANSIEDAD-MIEDO: a la enfermedad.



CULPA: "obstaculizan la vida de sus familiares".



TRISTEZA Y DEPRESIÓN: + frecuente en la vejez.

ASPECTOS SOCIALES

- EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO SE RELACIONA CON LAS CAPACIDADES FUNCIONALES.
- CAMBIOS EN LA POSICIÓN DE LA PERSONA DENTRO DE LA SOCIEDAD.
- CAMBIOS EN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL (CENTROS DE DÍA, TALLERES, ...).
 - ABANDONO DEL TRABAJO.
 - PÉRDIDA DE RELACIONES SOCIALES O ESTABLECIMIENTO DE OTRAS.



MATERIAL COMPLEMENTARIO Y BIBLIOGRAFÍA

- [VISTA DE CONCEPCIÓN DE VEJEZ: ENTRE LA BIOLOGÍA Y LA CULTURA](#) SESION 2. POVEDA, D. L. (2011). CONCEPCIÓN DE VEJEZ: ENTRE LA BIOLOGÍA Y LA CULTURA. *INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA: IMAGEN Y DESARROLLO*, 13(2), 89-100.
- [DEPRESIÓN, EL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO MÁS FRECUENTE EN LA VEJEZ](#) OROZCO, W. N. (2013). DEPRESIÓN, EL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO MÁS FRECUENTE EN LA VEJEZ. *REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMÉRICA*, 70(607), 495-501.

Anexo 8. Sesión 3.



PATOLOGÍAS DE LOS ANCIANOS

QUÉ ES LA DEMENCIA

Resultado de una enfermedad que daña el cerebro a lo largo del tiempo. **No** forma parte necesariamente del proceso de envejecimiento.

¿QUÉ LA CAUSA? → enfermedades varias que destruyen las células cerebrales.

Biblioteca
UNIVERSIDAD Miguel Hernández

TIPOS DE DEMENCIAS

- ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER.
 - DESTRUYE LAS CÉLULAS CEREBRALES Y NERVIOS.
 - INTERRUMPE LOS TRANSMISORES QUE LLEVAN MENSAJES AL CEREBRO.
 - ALMACENAMIENTO DE RECUERDOS.
 - MÁS COMÚN.

The infographic, titled "Alzheimer Señales" by viamed, illustrates six common signs of Alzheimer's disease with corresponding icons and text:

- Pérdida de memoria:** Represented by a person holding their head and a puzzle piece.
- Confusión tiempo y lugar:** Represented by a person looking at a clock and a location pin.
- Dificultad al resolver problemas:** Represented by a person looking thoughtful with a question mark.
- ¿Repite mucho las cosas?:** Represented by a person speaking with three question marks.
- Problemas al realizar tareas habituales:** Represented by a person struggling with a puzzle.
- Cambios de humor y personalidad:** Represented by a person looking sad and another looking angry.

TIPOS DE DEMENCIAS

- DEMENCIA VASCULAR.
 - DAÑO DE LOS VASOS SANGUÍNEOS.
 - SUMINISTRO DE O₂ AL CEREBRO FALLA.



TIPOS DE DEMENCIAS

- DEMENCIA FRONTOTEMPORAL.
 - AFECTA PRIMERO A LA PERSONALIDAD Y AL COMPORTAMIENTO.
 - DESPUÉS A LA MEMORIA.



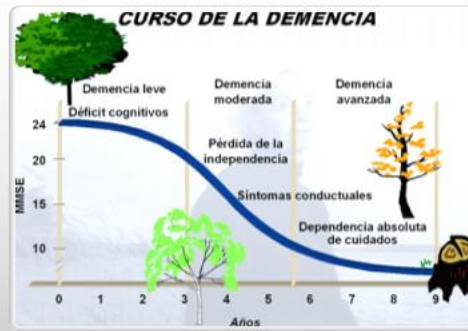
TIPOS DE DEMENCIAS

- DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY.
 - CANTIDAD ANORMAL DE DEPÓSITOS DE PROTEÍNA EN LOS NERVIOS DEL CEREBRO.
 - COMORBILIDAD ELEVADA CON PARKINSON.
 - 10% DEMENCIAS.



ETAPAS DE LA DEMENCIA

- FASE INICIAL: PROBLEMAS MEMORIA, PÉRDIDA NOCIÓN DEL TIEMPO, PERDERSE EN LUGARES CONOCIDOS.
- FASE INTERMEDIA: AYUDA PARA ACTIVIDADES DIARIAS COMO COMPRAR, VESTIRSE, ...
- FASE FINAL: NO RECONOCER A FAMILIARES O AMIGOS.



MATERIAL COMPLEMENTARIO Y BIBLIOGRAFÍA

- MANUAL PARA EL ENTRENAMIENTO Y APOYO A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA, (MARZO 2022).



Anexo 9. Sesión 4.

REPERCUSIONES DE LA ENFERMEDAD DEL ANCIANO COMO FIGURA DEL CUIDADOR



REPERCUSIONES FÍSICAS DEL CUIDADOR

- CANSANCIO FÍSICO.
 - ¿CÓMO ABORDARLO?
 - Descansos.
 - Rotaciones de turno.
 - Tomar el aire.



REPERCUSIONES EMOCIONALES DEL CUIDADOR.

- ESTRÉS O BURNOUT.
 - ¿CÓMO ABORDARLO?
 - Relajación → respiración.
 - Musicoterapia. → Bruscia, K. E. (2007). *Musicoterapia*. Editorial Pax México. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7In8hGYvIt8C&oi=fnd&pg=PR9&dq=musicoterapia&ots=uy09kNzNhj&sig=81463vD9j-LUIQPeRs6wjnMUi#v=onepage&q=musicoterapia&f=false>



¿CÓMO PEDIR AYUDA?

- ¿a quién recurrir?
- Ser honesto y directo.
- Ser flexible.
- Pensar en lo que quieres y necesitas.
- Tener en cuenta los sentimientos de los demás.

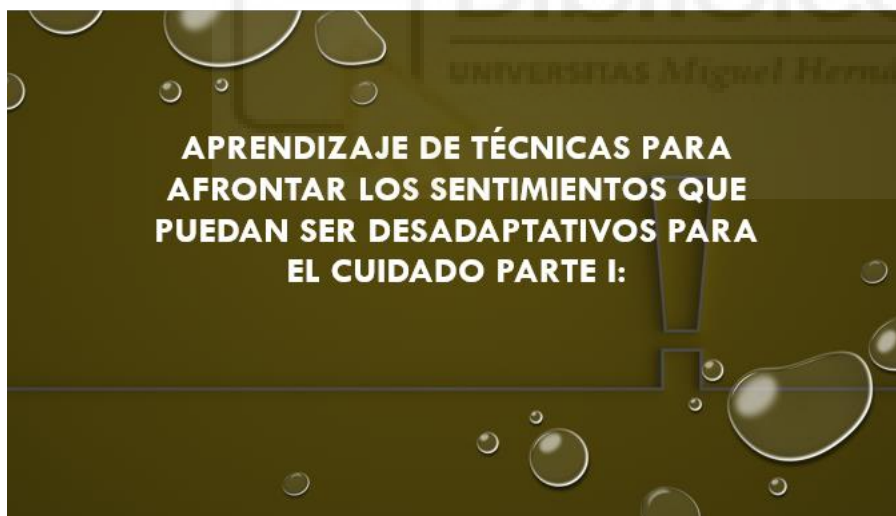


AYUDA COMPLEMENTARIA

- MANUAL PARA EL ENTRENAMIENTO Y APOYO DE CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA. MARZO 2022. MINISTERIO DE SANIDAD 2022.



Anexo 10. Sesión 5.



¿QUÉ ES LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA?

TERAPIA RACIONAL EMOTIVO-CONDUCTUAL

Y TRC

1. EXPLICACIÓN DEL MODELO ABC DE ELLIS

- A: ACONTECIMIENTOS. PASO 3.
- B: **CREENCIAS IRRACIONALES.**
PASO 1.
 - EMOCIONES.
 - PENSAMIENTOS.
- C: CONSECUENCIAS. (GENERADO POR EL B). PASO 2.



2. AUTORREGISTRO PARA DETECCIÓN IDEAS IRRACIONALES

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| DEBE CONTENER: | DÍA Y HORA. | SITUACIÓN (A). | PENSAMIENTO IRRACIONAL (B). | CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA (C). |

BIBLIOGRAFÍA

- MARÍN, N. L. (2006). LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ALBERT ELLIS. *NORTE DE SALUD MENTAL*, 6(25), 126-129.
- LABRADOR F.J. (2001), MANUAL TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. (499-516).

Anexo 11. Sesión 6.

APRENDIZAJE DE TÉCNICAS PARA AFRONTAR LOS SENTIMIENTOS QUE PUEDAN SER DESADAPTATIVOS PARA EL CUIDADO PARTE II:

EXPOSICIÓN DE LOS AUTORREGISTROS CUMPLIMENTADOS

REDUCCIÓN A LO ABSURDO.
CUESTIONAR LA VERACIDAD.
EMPIRISMO, LÓGICA, FLEXIBILIDAD, PROBABILISMO.

MATERIAL COMPLEMENTARIO Y BIBLIOGRAFÍA

- MARÍN, N. L. (2006). LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA DE ALBERT ELLIS. *NORTE DE SALUD MENTAL*, 6(25), 126-129.
- LABRADOR F.J. (2001), MANUAL TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. (499-516).

Anexo 12. Sesión 7.

APRENDIZAJE DE TÉCNICAS DE CONTROL EMOCIONAL Y ESTRÉS: RELAJACIÓN PROGRESIVA.

¿QUÉ ES LA RELAJACIÓN?

- QUÉ EFECTOS TIENE



¿QUÉ ES LA RELAJACIÓN?

• PARA QUÉ SIRVE

Clave mental	Concentrar la atención en un estímulo constante (por ejemplo: la respiración propia, la voz del psicólogo, un golpeo rítmico...).
Actitud pasiva	Dejarse ir sin preocuparse de cómo se está haciendo (evitar distracciones y preocupaciones, concentrarse en el estímulo constante...).
Diminución del tono muscular	Reducir la tensión muscular bien de forma directa (relajación diferencial) o indirecta (sentarse o tumbarse cómodamente).
Reducción de la estimulación ambiental	Entrenamiento en un ambiente silencioso y tranquilo, sin realizar otra actividad.
Desarrollo de sensaciones subjetivas	De tranquilidad y calma.
Avance progresivo	Desde su aprendizaje en condiciones óptimas hasta su utilización en todo tipo de condiciones.
Práctica regular	El factor más determinante de su eficacia.

¿QUÉ ES LA RELAJACIÓN?

Desconexión inicial	
Ejercicio previo	Identificar la propia respiración sin modificarla.
Ejercicio 1.º	Objetivo: dirigir el aire inspirado a la parte más inferior de los pulmones.
Ejercicio 2.º	Objetivo: dirigir el aire a la parte inferior y media de los pulmones.
Ejercicio 3.º	Objetivo: realizar una inspiración completa en tres tiempos (diafrágica inferior, diafrágica media, torácica).
Ejercicio 4.º	Objetivo: hacer más completa, regular y lenta la espiración.
Ejercicio 5.º	Objetivo: establecer una adecuada alternancia respiratoria.
Ejercicio 6.º	Objetivo: generalizar la respiración completa a las condiciones habituales.

MATERIAL COMPLEMENTARIO Y BIBLIOGRAFÍA

- LABRADOR F.J. (2001), MANUAL TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. (199-223).

Anexo 13. Sesión 8.



RELAJACIÓN PROGRESIVA (RECORDANDO LA SESIÓN ANTERIOR).

Desconexión inicial	
Ejercicio previo	Identificar la propia respiración sin modificarla.
Ejercicio 1.º	Objetivo: dirigir el aire inspirado a la parte más inferior de los pulmones.
Ejercicio 2.º	Objetivo: dirigir el aire a la parte inferior y media de los pulmones.
Ejercicio 3.º	Objetivo: realizar una inspiración completa en tres tiempos (diafrágica inferior, diafrágica media, torácica).
Ejercicio 4.º	Objetivo: hacer más completa, regular y lenta la espiración.
Ejercicio 5.º	Objetivo: establecer una adecuada alternancia respiratoria.
Ejercicio 6.º	Objetivo: generalizar la respiración completa a las condiciones habituales.

VARIACIONES DE LA RELAJACIÓN PROGRESIVA

Respiración contando.

Atención focalizada en la respiración.

Respiración profunda.

Respiración mediante suspiros

RELAJACIÓN DIFERENCIAL

Recorrido
abreviado.

Recorrido
grandes
partes.

MATERIAL COMPLEMENTARIO Y BIBLIOGRAFÍA

- LABRADOR F.J. (2001), MANUAL TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. (199-223).



Anexo 14. Sesión 9.



AUTONOMÍA VS DEPENDENCIA

QUÉ DIFERENCIAS HAY:

AUTONOMÍA →
mayor
independencia.

RAE: Condición
de quien, para
ciertas cosas, no
depende de nadie

QUÉ DIFERENCIAS HAY:

DEPENDENCIA →
mayor
dependencia.

RAE:
Situación de una per
sona que no puede
valerse por sí misma



Pero... ¿CÓMO SABER EN QUÉ
MEDIDA UN ADULTO MAYOR ES
MÁS O MENOS DEPENDIENTE?

PILARES BÁSICOS PARA SABER SI
DOTAR DE MÁS AUTONOMÍA O DE
MAYOR DEPENDENCIA

- 1- qué limitaciones físicas tiene (silla de ruedas, anda, ...).

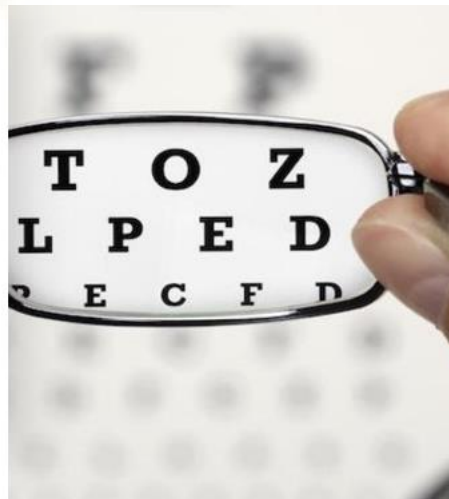


PILARES BÁSICOS PARA
SABER SI DOTAR DE MÁS
AUTONOMÍA O DE MAYOR
DEPENDENCIA

- 2- qué limitaciones mentales o cognitivas tiene. (Enfermedades neurodegenerativas, discapacidad, ...).

PILARES BÁSICOS PARA SABER SI
DOTAR DE MÁS AUTONOMÍA O DE
MAYOR DEPENDENCIA

- 3- qué limitaciones sensoriales tiene (vista, oído, ...).





CUÁNDO DOTARLES DE MÁS AUTONOMÍA

- EXPOSICIÓN DE SITUACIONES.



CUÁNDO SON MÁS DEPENDIENTES

EXPOSICIÓN DE SITUACIONES.

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

BIBLIOGRAFÍA

¿Qué tipos y grados de dependencia existen? Listado completo. (s. f.). El Rincón del Cuidador. <https://www.elrincondelcuidador.es/otros-cuidados/tipos-dependencia>

Inicio. (s. f.). Real Academia Española. <https://www.rae.es/>

Anexo 15. Sesión 10.

HABILIDADES EN COMUNICACIÓN ASERTIVA



ESCUCHA ACTIVA



EXPRESAR LOS SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS DE MANERA CLARA Y ESPECIFICA.



APRENDER A COORDINAR EL LENGUAJE VERBAL CON EL LENGUAJE NO VERBAL PARA EL MANEJO DE CONFLICTOS.

ESCUCHA ACTIVA



Aprender a decir que no de manera respetuosa.



Escuchar activamente a los demás, respetando los turnos de palabra.



ESTRATEGIAS PARA LA ESCUCHA ACTIVA



RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

NEGOCIACIÓN. → contratos.

Manejar las críticas de manera constructiva.

Búsqueda activa de soluciones para los conflictos por las dos partes.

BIBLIOGRAFÍA

- Calderón, K. A. H., & Silva, A. K. L. (2018). La escucha activa como elemento necesario para el diálogo. *Revista convicciones*, 5(9), 83-87.
<file:///C:/Users/esthe/Downloads/admin,+art+13+de+revisión.pdf>
- Gozáini, O. A. (1995). *Formas alternativas para la resolución de conflictos* (p. 15). Depalma.

