

Elisa Madrona Rodríguez

Rosanna Vives Almirall

EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO DESENCADENANTE DEL MALTRATO EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO CON ALZHEIMER

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por Sra. Adoración Rodríguez Vázquez

FACULTAD DE ENFERMERÍA



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

2019-2020

Sede Baix Penedès, Coma-Ruga



AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar quisiéramos agradecer a Adoración Rodríguez, nuestra tutora, por ayudarnos, motivarnos y aconsejarnos durante la realización del proyecto.

Y en segundo lugar, al tratarse de un trabajo realizado por dos personas, quisiéramos dar las gracias por la constancia y responsabilidad mantenida por ambas partes.

Además, dar las gracias a aquellas personas que nos han apoyado directamente o indirectamente a lo largo de éste.



ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN.....	2
2. RESUMEN.....	4
3. INTRODUCCIÓN.....	6
4. OBJETIVOS E/O HIPÓTESIS.....	7
5. METODOLOGÍA.....	8
6. MARCO TEÓRICO.....	13
6.1. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.....	13
6.2. CONCEPTO DE MALTRATO AL ANCIANO.....	15
6.2.1. TIPOS DE MALTRATO AL ANCIANO.....	16
6.2.2. EPIDEMIOLOGÍA MALTRATO AL ANCIANO.....	18
6.2.3. ETIOLOGÍA DEL MALTRATO.....	20
6.3. LA DEMENCIA EN EL ANCIANO.....	21
6.3.1. CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE DEMENCIA.....	21
6.3.2. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	23
6.3.2.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL ALZHEIMER.....	23
6.4. LA INSTITUCIÓN.....	26
6.4.1. EL MALTRATO EN LA INSTITUCIÓN.....	28
6.4.2. SÍNDROME DE BURNOUT.....	29
6.4.3. FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO AL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO.....	31
6.4.4. HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL MALTRATO INSTITUCIONAL...	32
6.4.4.1. INDICADORES DE SOSPECHA.....	33
6.4.4.2. INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN.....	34
6.5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLATIVOS.....	34
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	38
8. CONCLUSIÓN.....	47
9. BIBLIOGRAFÍA.....	49
10. ANEXOS.....	58



1. JUSTIFICACIÓN

A lo largo de nuestra carrera, mientras realizábamos las prácticas clínicas hemos presenciado cómo, en algunos casos, el cuidado que reciben nuestros mayores no es el más adecuado debido a la sobrecarga de trabajo del profesional, a la falta de tiempo, a la comodidad, entre otros. Además, fruto de la experiencia laboral vivida como auxiliar en atención domiciliaria, nos hemos encontrado con algunas situaciones bastante incómodas en relación al cuidado de los pacientes institucionalizados como por ejemplo, tratos de vejación y de abandono por parte de profesionales del centro que nos llevaban a sentimientos de impotencia, rabia y dolor.

Por ello, nuestro trabajo se justificará en base a distintos puntos:

Como consecuencia de los avances médicos y tecnológicos, la mejora en los hábitos saludables y la disminución en la tasa de mortalidad infantil, hemos evolucionado hacia una mayor condición en el área de la sanidad, haciendo que la población actual tenga una mayor esperanza de vida y, por tanto, se vea más envejecida. En los últimos 20 años, la esperanza de vida de la población española era de 78,81 años; ésta ha incrementado progresivamente alcanzando una edad media de 83,24 años en el año 2018. Los ítems mencionados anteriormente, conducen a una población más propensa a padecer enfermedades relacionadas con un deterioro a nivel cognitivo, siendo la más común el Alzheimer.

En los últimos años, el rol de la mujer ha ido evolucionando, ya que era quien asumía la responsabilidad del cuidado dentro del núcleo familiar, especialmente el de los mayores, pero actualmente, encontramos a la mujer introducida en el mundo laboral. Como resultado de esta situación, hace que le resulte más difícil ofrecer un completo y especializado cuidado a sus mayores y, por esta razón, se opta por la institucionalización. En España, en el año 2011, teniendo en cuenta las personas que vivían en residencias y otras instituciones, encontramos un total de 322.107 personas institucionalizadas. En concreto, en Cataluña, en ese mismo año, las personas que vivían en residencias eran de un total de 47.988 (*INE, actualizado cada 10 años*).

En relación a las personas que padecen una enfermedad neurodegenerativa, en el 2016 había un total de 988.000 personas afectadas en España. Dependiendo de su etiología, la prevalencia de las demencias se acentúa exponencialmente entre los 65 y 85 años, llegando a doblar su probabilidad cada 5 años; siendo de un 20% en las personas mayores de 80 años y, de un 25% para los mayores 85 años. En España esta tendencia es muy notable, ya que el rango de edad entre 65 y 74 años se ve



perjudicado en un 4,2% de la población; mientras que los mayores de 85 años se ven afectados en un 27,7%. Por otro lado, cabe destacar que el sexo femenino es más prevalente a padecer una demencia (11,1%), frente al sexo masculino (7,5%) (FAE, 2014). Específicamente, el Alzheimer, es la afección más prevalente dentro de las enfermedades neurodegenerativas puesto que equivale aproximadamente al 70% del total, correspondiendo a 717.000 personas afectadas.

Creemos que existen distintos factores de riesgo que agravan la situación de maltrato institucional al anciano, entre los cuales destacamos el exceso de trabajo, la falta de preparación o formación del profesional, los bajos salarios y la falta de recursos por parte de la institución, pudiendo ocasionar graves consecuencias en su salud y bienestar. Según un estudio realizado en 2015 por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, relacionado con el maltrato físico (específicamente las contenciones mecánicas), aproximadamente un 25% de los ancianos institucionalizados en España son contenidos físicamente, siendo ésta la cifra más elevada respecto a otros países de Europa, como por ejemplo Francia (17,1%), Italia (16,6%), Suecia (15,2%), Reino Unido (4%) o Dinamarca (2,2%) (CEOMA, 2015).



2. RESUMEN

Introducción: Actualmente las instituciones destinadas al cuidado de los mayores se han intensificado, debido al aumento de la esperanza de vida y de las demencias, especialmente el Alzheimer. La figura de la mujer, era y sigue siendo la cuidadora principal, pero con su entrada al mundo laboral, los cuidados que proporcionaba a los mayores han pasado a ser responsabilidad de los cuidadores formales, aquellos que tienen el objetivo de asistir y cuidar. La persona demente requiere supervisión constante debido al deterioramiento general. Este hecho, junto a otros factores estresantes, conducirán a que el cuidador formal manifieste el Síndrome de Burnout, el desencadenante de un posible maltrato hacia el anciano con Alzheimer.

Objetivo: Analizar cómo el Síndrome de Burnout, en profesionales sanitarios, conlleva a situaciones de maltrato en el paciente con Alzheimer institucionalizado.

Metodología: Para elaborar este trabajo se realizó una revisión bibliográfica mediante bases de datos relacionadas con el ámbito sanitario: Pubmed, Dialnet, Scielo, Revista Española de Geriatria y Gerontología, Scopus y Google Académico.

Resultados: Se analizaron 18 artículos donde se comprobó que la mayoría de personas institucionalizadas son dependientes y sufren algún tipo de demencia. Se observó que eran víctimas de maltrato ocasionado por sus cuidadores formales, en el cual influían múltiples variables. El riesgo de maltrato institucional es elevado en aquellos individuos dependientes y con historia previa del fenómeno. Las sujeciones, conocidas como maltrato, no se consideran beneficiosas para la seguridad del paciente ni para fomentar su autonomía. A partir del programa de personas con demencia se mostró una mejoría en la realización personal y el agotamiento emocional, reflejado en el cuestionario MBI entregado al personal sanitario. Por otro lado, asistir a charlas y conferencias, beneficiaban al cuidador en el área laboral y en el personal, disminuyendole el agotamiento emocional.

Conclusión: La formación del personal ayuda a identificar los posibles casos de maltrato mediante programas de detección y prevención. Además, contar con unas condiciones óptimas en el ámbito laboral favorece que el trabajo sea eficiente frente al cuidado de la persona mayor.

Palabras clave: Alzheimer, institución, maltrato, síndrome de Burnout.



SUMMARY

Introduction: Currently, the institutions for the elder's care have intensified due to the increase in life expectancy and dementia, especially Alzheimer's. Women's figure, was and continues to be the main caregiver, but with their entry into the employment world, the care that was previously provided to the elderly has become being formal caregivers responsibility, those who, as their main objective, must be attend and care. The person with dementia requires to be supervised due to his general impairment. This fact, along with other stressors, will lead to the formal caregiver to exhibe the famous Burnout Syndrome, in which mistreatment of the Alzheimer's elderly could be triggered.

Objective: To analyze how Burnout Syndrome in healthcare professionals leads to situations of abuse in the institutionalized Alzheimer's patient.

Methodology: To prepare this work, a bibliographic review was conducted using different databases related to the health field: Pubmed, Dialnet, Scielo, Revista Española de Geriatria y Gerontología, Scopus and Google Scholar.

Results: 18 articles were analyzed where it was found that the majority of people who are institutionalized are dependent, and suffer some type of dementia. It was observed that the elderly were victims of mistreatment caused by their formal caregivers, in which multiple variables influenced. The risk of institutional abuse is high in those dependent individuals with a previous history of the phenomenon. The restraints, known as a form of abuse, are not considered beneficial to patient's safety or to promote autonomy. On the basis of the program for people with dementia, an improvement was shown in personal achievement and emotional exhaustion, reflected in the MBI questionnaire given to health personnel. On the other hand, attending talks and conferences benefited the caregiver both in the workplace and in the personal area, decreasing emotional exhaustion.

Conclusion: Staff training helps to identify possible cases of abuse through detection and prevention programs. In addition, having optimal conditions in the workplace encourages work to be efficient compared to caring for the elderly.

Keywords: Alzheimer, institution, mistreatment, Burnout Syndrome.



3. INTRODUCCIÓN

El maltrato en la persona mayor es un grave problema social que se ha incrementado considerablemente debido al envejecimiento de la población. Esta tendencia se ve reflejada a través de las pirámides poblacionales, aunque el hecho de ser anciano no implica necesariamente padecer un maltrato. Para el 2030 se espera que el número de personas mayores de 60 años en el mundo aumente hasta 1.400 millones debido al incremento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad en países desarrollados. Además, existen otros factores, como los cambios demográficos, sociales o estructurales que agravan las desigualdades entre la población anciana ¹.

El maltrato al anciano se ha convertido en un problema invisible, convivimos con él pero no lo queremos ver. Se estima que una de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes, pero son muchas las voces sanitarias, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS) que apunta a que esta tasa de prevalencia está subestimada (González Moreno, P) ².

Actualmente, la sociedad no visualiza a la población mayor como un colectivo vulnerable aunque exista desigualdad frente a este grupo. Este hecho se debe al edadismo producido por los prejuicios, estereotipos y discriminación inculcados en nuestra sociedad y cultura por no existir una imagen positiva de la vejez. Por ello, cuando escuchamos la palabra maltrato, lo asociamos inconscientemente hacia la mujer, niños o incluso animales, pero en escasas ocasiones hacemos referencia al maltrato en los ancianos ³.

Según la OMS, el maltrato se define como *“un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza”*. Dicho maltrato puede presentarse de forma física, psicológica, económica, sexual, negligente o en abandono ⁴.

Cuándo el paciente con Alzheimer se encuentra en la fase moderada de la enfermedad manifestando trastornos de conducta, específicamente las agresivas, ya es notable su pérdida de autonomía, precisando cuidados las 24 horas del día. Si éste paciente está siendo cuidado por un familiar, es probable que aparezca el cansancio y como consecuencia, el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador. En estos casos una de las opciones por las que puede optar la familia es solicitar ayudas externas y más concretamente la de una posible institucionalización del paciente ⁵.



Una vez el adulto mayor reside en una institución de ámbito sanitario, será atendido por profesionales formados para dar y ofrecer a partir de este momento unos cuidados individualizados para cada uno de ellos. En estas áreas asistenciales, existen una sobrecarga excesiva de trabajo, como la falta de experiencia, poca formación en el ámbito geriátrico, contar con personal joven, prejuicios en relación a las personas mayores y condiciones inadecuadas de trabajo, que favorecen un incorrecto cuidado al anciano, resultado del fenómeno Burnout. El síndrome de Burnout aparece en nuestra sociedad como consecuencia de un elevado estrés laboral mantenido en el tiempo, combinado con un seguido de factores individuales, sociales y relacionados con la organización de la institución que se ven afectados negativamente ⁶.

Diversos autores definen el Burnout como *“una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional”* (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) ⁶.

En el presente proyecto conoceremos la importancia de realizar un adecuado trabajo por parte del profesional implicado en ofrecer los cuidados al anciano, conociendo la gran responsabilidad y carga que mantienen y, cómo se ve reflejado en sus actos y conductas, así conforme los sentimientos expresados por ambas partes.

4. OBJETIVOS E/O HIPÓTESIS

Objetivo general:

- Analizar cómo el síndrome de Burnout, en profesionales sanitarios, conlleva a situaciones de maltrato en el paciente con Alzheimer institucionalizado en España.

Objetivos específicos:

- Conocer los tipos de maltratos más prevalentes que se producen en las instituciones.
- Identificar las herramientas de detección para reconocer un posible maltrato y, a su vez, la existencia de protocolos de actuación ante un abuso.
- Relacionar la actitud y el comportamiento del paciente con Alzheimer frente a las situaciones de abuso vividas.



5. METODOLOGÍA

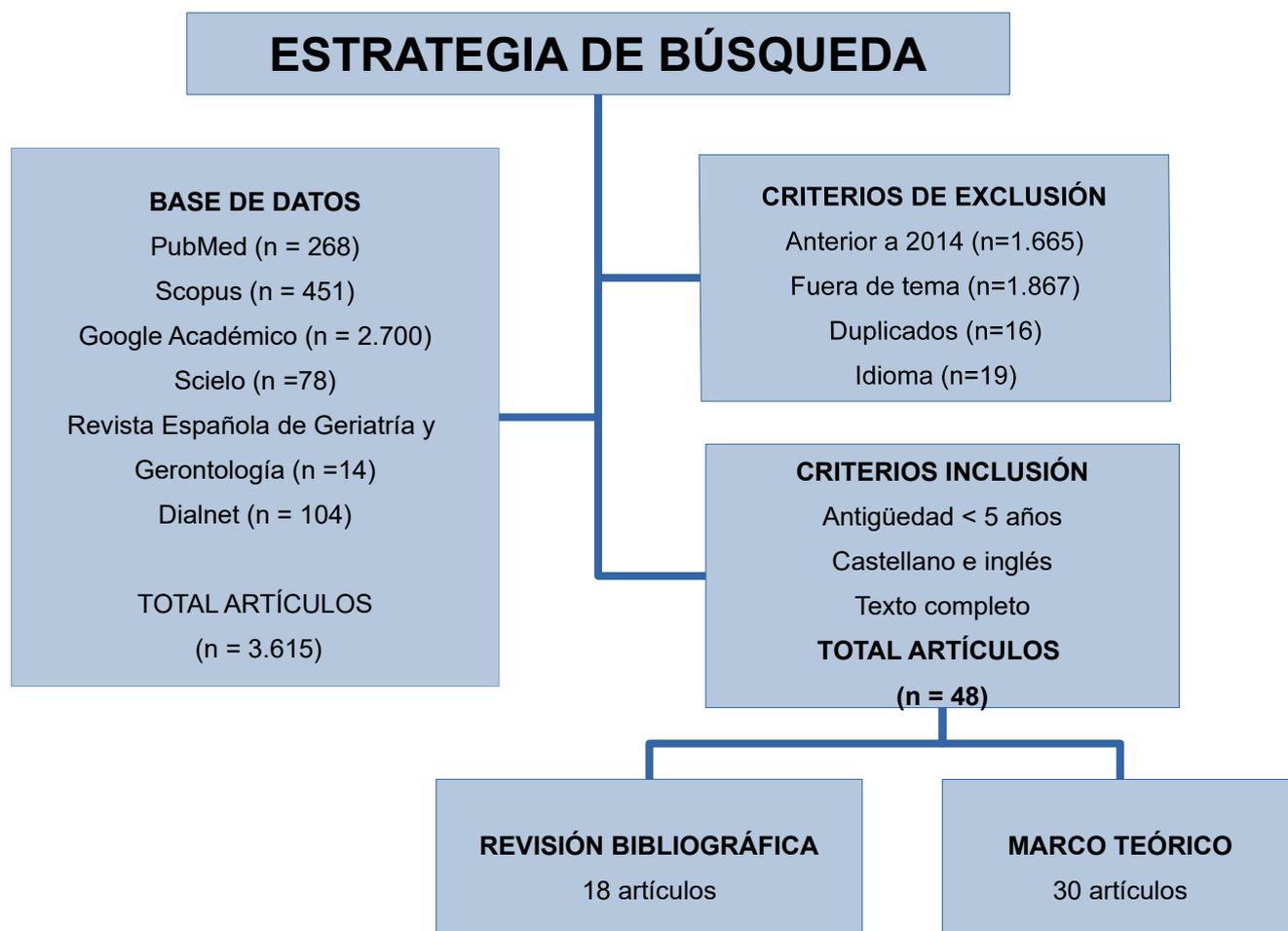
La metodología del presente trabajo, se ha elaborado a través de una revisión bibliográfica sobre el maltrato recibido a los pacientes con Alzheimer institucionalizados. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Dialnet, Revista Española de Geriatria y Gerontología y Google Académico en el periodo de octubre a diciembre del 2019. También se utilizaron otras bases de datos como Cuidatge, Cuiden, Lilacs, Cinahl donde no obtuvimos ningún resultado respecto a nuestro criterio de búsqueda.

Criterios de inclusión: antigüedad < 5 años, castellano o ingles y texto completo.

Operadores booleanos utilizados: AND; OR; NOT.

Palabras clave: abuse; dementia; institution; mistreatment; elderly; Burnout; maltrato; Alzheimer; residencia; mayores; "elder abuse"; institucionalización; demencia; institución.

Obtuvimos un total de 48 artículos seleccionados para nuestro proyecto, de los cuáles 30 son para la realización del marco teórico y 18 para la revisión bibliográfica, donde se realizará una lectura de cada uno de ellos, para una posterior valoración conjunta. (Anexo 1).





Base de datos	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos incluidos	Artículos excluidos	Motivo de exclusión
PubMed	Abuse AND dementia AND institution	242	13	229	Anterior a 2014 (199) Idioma (2) Fuera de tema (28)
	Mistreatment AND dementia AND elderly	26	2	24	Anterior a 2014 (17) Fuera de tema (7)
Google Académico	Maltrato AND Alzheimer AND institucionalización AND España	950	17	933	Anterior a 2014 (371) Fuera de tema (562)
	Maltrato AND Alzheimer AND residencia	1.750	7	1.742	Anterior a 2014 (730) Repetidos (7) Fuera de tema (1.005)
Scielo	Maltrato AND Mayores	78	1	77	Anterior a 2014 (40) Idioma (9) Repetido (1) Fuera de tema (27)
Revista Española de Geriatria y Gerontologia	Abuso AND demencia AND institucionalizado	14	1	13	Anterior año 2014 (10) Fuera de tema (3)
Dialnet	Maltrato AND Institución	104	1	104	Anterior año 2014 (60) Idioma (1) Fuera de tema (42)



Scopus	Elder AND abuse AND Dementia AND Alzheimer AND Institution	273	5	268	Anterior año 2014 (147) Repetido (4) Idioma (3) Fuera de tema (114)
	“Elder abuse” AND Dementia AND Burnout	178	1	177	Anterior año 2014 (91) Repetido (4) Idioma (4) Fuera de tema (78)



Cronograma

OCTUBRE 2019						
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

NOVIEMBRE 2019						
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

DICIEMBRE 2019						
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ENERO 2020						
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

FEBRERO 2020						
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	

MARZO 2020						
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					



ABRIL 2020						
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

MAYO 2020						
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

JUNIO 2020						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Tutorías	
Revisión bibliográfica	
Justificación del trabajo	
Entrega de la Justificación del estudio	
Diseño del trabajo: Introducción, objetivos y metodología	
Entrega del diseño del trabajo	
Elaboración del marco teórico	
Análisis de artículos	
Elaboración de Resultados y Conclusiones	
Corrección del trabajo	
Entrega + defensa del trabajo	
Preparación Presentación trabajo	



6. MARCO TEÓRICO

6.1. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

En nuestra sociedad, actualmente, la temática sobre el maltrato al anciano institucionalizado con demencia empieza a ser más visible, puesto que existe una sensibilización social frente a esta problemática global. Esta invisibilidad generada durante años, ha hecho que el maltrato en el anciano no se reconociera socialmente, por lo que finalmente quedaban ocultos sin despertar ningún interés ni impunidad. Al igual que el maltrato en la infancia o a la mujer, todos ellos presentan cierta vulnerabilidad en la sociedad, sin embargo, las personas mayores presentan otros factores como la discapacidad, la marginación, el abandono social y, la falta de recursos económicos y culturales, entre otros, que conduce a un incremento de victimizaciones en el gran colectivo como es la tercera edad, provocando en la persona sentimientos de inferioridad, inutilidad, abandono y automarginación.

La falta de estudios ante esta problemática, choca con la gran aceleración de envejecimiento que está presentando la población española, puesto que la pirámide poblacional comienza a invertirse y, son las personas mayores quién se convierten en el colectivo más predominante desde la perspectiva social, política, sanitaria y económica⁷.

El inicio del envejecimiento no se muestra claramente establecido a causa de la evolución individual y la falta de marcadores específicos, teniendo un papel fundamental las propiedades genéticas, biológicas, sociales y psicológicas⁸. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“se considera persona de la tercera edad todo aquel mayor de 60 años; siendo los de 60 a 74 años personas de edad avanzada, las de 75 a 90 viejas o ancianas, y las mayores de 90 grandes viejos o grandes longevos”*.

Se entiende que el proceso de envejecimiento no solo conlleva un proceso biológico, sino que además, representa una construcción social en el que es importante conocer la percepción desde el punto de vista de la sociedad y, la autopercepción que mantienen de ellos mismos⁹.

Actualmente, los cambios sociales predominan en los países desarrollados debido a los avances tecnológicos y sanitarios, la educación y la baja natalidad, haciendo que la esperanza de vida en España incremente progresivamente los últimos años produciendo un envejecimiento continuo de la población, así como, el desarrollo de enfermedades que conllevan a una mayor dependencia de la persona.

Otro punto a destacar, es la aparición de la figura de la mujer en el mundo laboral fuera del domicilio, en el que tiempos atrás dedicaba su labor como ama de casa y cuidadora de los suyos ⁷. Actualmente, en nuestro país, esta esperanza de vida ha aumentado más que en épocas anteriores, siendo de 80,7 años en varones y de 86,3, en mujeres. En nuestra sociedad, llegado el momento de jubilación de la generación del baby-boom, se prevé un gran envejecimiento poblacional durante los próximos años, representando un 38,7% en los mayores de 65 años, correspondiendo a un 13,9% de personas mayores de 80 años en el año 2050 ⁹⁻¹¹.

Pirámide poblacional española



Gráfica 1: Rojo Balbás, N. Factores asociados a la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con Alzheimer

Por contra, los avances ya descritos, hacen que presenten cierta vulnerabilidad y carencias frente a la correcta protección o asistencia ante este colectivo. La fragilidad, la vulnerabilidad y la falta de autonomía o de capacidad son factores que convierten a la persona anciana en un objeto fácil de malos tratos provocando en ella una sensación de carga. Todos ellos son el resultado de los estereotipos impuestos en la comunidad, presentando al anciano como una figura negativa, llegando a discriminarlo por el simple hecho de ser una persona con más edad ⁷.

Los profesionales advierten del incremento de maltrato y negligencia ante este gran colectivo, en el que se observó por primera vez en Estados Unidos (EEUU) en el año 1978, siendo una problemática global, y no es hasta 1996 donde se establece el Comité Nacional para la Prevención del Abuso del Anciano, con el objetivo de impulsar la investigación y fomentar programas y servicios para dar solución a las víctimas y a sus respectivos familiares ⁷.



6.2. CONCEPTO DE MALTRATO AL ANCIANO

Con el paso del tiempo, han aparecido una gran variedad de definiciones en cuanto al maltrato, ya que no existe una definición consensuada. Esta problemática es debida a la utilización de distintos conceptos como maltrato, malos tratos, negligencia, abandono, etc. Además, cada uno de los maltratos existentes, ya sea físico, psicológico, económico, sexual..., puede ser calificado de determinadas maneras. Por otro lado, depende donde se realice el maltrato, tanto en el domicilio como en instituciones, se verán implicadas las personas que formen parte de ese escenario (familiares o profesionales sanitarios). La dualidad entre acción - omisión, intencionalidad - no intencionalidad y, la existencia de diversas percepciones sociales, culturales y étnicas, hace que no exista una definición clara y precisa a la hora de hablar de maltrato.

Según la Asociación Médica Americana (AMA) define el maltrato como *“la implicación de una acción u omisión que tiene como resultado un daño o una amenaza de daño a la salud o el bienestar de una persona mayor. El maltrato incluye el causar daño intencional físico o mental; el abuso sexual; o la negación de la comida necesaria, ropa o cuidado médico para cubrir las necesidades físicas y mentales necesarias de una persona mayor por parte de la persona que tiene la responsabilidad del cuidado o custodia de una persona mayor”*.

En el año 1995 la International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), define al maltrato de personas mayores como *“un acto único o reiterado u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor que se produce en el seno de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza”*. Esta definición fue adaptada en el 2002 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Toronto y, apoyada en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo lugar en Madrid ese mismo año, donde es definida como una *“acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión”*.

Tras la última definición, se pueden observar distintos fundamentos sobre el maltrato en la persona mayor en comparación con los otros tipos de malos tratos. En primer lugar, debe de existir un vínculo entre la víctima y el maltratador, donde se encuentre una relación de cuidado, confianza, convivencia o dependencia, siendo un cuidador



tanto formal como informal. Por otro lado, es necesario que a partir de la conducta del maltratador exista un riesgo que comprometa el bienestar de la persona mayor. Y por último, debe de haber intención por parte del maltratador, tratándose de una acción o simplemente una omisión.

En España, cabe destacar el gran avance que supuso la definición sobre el anciano maltratado, elaborada durante la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, celebrada en Almería el 4 de mayo de 1995, definiendo el maltrato al anciano como *“todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual, y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo, que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, instituciones)”*.

Pero actualmente, la terminación más utilizada y aceptada por la sociedad es la de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), donde el maltrato en el anciano es definido como *“situaciones de extrema vulneración de los derechos del individuo, y con frecuencia en términos de agresión física o sumo abandono, que atenta contra la integridad de una persona mayor totalmente dependiente, esto es, con demencia o inmovilizada”* ¹²⁻¹⁵.

En conclusión, para que se pueda hablar de malos tratos, es importante que en ellos aparezcan los términos como: vínculo, resultado del daño causado e intencionalidad o no de éste ¹⁶.

6.2.1. TIPOS DE MALTRATO AL ANCIANO

Existen diversos ámbitos donde puede tener lugar un maltrato (maltrato sociocultural, doméstico e institucional), pero tal y como exponemos en el inicio del proyecto, haremos hincapié al maltrato institucional, donde éste se origina en los centros residenciales o instituciones sanitarias dedicadas exclusivamente al cuidado de las personas de edad avanzada, donde aparece la figura del cuidador formal, aquel con ciertas habilidades y conocimientos para ejercer unos cuidados ¹².

Es importante resaltar la falta de consenso en cuanto la definición de los tipos de maltrato existentes hacia las personas mayores. Una correcta clasificación de dichos maltratos permitiría realizar una correcta detección e identificación de los posibles abusos mediante indicadores específicos y, poniendo en marcha estrategias de prevención y protocolos de intervención. A través de la revisión bibliográfica, podemos clasificar los distintos tipos de maltratos hacia este colectivo:



Maltrato físico: implica una acción voluntariamente realizada, que provoca o puede provocar daño o lesiones físicas en la persona mayor y, en casos extremos la desfiguración o muerte. Este tipo de maltrato se caracteriza por actos violentos como golpear, abofetear, quemar, pellizcar, empujar o zarandear. Como resultado de estas acciones, hace que sean fácilmente detectables las secuelas en el anciano: hematomas, heridas, fracturas de huesos, quemaduras, desgarros..., aunque no tiene porque ser la más grave. Por otro lado, se incluyen las restricciones físicas, así como, las contenciones mecánicas, el abuso o la inadecuada administración de fármacos sin prescripción médica.

Maltrato psicológico o psicoafectivo o emocional: implica una acción, tanto verbal como gestual, actitud intimidadora o amenaza que provoca o puede provocar daño psicológico a las personas mayores, o aspectos negativos para la competencia social, emocional o cognitiva de las mismas. Este tipo de maltrato se caracteriza por rechazar, insultar, aterrorizar, aislar, gritar, culpabilizar, humillar, intimidar, amenazar, imponer situaciones de aislamiento, ignorar y privar de sentimientos de amor, afecto y seguridad. Así como, el aislamiento social, la privación o la infantilización son acciones humillantes para quién sea dirigido, afectando la autoestima y la dignidad de las personas mayores. Cuando estas acciones se mantienen de forma reiterada, la persona mayor puede manifestar miedo, angustia, tristeza, dolor emocional o estrés. A diferencia que el maltrato físico, el psicológico es difícilmente identificable observar.

Maltrato económico o financiero: implica utilizar ilegalmente o de forma no autorizada, los recursos económicos o las propiedades de una persona mayor. Puede ser, usando indebidamente la tutela o curatela y, se caracteriza por la apropiación, aprovechamiento o, mal uso de las propiedades o dinero de la persona mayor, negando el derecho de acceso a fondos personales, coaccionando para obligarle a firmar documentos (contratos o testamentos), falsificando firmas, tomando cosas o bienes sin permiso, ocupando el domicilio sin autorización, robos o hurtos, fraudes, etc.

Maltrato sexual-afectivo: implica cualquier comportamiento de carácter sexual, así como gestos, insinuaciones, exhibicionismo..., o contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento, que utiliza la fuerza o amenazas y que además, puede realizarse aprovechando la situación de discapacidad física, psíquica y el deterioro cognitivo de la persona mayor. Ante esta situación, el agresor utiliza a la persona mayor con el fin de obtener estimulación o gratificación sexual. Este tipo de maltrato puede ir desde el



exhibicionismo hasta la agresión sexual física. Se caracteriza por tocamientos o besos, introducción de objetos, dedos o pene por vía oral, anal o vaginal, acoso sexual y obligar a ver contenido pornográfico o bien, realizar actos sexuales con el propio agresor.

Negligencia: consiste en el rechazo o el incumplimiento, intencionado o no, de proveer a una persona las necesidades básicas, así como la alimentación, la vestimenta, la higiene personal, medicación, comodidad, seguridad personal y asistencia sanitaria. Este tipo de maltrato se caracteriza por una mala provisión, tanto de cuidados médicos como cuidados físicos, para poder proporcionarle un adecuado nivel de salud y social ¹⁵.

Para algunos autores, el maltrato es un continuo que va desde la negligencia al maltrato físico, mientras que otros lo diferencian como maltrato físico, emocional y material. Hay que tener en cuenta la posibilidad de encontrar ciertos maltratos actuando de forma simultánea, así como, el maltrato sexual se puede observar como maltrato físico, aunque lo hayan catalogado como un tipo independiente de maltrato ¹⁴.

6.2.2. EPIDEMIOLOGÍA MALTRATO AL ANCIANO

A mediados de los años 70, se detectó por primera vez el maltrato a las personas de edad avanzada, pero no fue hasta la década siguiente donde Estados Unidos (EEUU) creó la definición de *Elder Abuse*, reconociéndose como un acto violento desconocido en la comunidad ⁷. Estudios publicados en la década de los 80 y 90 de esta misma región, la prevalencia de maltrato se encontraba entre el 1% y el 12% ¹⁷. Más tarde, en los años 90, esta problemática despertó sensibilidad en el Reino Unido, en el que hubo un gran interés para estudiar en primer lugar la violencia que manaba en el ámbito doméstico, hasta llegar a estudiar situaciones vividas en el área institucional ⁷.

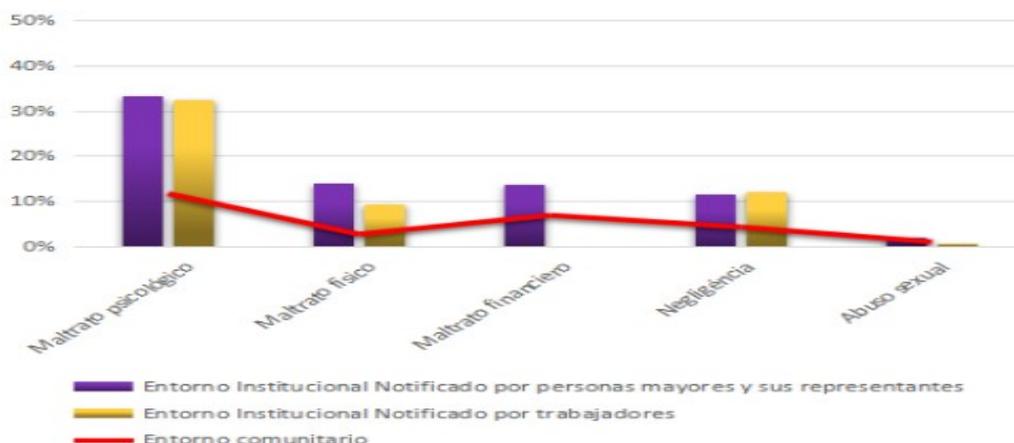
En España, la incidencia de malos tratos ha aumentado considerablemente en los últimos 10 años, observándose que en los mayores que solicitan atención domiciliaria el 50% de ellas son víctimas de negligencias y el 5% reciben maltrato ^{16,17}. En cuanto a la prevalencia en España, se encuentra alrededor del 2% al 10%, teniendo en cuenta los estudios realizados en todas las comunidades autónomas.

Las cifras exactas sobre el maltrato son escasas y, en ocasiones difíciles de obtener, ya que sólo se denuncian 1 de cada 24 casos, dado que la víctima suele ocultar este tipo de conducta realizado por su maltratador, debido a las represalias que esto puede conllevar a la propia persona. También es importante destacar la poca concienciación

entre profesionales implicados en el ámbito socio-sanitario. Sin embargo, existen estudios recientes que confirman que las tasas de maltrato en las instituciones son mayores que en la comunidad, debido a las denuncias expuestas por este colectivo.

En cuanto al maltrato institucional, la OMS realizó una investigación en el 2006, en la que se observaba la prevalencia del tipo de maltrato, siendo el más reiterado el económico con un 9,2%, seguido del físico con un 6,9%, el psicológico con un 6,3% y, finalmente, el sexual con un 0,82%. Además, una encuesta en el ámbito institucional realizada por Pillemer y Moore, determinó que un 40% del personal de enfermería reconoció haber maltratado psicológicamente a los mayores, un 36% observó al menos maltrato físico y, un 10% recurrió al uso de contenciones ¹⁸.

La siguiente gráfica refleja el tipo de maltrato producido, tanto en el ámbito institucional como en el comunitario de seis países, en los que fueron notificados por los propios trabajadores de la institución, los residentes y sus respectivos representantes ¹⁹.



Gráfica 2: elaboración propia. A partir de la OMS.

En el Estado español, entre el 4% y el 10% de los ancianos han sufrido una o más formas de maltrato y/o negligencia, a partir de los 65 años de edad. Así pues, según estudios realizados por la OMS y la INPEA en el año 2007, entre el 3% y el 5% de los ancianos de más de 60 años, el 75% del maltrato fue producido en el ámbito domiciliario ¹⁶.

Es importante conocer el impacto que conlleva este tipo de abuso hacia la salud del anciano, con la finalidad de crear un entorno donde pudieran asistir a reclamar las violaciones afligidas y, brindarles información tanto a las víctimas como a la sociedad sobre esta problemática, así como la creación de protocolos, servicios de apoyo y



ayudas para hacer frente esta situación, o bien, saber identificar comportamientos que conlleven a este hecho. El maltrato, siendo difícil de detectar, aún es mucho mayor si se origina en una persona con demencia, causando una gran repercusión a nivel social y, siendo objeto de violencia para el maltratador ¹⁶.

Es por ello, que el aumento de la esperanza de vida en la comunidad ha desencadenado una agudización en cuanto a discapacidades y enfermedades crónicas, entre ellas, las demencias, siendo las más destacadas, afectando a 35,6 millones de personas a nivel mundial, cifra que irá aumentando con el paso de los años ¹⁶.

6.2.3. ETIOLOGÍA DEL MALTRATO

Para poder explicar el maltrato ocasionado a las personas mayores, así como, entender mejor el concepto y el origen de éste, existen diversos modelos que aportan información, sin embargo, solo son tres los principales para explicar las causas de dicho fenómeno.

- **Modelo psicológico:** la personalidad del cuidador se caracteriza por la presencia por algunos factores psicopatológicos (esquizofrenia, ideas paranoides, delirios, abuso de sustancias) y, su dependencia económica por la persona cuidada. El estrés, por otro lado, juega un papel importante en el cuidado de personas mayores con demencia, ya que puede ser fruto de un maltrato.
- **Modelo sociológico:** factores culturales, sociales y ambientales, estimulan la violencia social y el maltrato a las personas mayores, producto de un estrés social, en el que se incluyen los factores económicos, la precariedad laboral, el aislamiento y la pobreza social, o bien, la falta de apoyo en el cuidador.
- **Modelo ecológico:** tiene en cuenta la interrelación entre factores individuales (edad, sexo, dependencia, demencia...), sociales (edadismo, desvalorización, cultura violenta...), relacionales (nivel de estrés, agresividad, convivencia...), y, comunitarios (falta de apoyo, aislamiento social...), para que se dé el maltrato.

Esta última teoría ha permitido explicar los diversos factores de riesgo que tienen lugar en el maltrato, facilitando la creación de programas de prevención e intervención desarrollados por profesionales de la salud ^{12, 20}.



6.3. LA DEMENCIA EN EL ANCIANO

El término demencia es definido por la OMS *"como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores (memoria, entendimiento, juicio, habla, cálculo, pensamiento, orientación....) que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo"*.

Esta demencia produce una pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales que no son como consecuencia de un envejecimiento normal. Ésta pérdida de las funciones, conlleva una discapacidad por parte de la persona afectada a realizar las actividades de la vida diaria. Éstos déficits cognitivos pueden afectar desde la memoria, el lenguaje (afasia), la atención, las habilidades visoconstructivas (planificación), las praxias (habilidades motoras) y la resolución de problemas o a la inhibición de la respuesta, hasta una pérdida de la orientación, ya sea, espacio-temporal o de identidad ^{21,22}.

6.3.1. CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE DEMENCIA

Las demencias tienden a clasificarse a partir de distintos aspectos, como puede ser: la edad de inicio, la estructura cerebral afectada, el factor genético, la etiología y, su posible reversibilidad.

Según la edad de inicio:

- **Presenil o de inicio precoz:** con un inicio antes de los 65 años y de curso rápido. Determina el 1% de los casos.
- **Senil o de inicio tardío:** con un inicio después de los 65 años y de curso lento y esporádico. Determina el 98% de los casos.

Según la topografía, las demencias se clasifican en:

- **Corticales:** dañan principalmente a la corteza cerebral, causando problemas en el lenguaje, la memoria y la conducta social, provocando a nivel clínico amnesia, afasia, apraxia y agnosia.
- **Subcorticales:** dañan las partes del cerebro situadas por debajo de la corteza (ganglios basales, tálamo...), disminuyendo la estructura de la sustancia gris y blanca, causando alteraciones en las emociones y el movimiento, además de afectar a la memoria.



Según la implicación del factor genético:

- **Familiar o de causa genética:** la alteración en 3 tipos de genes, es heredada de manera dominante a sus descendientes, coincidiendo gran parte de ellos con la enfermedad de Alzheimer presenil.
- **Esporádica:** es el más común, pues representa el 98% de los casos de Alzheimer senil, afectando gran parte a personas de 65 años o más. Aún se desconoce la causa de aparición, pero se cree la existencia de factores genéticos implicados en aumentar el riesgo de provocar la enfermedad.

Según su etiología:

- **Primarias o degenerativas:** aparecen sin causa conocida, siendo este tipo de demencias irreversibles. Las más frecuentes son la enfermedad de Alzheimer, la demencia de cuerpos de Lewy, la fronto-temporal y la de Pick, la asociada a la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington y la parálisis supranuclear progresiva.

ETIOLOGÍA	TOPOGRAFÍA CEREBRAL	DEMENCIA
DEMENCIA PRIMARIA O DEGENERATIVA	Cortical	Enfermedad de Alzheimer Demencia de Pick Demencia Senil Demencia Fronto-Temporal
	Subcortical	Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Hungtinton
	Cortical-Subcortical	Demencia de Cuerpos de Lewy

Tabla 1: Elaboración propia.

- **Secundarias:** aparecen como consecuencia de un trastorno principal (déficit vitamínico, demencia hidrocefálica). Al contrario que las primarias, este tipo de demencias son reversibles.
 - **Vasculares:** multiinfarto, la enfermedad de Binswanger y la demencia por infarto estratégico.
 - **Traumáticas:** demencia postraumática.
 - **Infeciosas:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, la sífilis del sistema nervioso central, la enfermedad de Lyme, la enfermedad de Whipple y la encefalitis por Herpes virus.



- **Tóxicas:** demencia alcohólica, demencia por cannabis, fármacos y metales pesados.
- **Metabólica:** encefalopatía urémica, hepática, hipóxica e hipercápnica, déficit de vitamina B12, ácido fólico y vitamina B1.
- **Endocrino:** hipo/hipertiroidismo, hipo/hiperparatiroidismo, la secundaria a insuficiencia hepática o a insuficiencia renal, la enfermedad de Wilson y síndrome de Cushing.
- **Neoplásicas:** tumores cerebrales primarios o metastásicos, la encefalitis límbica y la meningitis carcinomatosa ²³.

6.3.2. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es un tipo de demencia, incluido dentro de las demencias primarias o degenerativas, que se caracteriza por un deterioro cognitivo y funcional de inicio insidioso y curso progresivo. Sus manifestaciones más comunes son la de pérdida de memoria a corto plazo, el reconocimiento y, manipulación de objetos y en la fluidez verbal, junto con disminución de la iniciativa, escaso pensamiento abstracto y omisión de percepción de enfermedad.

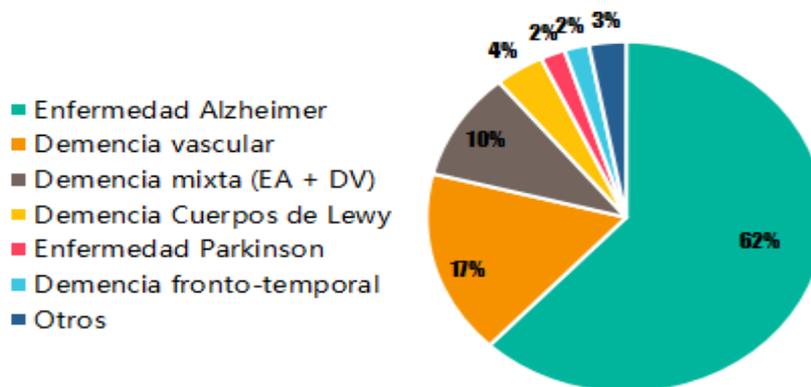
La EA es causada por la inflamación formada por la placa neurítica, que ataca al sistema inmunológico, hecho que provoca una afectación tóxica neuronal progresiva. La placa neurítica la conforma la adhesión al acúmulo de proteínas betamiloide (A β) por parte de los ovillos neurofibrilares, generados por la hiperfosforilización de las proteínas Tau en los microtúbulos neuronales.

Según la progresión de las lesiones en el cerebro del paciente con Alzheimer, éste tendrá unos síntomas determinados. Estas lesiones cerebrales se empiezan a formar muchos años antes de la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, siendo aproximadamente entre unos 10-20 años, disminuyendo el tamaño cerebral a medida que avanza la enfermedad ^{24, 25}.

6.3.2.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL ALZHEIMER

En España, según la Confederación Española de Alzheimer, existen alrededor de 500.000 y 800.000 pacientes diagnosticados de la Enfermedad de Alzheimer. Esta enfermedad neurodegenerativa representa el 62%, seguida de las demencias vasculares (17%), las demencias mixtas (10%), la demencia de cuerpos de Lewy (4%), la fronto-temporal y el Parkinson (2%). En los próximos 30-40 años, la cifra de personas con la Enfermedad de Alzheimer podría aumentar considerablemente, debido al envejecimiento poblacional ²⁶.

Distribución de demencias a partir de los 65 años de edad

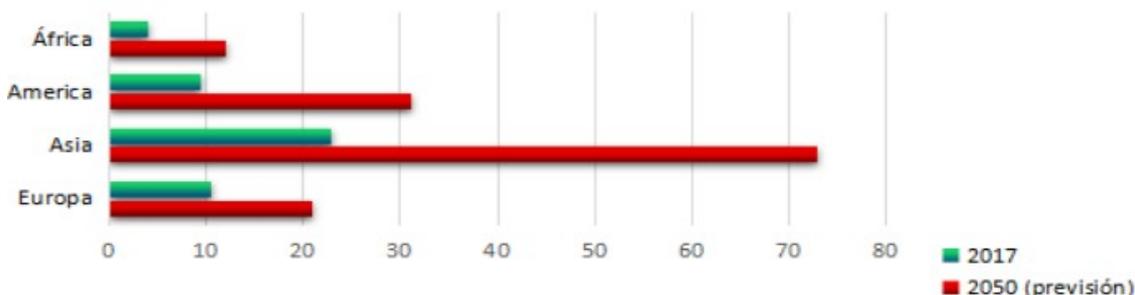


Gráfica 3: Rojo Balbás, N. Factores asociados a la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con Alzheimer

Incidencia:

La demencia a nivel mundial se sitúa con una incidencia del 5 al 10 de los casos por cada 1.000 personas de 64 a 69 años de edad y, entre el 40 al 60 de los casos por cada 1.000 personas de 80 a 84 años de edad, siendo el tercer problema de salud en los países desarrollados ²⁶. Según la OMS, la demencia afecta a unos 47,5 millones de personas en el mundo, con una incidencia de 7,7 millones de casos. Para el año 2030 se prevé que afecte a 75,6 millones de personas y, en el año 2050, a 135,5 millones.

Millones de personas afectadas de Alzheimer

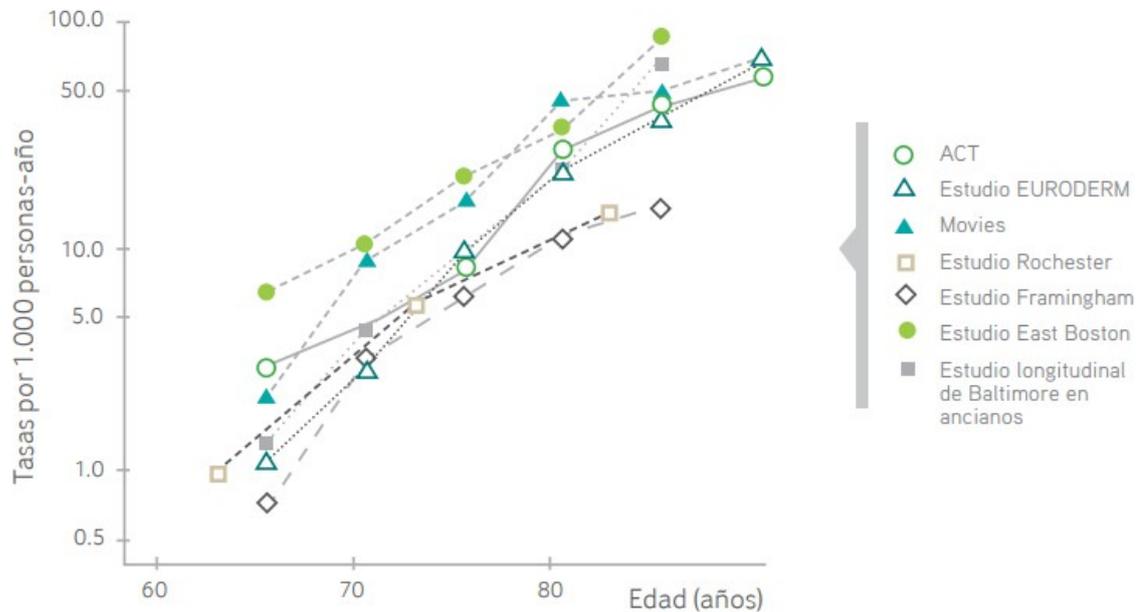


	Europa	Asia	América	África
2017	10,5	22,9	9,4	4
2050 (previsión)	21	73	31	12

Gráfica 4: Rojo Balbás, N. Factores asociados a la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con Alzheimer



El siguiente gráfico contrasta la incidencia de EA en varios estudios realizados en Europa y Norteamérica, observando una estrecha relación entre la incidencia y la edad de la persona.

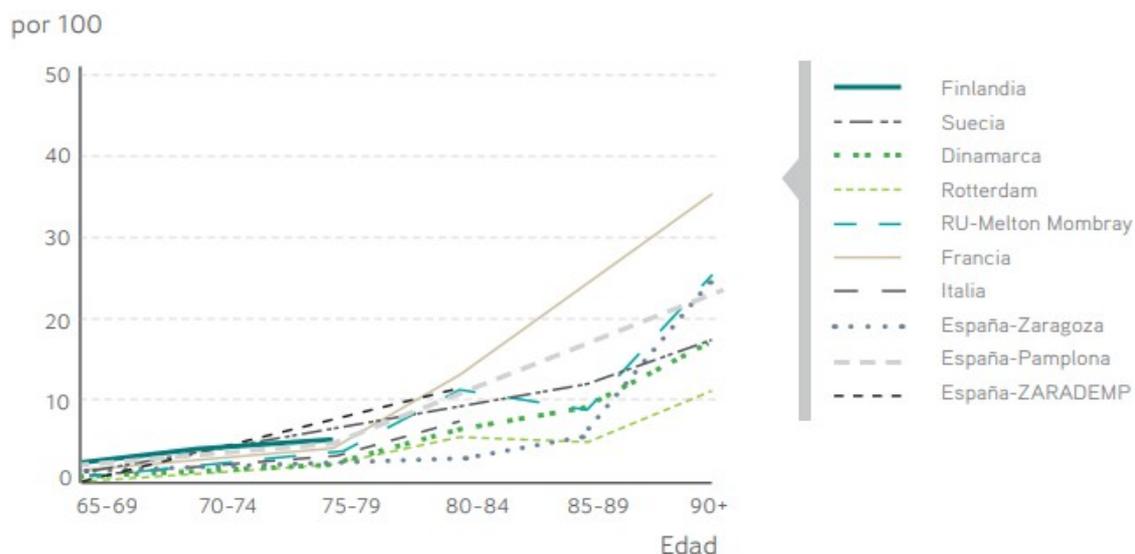


Gráfica 4: Frades Payo, B et al. Estado del arte de la enfermedad de Alzheimer en España.

La Enfermedad de Alzheimer se diagnostica una vez superados los 60 años de edad, siendo el 90% de los casos. La incidencia del Alzheimer tiende a ser notable a medida que la persona envejece. Según el estudio Framingham, la incidencia de la enfermedad se agrava con la edad desde 1 a 3 personas de cada 1.000 entre los 65 y los 70 años, desde 14 a 30 personas de cada 1.000 entre los 80 y los 85 años, y desde 38,6 a 65 personas de cada 1.000 a partir de los 85 años, siendo el sexo femenino el más afectado ²⁶.

La Sociedad Española de Neurología determina que la incidencia en España es de aproximadamente, entre 10 y 15 casos nuevos al año por cada 1.000 habitantes a partir de los 65 años de edad. Dicha incidencia, puede ir en aumento hasta pasados los 90 años de edad, pero la cifra no es tan notable como en poblaciones del norte y oeste de Europa ²⁶.

Prevalencia:



Gráfica 5: Frades Payo, B et al. Estado del arte de la enfermedad de Alzheimer en España.

Aunque la prevalencia del Alzheimer aumenta con la edad, en los países del norte la tasa es mucho más notoria que en países del sur de Europa. Teniendo en cuenta que España es uno de los países con mayor esperanza de vida, es el tercer país del mundo con la prevalencia más elevada de demencia con un 6,3%. Tan sólo lo superan Francia con un 6,5% e Italia con un 6,4% ¹⁵. Por otro lado, en España se realizó un estudio (ZARADEMP), en el que se quiso investigar la prevalencia de la demencia en dos espacios de tiempo diferentes, a un grupo de personas de la misma edad en la misma zona geográfica. Como conclusión, se demostró la estabilidad que presenta la tasa de prevalencia de la demencia en la población mayor de 65 años ²⁶.

6.4. LA INSTITUCIÓN

Una institución es aquella categoría social que tiene como objetivo atender alguna necesidad básica de la sociedad y, está formada por el conjunto de ideas, utilidades, costumbres, patrimonio, elementos materiales y edificios que están coordinados entre ellos ²⁷. El crecimiento de instituciones para las personas mayores se debe a la alta incidencia de demencias, así como la presencia del deterioro físico y cognitivo en este colectivo. Además, los cambios de roles y estructura familiar, contar con espacios reducidos en las viviendas o, la imposibilidad de contar con alternativas a la institucionalización, hacen que el número de mayores en los centros geriátricos vayan en aumento ²⁸.



Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), las instituciones residenciales *“son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal”*. Su finalidad es satisfacer las necesidades de los residentes a través de una perspectiva biopsicosocial, fomentando la autonomía de la persona y demorar lo máximo posible la dependencia y el deterioro. Los servicios que proporciona son principalmente, el hospedaje y la manutención, además de atención social, atención médica y enfermera, fisioterapia, terapia ocupacional y atención psicológica ²⁹.

Las residencias son centros gerontológicos que tienen el propósito de desarrollo personal y atención sociosanitaria en el que habitan, ya sea de forma temporal o permanente, personas mayores con algún grado de dependencia. También existen otros tipos de centros enfocados en el hospedaje de los mayores entre los cuáles destacan los centros socio-sanitarios, donde las personas ingresan por motivos sanitarios y sociales y, los centros psicogerítricos, en que las personas sufren patologías psicogerítricas y requieren una mayor atención ³⁰.

Existen distintos tipos de centros residenciales acorde con sus prestaciones ³¹:

- Por su capacidad: residencias que realizan determinados servicios según el número de plazas que poseen.
- Por el perfil de los residentes: para personas dependientes e/o independientes y otras especializadas en un tipo de residentes.
- Por los servicios ofrecidos: servicios de estancias diurnas, programas de estancias temporales, servicios de rehabilitación para no residentes y otros servicios comunitarios.
- En función de la titularidad: públicas o privadas.
- Por su vinculación jurídica con la Administración Pública: plazas concertadas, convenidas y contrato de gestión.

El abordaje de los residentes se logra a través del equipo interdisciplinar, que está compuesto por médico, trabajador social, terapeuta ocupacional, psicólogo, coordinador de enfermería y coordinador de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) / gerocultores. Éstos elaboran, desarrollan, hacen el seguimiento y evalúan el Plan de Atención Individualizado (PAI) para cada uno de ellos ³¹. Todos los profesionales ayudarán al mayor a mantenerse con unos buenos cuidados,



proporcionándole asistencia médica, supervisando los planes de cuidados indicados, atendiendo y ayudándolos a realizar las actividades que no puedan realizar por sí mismos, fortaleciendo los aspectos sociales y creando vínculos en el centro y fomentando actividades preventivas, habilitadoras y rehabilitadoras con el objetivo de lograr la mayor autonomía posible ³².

Se entiende como cuidador, aquella persona que cuida a otra que presenta alguna afectación a nivel de discapacidad, minusvalía o bien, por incapacidad de desarrollar las actividades diarias con normalidad. Durante el proceso de cuidar, es necesario que exista una relación interpersonal con el objetivo de reconstruir la autonomía y el entorno de la persona vulnerable. Existen dos perfiles en el cuidado: el informal y el formal. Sin embargo, nos centraremos en el cuidador formal y las funciones que mantiene en las instituciones destinadas al cuidado del mayor ³³.

Los cuidadores formales son los profesionales y responsables que se encuentran en las instituciones especializadas, en los que han estado formados previamente sobre los cuidados necesarios, en este caso, a la persona mayor. El papel que ejercen en el ámbito laboral es el de prestar atención con jornadas establecidas diarias y con menor afectividad que los cuidadores informales. La presencia de los cuidadores formales está aumentando a raíz de los cambios sociales que se han ido produciendo en los últimos años, desempeñando un apoyo para el cuidador no informal ³⁴.

6.4.1. EL MALTRATO EN LA INSTITUCIÓN

El maltrato institucional se genera en aquellos centros destinados a prestar atención a los mayores, como pueden ser los centros residenciales o instituciones sanitarias dedicadas al cuidado exclusivo de personas mayores, cuyos cuidadores son formales y poseen los conocimientos y habilidades necesarias para el desempeño del rol cuidador, manteniendo una obligación legal o contractual ¹⁵.

Los tipos de maltrato que se producen en el ámbito institucional por el personal sanitario, y por lo tanto, los más denunciados son:

- **Infantilización:** limitando la autonomía del anciano, tratándolo como si fuera un niño.
- **Despersonalización:** proporcionando servicios bajo criterios generales y, por lo tanto, desatendiendo las necesidades individuales de cada individuo.
- **Deshumanización:** ignorando al anciano hasta privarle su intimidad, autonomía y responsabilidad.



- **Victimización:** atacando la integridad psicofísica y moral del anciano, a partir de agresiones verbales e intimidación, castigos, amenazas, robo, etc ^{12, 14, 15}.

El maltrato institucional es ocasionado normalmente por varias figuras implicadas en el cuidado, siendo un perfil sanitario joven, que presenta insatisfacción en su vida personal, baja autoestima y, con cierto nivel de estrés, careciendo de experiencia profesional y con una visión discriminante hacia las personas mayores. En ocasiones, también suelen presentar algún tipo de enfermedad mental y/o drogodependencia. Todos estos factores conducen a la persona cuidadora a lo que se denomina “Síndrome del cuidador o Burnout” ³⁵.

6.4.2. SÍNDROME DE BURNOUT

El “Síndrome de Burnout” o sobrecarga del cuidador es el conjunto de síntomas provocados por el estrés, en este caso, causado por el cuidado que se le realiza a la persona dependiente llegando a precipitar, en ocasiones, en un maltrato y en la deshumanización en los cuidados del anciano. Factores como la escasa preparación, el desconocimiento de los cuidados adecuados, el esfuerzo físico y psicológico, entre otros, genera situaciones que deriva al profesional a mantener una actitud negativa causada por el estrés, malhumor y cansancio, favoreciendo el riesgo de producir malos tratos ²⁰.

La primera vez que se habló de Síndrome de Burnout fue en 1970 por Freudenberger, que determinaba que se producía por la tensión presente en el día a día y, a la debilitación de los recursos internos de las personas causando un vacío interno que puede no verse reflejado en su exterior. En 1976, la psicóloga Cristina Maslach lo detalló como síndrome de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP), que puede observarse en personas que se dedican a atender y/o ayudar a otras ³⁶.

Toda aquella persona que experimenta el síndrome manifiesta emociones y actitudes negativas hacia su trabajo, reflejándose en los demás alteraciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que afectarán tanto al anciano como a la institución ³⁶.

Conforme Maslach, Schaufeli y Leiter definen el estrés a través de tres dimensiones ³⁶:

- Agotamiento emocional: es el primer síntoma en el cual produce agotamiento, cansancio o exhaustividad, generando en la persona distancia emocional.
- Despersonalización: el cuidador se mantiene distante del anciano, sin individualizar sus cuidados.



- Realización personal: el cuidador se siente agotado a la hora de atender a los mayores, impidiendo la satisfacción personal.

La herramienta más conocida para diagnosticar y evaluar el Síndrome de Burnout es la Maslach Burnout Inventory (MBI), que fue creada en 1981 por Maslach y Jackson. También, Pines y Aronson en 1981 elaboraron el Tedium Measure (TM) y, en 1988, Pines la transformó en el Burnout Measure (BM). Para la población hispanohablante, García en 1995 implantó la escala “Efectos Psíquicos del Burnout (EPB)” o el “Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)”, que fue creada por Moreno en el 2000 ³⁶.

A lo largo de la historia, el concepto de Síndrome de Burnout se ha ido modificando. No obstante, dentro de la literatura científica encontramos la de Maslach y Jackson (1981), siendo la más aceptada y definiéndola como *“un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización personal que puede ocurrir entre los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas en situación de necesidad o dependencia y que lleva una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”* ³⁷.

Para dar respuesta al estrés laboral y entender la relación que mantiene cada una de las dimensiones anteriormente nombradas (AE, DP, RP), existen diversos modelos descritos por diferentes autores. Sin embargo, no existe consenso en cuanto el origen, desarrollo, ni la relación que ejercen las tres dimensiones ³⁷.

El primer modelo desarrollado fue en el año 1983 por Golembiewski, Munzenrider y Carter, en el que consideraron que este síndrome iniciaba con actitudes de despersonalización, seguido de baja realización personal y finalmente llegaba a manifestar agotamiento emocional. Más tarde, en el año 1988, Leiter y Maslach enfocaron que el agotamiento emocional era la base del síndrome, siguiéndole la despersonalización y la baja realización personal. Lee y Ashforth en 1993, comunicaron que los sentimientos de agotamiento emocional eran producto de la despersonalización y la baja realización personal. Ese mismo año, Leiter modificó el modelo donde relacionaba la baja realización personal con el síndrome. En 1995 Gil-Monte, Peiró y Calcarcel mostraron que la despersonalización se originaba a través de la baja realización personal y el agotamiento emocional simultáneamente ³⁷.



6.4.3. FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO AL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

Los factores de riesgo mencionados a continuación, son peculiaridades tanto a nivel personal, familiar, laboral, como a nivel social o cultural, existiendo una interacción entre ellos y, como consecuencia la posibilidad de que se origine un maltrato aumenta. Sin embargo, los factores relacionados con el cuidador aumenta considerablemente la posibilidad de que el anciano sufra violencia. Observar todos estos factores nos ayuda a mantenernos preparados para actuar ante la posibilidad de que aparezcan situaciones de violencia hacia el anciano. No obstante, la existencia de dichos factores no justifica a ciencia cierta el diagnóstico de un maltrato, aunque sí sea de ayuda para advertirnos de las señales de alarma ¹⁵. Según la literatura revisada, los factores de riesgo dentro de la institución son los siguientes:

Factores de riesgo en la persona mayor

Las características principales del anciano maltratado suelen ser cuando ésta es una persona dependiente, desmoralizada, excluida socialmente y acompañada de algún tipo de demencia como es el Alzheimer, haciendo de ella una persona vulnerable para recibir malos tratos ²⁰.

- Edad avanzada (más de 75 años), sexo femenino y viudedad.
- Enfermedad neurodegenerativa (Alzheimer), deterioro cognitivo (pérdida de memoria y/o alteración de la concentración).
- Déficits sensoriales (ceguera, sordera...).
- Problemas físicos: incontinencia, alteraciones del sueño y fragilidad.
- Trastornos psicológicos como depresión, ideas suicidas, vergüenza o culpabilidad.
- Dependencia física para las ABVD y emocional del cuidador.
- Conductas y comportamientos violentos/agresivos por parte de éste.
- Aislamiento social.
- Personas con antecedentes de maltrato familiar y/o con escasos recursos y apoyo para vivir de modo independiente ^{12, 14, 15}.

Factores de riesgo en el cuidador formal

Dentro del entorno institucional se observan distintos factores que favorecen la posibilidad de que exista un maltrato, entre las cuales destacan:

- Personal poco motivado en el cuidado de los ancianos.
- Falta de conocimientos y habilidades en el cuidado de la persona mayor.
- Mala relación con sus compañeros/as.
- Deficientes condiciones de trabajo.



- Bajos salarios.
- Dificultad para relacionarse con el anciano.
- Conflictos personal - paciente.
- Sensación de menor prestigio social y profesional.
- Sobrecarga física por esfuerzos.
- Síndrome de Burnout ³⁵.

Por otro lado, cabe destacar que existen otras características que determinan que se generen dichos maltratos dentro de éste ámbito.

Factores de riesgo en el ámbito institucional

- Desacuerdos con la dirección del centro.
 - Sobrecarga de trabajo.
 - Escasez de personal.
 - Normas de funcionamiento erróneas.
- Insatisfacción con la organización del centro.
 - Falta de apoyo y supervisión de los cuidados.
- Condiciones inadecuadas de trabajo.
 - Mala esfera de trabajo, o percepción de esto mismo.
 - Infraestructuras inadecuadas: espacios reducidos, barreras arquitectónicas, escasos programas asistenciales, etc.
 - Escasos recursos materiales.
- Inadecuada selección de los profesionales.
- Falta de preparación del personal en conocimientos y habilidades en el cuidado de la persona mayor.

6.4.4. HERRAMIENTAS DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL MALTRATO INSTITUCIONAL

La prevención del maltrato de personas mayores tiene como objetivo principal disminuir o eliminar todos aquellos factores que colaboren al abuso de dicho colectivo, y, a su vez, incitar a la no violencia en la sociedad, además de equilibrar los factores de riesgo que cooperan al origen del maltrato.

Por ello, es necesario involucrar a la sociedad en la prevención de dicho fenómeno, puesto que es un problema que repercute a nivel físico, psíquico y social del mayor, conllevándolo a un incremento de morbilidad, a un deterioro en la calidad de vida y a una agudización en el consumo de recursos sanitarios, sociales y personales ³⁸.



Aplicando la prevención al maltrato en la persona mayor, podemos diferenciar tres modelos:

- **Prevención primaria:** a través de ella se realizará un control de las causas y factores de riesgo del anciano y de su cuidador, que contribuyan a la aparición de un probable maltrato, impidiendo la manifestación de nuevos casos. La educación sanitaria y la formación tanto de cuidadores como de familiares, así como los profesionales sanitarios, harán de ésta una correcta prevención de malos tratos.
- **Prevención secundaria:** una vez iniciado el maltrato, se procura reducir la prevalencia de dicho fenómeno a partir de la detección de signos de alarma, pudiendo intervenir anticipadamente. Los programas implicados en crear grupos de apoyo y, programas educativos, o bien, instaurar ciclos de descanso para los cuidadores son una manera satisfactoria en este tipo de prevención.
- **Prevención terciaria:** es la prevención más habitual y, tiene como finalidad prevenir nuevos casos de maltrato cuando ya se detectó anteriormente. Además, tiende a aminorar el progreso o las consecuencias del fenómeno, así como reducir las consecuencias producidas por éste ¹².

6.4.4.1. INDICADORES DE SOSPECHA

Ante una posible sospecha de maltrato, es importante observar si existe la presencia de varios indicadores o, signos de alarma que nos confirmará la existencia o no, de dicho fenómeno (*Anexo 3*)³⁸. Por otro lado, las denuncias y/o quejas de las personas mayores son otro indicador mucho más específico y sensible, aunque no siempre puede manifestarse. Existe un protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores institucionalizadas (*Anexo 4*), que se debe notificar en caso de maltrato a la Dirección del Centro del cual el mayor resida y, también a los Servicios Territoriales de Acción Social y Ciudadanía, quienes comprobarán la autenticidad del porqué se llevó a cabo tal situación y, así poder tomar medidas apropiadas ³⁹.

En caso de no justificar ningún indicio de violencia, la incidencia quedará archivada y se notificará la resolución a los Servicios de Inspección y de Registro del Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Por el contrario, si se confirma el maltrato, se realizará una valoración del riesgo, la inmediatez, así como la implantación de un plan de actuación, realizando la denuncia al Juzgado, Mossos d'Esquadra o Fiscalía, además de informar a los Servicios de Inspección y Registro del Departamento de Acción Social y Ciudadanía ⁴⁰.



6.4.4.2. INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN

Una manera que nos permite detectar e identificar situaciones de malos tratos precozmente a las personas mayores en el ámbito institucional es, a partir de la elaboración y validación de instrumentos como son: Elder Abuse Suspicion Index (EASI), Health, Attitudes towards ageing, living arrangements and Finances (HALF) y, Escala Geriátrica de Maltrato al Adulto Mayor (GMS) (*Anexo 5, 6, 7, 8*)^{10,15,17,41}.

Todos estos instrumentos tienen como objetivo detectar cualquier sospecha de violencia hacia el anciano, comprender su prevalencia y, sensibilizar y concienciar entre los sanitarios y, con ello, hacer visible lo invisible. No obstante, los instrumentos de cribado son insuficientes para verificar el maltrato.

6.5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLATIVOS

La bioética es el estudio interdisciplinar de los problemas generados en los campos de las ciencias biológicas y en la medicina, ya sea a nivel individual, social y moral¹².

Muchas personas mayores requieren la ayuda de distintos servicios, tanto físicos como psicológicos, en los cuales están implicados cuidadores informales e instituciones. Para que este colectivo reciba un adecuado cuidado, es de vital importancia el conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de los siguientes principios éticos¹²:

- **Principio de no-maleficencia:** se trata de no realizar ninguna actividad que suponga un daño para la persona mayor, desarrollando las actividades que estén indicadas y siempre teniendo en cuenta la relación riesgo / beneficio.
- **Principio de justicia:** se basa en no marginar o discriminar según su edad, raza, sexo, etc., a las personas mayores garantizando el máximo respeto por ellos y, comprometiéndose a que haya una igualdad de oportunidades en relación a la accesibilidad de recursos.
- **Principio de autonomía:** se fundamenta en respetar la libertad y la capacidad en la toma de decisiones por parte del anciano, asumiendo y promoviendo sus facultades para decidir y realizar acciones que le involucren, siempre que no se demuestre lo contrario.
- **Principio de beneficencia:** se basa en actuar en beneficio del anciano y, siempre limitando los riesgos. Es muy importante eludir el paternalismo, puesto que cada persona considera lo que es beneficioso para ella. La consumación de este principio no puede ser reclamada legalmente, pero sí moralmente.



En España, aún no se ha implantado una legislación penal enfocada para el maltrato en los ancianos a causa de sus limitadas denuncias. Por ahora, los casos de maltrato en los mayores se tratan en el Código Penal, que son un conjunto de normas aprobadas por el Parlamento y que se encuentran en vigor, sancionando los hechos constitutivos de delito o falta, a través de la aplicación de una pena o medida de seguridad ⁴².

El 8 de Noviembre de 1995 en el Congreso de los Diputados se aprobaron y, el 24 de Noviembre se publicaron en el BOE dentro de la Ley Orgánica 10/1995, artículos que se pueden describir como circunstancias de maltrato a los ancianos. Los artículos más destacados son ⁴²:

- **Artículo 147:** *“El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico”.*

- **Artículo 173:**
 - ❖ *“El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con pena de prisión de seis meses a dos años. Con la misma pena serán castigados lo que, en el ámbito de cualquier relación laboral o funcional y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que supongan grave acoso contra la víctima”.*

 - ❖ *“El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran*



corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica”.

- **Artículo 178:** *“El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, utilizando violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de una o cinco años”.*
- **Artículo 179:** *“Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado como reo de violación con la pena de prisión de seis a doce años”.*
- **Artículo 180:** *“Las anteriores conductas serán castigadas con las penas de prisión de cinco a diez años para las agresiones del artículo 178, y de doce a quince años para las del artículo 179, cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:*
 - ❖ *Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.*
 - ❖ *Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.*
 - ❖ *Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o situación”.*
- **Artículo 229:** *“Se impondrá la pena de prisión de dos a cuatro años cuando por las circunstancias del abandono se haya puesto en concreto peligro de vida salud, integridad física o libertad sexual de la persona con discapacidad necesitada de especial protección, sin perjuicio de castigar el hecho como corresponda si constituyera otro delito más grave”.*
- **Artículo 234:** *“El que, con ánimo de lucro, tomare las cosas muebles ajenas sin la voluntad de su dueño será castigado, como reo de hurto, con la pena de prisión de seis a dieciocho meses si la cuantía de lo sustraído excediese de 400 euros”.*
- **Artículo 619:** *“Serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días los que dejaren de prestar asistencia, o en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados”.*



En relación al sector administrativo, en 2006 se aprobó la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que entró en vigor el 1 de enero de 2007, donde se considera el derecho de las personas dependientes a obtener una prestación económica con la finalidad que puedan realizar las actividades básicas de la vida diaria correspondientes ⁴³.

La Ley se inspira en los principios:

- El carácter universal y público de las prestaciones
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad.

La situación de dependencia se clasifica en distintos grados ⁴³:

- **Grado I: Dependencia moderada.** La persona necesita ayuda al menos una vez al día.
- **Grado II: Dependencia severa.** La persona necesita ayuda entre 2 o 3 veces al día, aunque no requiera la ayuda permanente de un cuidador.
- **Grado III: Gran dependencia.** La persona a causa de su pérdida total de autonomía precisa soporte continuo de otra persona.

Como servicios establecidos por la presente Ley podemos encontrar servicios de teleasistencia, servicios de ayuda a domicilio, atención a las necesidades del hogar, cuidados personales, servicios de centro de día y noche, servicio de atención residencial y prestaciones económicas ⁴³.



7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como bien dice en el estudio de Kuronen realizado en el 2016, más de la mitad de las personas que se encuentran institucionalizadas presentan demencia, siendo el colectivo más discapacitante, mostrando deficiencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y, un deterioro a nivel cognitivo, manifestando sintomatología neuropsiquiátrica en algún momento de la enfermedad. El personal sanitario que trabaja en el cuidado y en la atención de personas con demencia, puede verse incrementada su carga de trabajo. Esta situación somete al profesional a un constante estrés, por lo que unido a otros factores podría derivar en un Síndrome de Burnout, presentándose con altos niveles de agotamiento, actitudes negativas, mala experiencia con los residentes, baja satisfacción laboral y una mala organización por parte de la institución, conduciendo a que se realice maltrato institucional, así como favorecer el uso de restricciones físicas y, su combinación con sustancias psicotrópicas ⁴⁴. Mientras, Mileski en su estudio realizado en el 2019, opina que los residentes más dependientes y agresivos tienen mayor riesgo de maltrato, concretamente aquellos con demencia o Alzheimer, como consecuencia de sus limitaciones en cuanto las actividades de la vida diaria, los comportamientos agresivos y a la historia previa de victimización ⁴⁵. Mitchell, en su estudio efectuado en 2015, determinó que las personas con demencia tienen una mayor tasa de hospitalización relacionada con intoxicaciones tanto intencionadas, como no y, más concretamente, existe mayor posibilidad de envenenamiento no intencionado en instituciones relacionadas con el cuidado de los mayores que en la comunidad ⁴⁶. A partir de la investigación llevada a cabo por Cooper en 2018, se comprobó que la negligencia o el maltrato producido fue más común en hogares donde el personal experimentó sentimientos de agotamiento y despersonalización hacia los residentes y en aquellas unidades donde los residentes sufrían demencia severa. Esto hace que haya una asociación casual, o bien, sea un indicativo en cuanto al agotamiento del personal, de manera que sea más propenso a actuar de forma agresiva o negligente hacia los residentes ⁴⁷.

El Síndrome de Burnout es considerado como una de las principales causas de maltrato en las personas mayores. Una de las investigaciones en este campo lo determina como un concepto tridimensional, que engloba el agotamiento emocional, la despersonalización y escaso logro personal (Neuberg, 2017). A través de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), se observan tres dimensiones relacionadas con la percepción que mantiene el personal sanitario ante las personas mayores, en la que es utilizada para valorar el agotamiento del personal (*Anexo 9*). Dicho cuestionario



tiene como finalidad modificar el ambiente y métodos de trabajo para disminuir la carga de trabajo o tener un mayor control del trabajo y, disminuir los efectos estresores para establecer habilidades de afrontamiento ⁴⁸. Según Auer en su estudio realizado en 2015, la carga del profesional sanitario la evalúa a través de dos escalas: Escala del estrés percibido (PSS) (*Anexo 10*) y, Professional care team burden scale (PCTB) (*Anexo 11*), donde se identifican tres fuentes principales de carga en el profesional. Primero destaca los factores individuales, como la personalidad, la motivación, la experiencia y actitud hacia las personas con demencia; después, los factores de carga relacionados con los síntomas de la enfermedad; y finalmente, las condiciones de trabajo de los profesionales ⁴⁹. Mileski opina que el nivel de estudios sobre la demencia y el Alzheimer, el escaso conocimiento de los cuidadores para prevenir y evaluar enfermedades agudas, las limitaciones en la comunicación con los residentes y la inapropiada administración de medicación, reflejan una escasa comprensión por parte del profesional en relación al maltrato y a la demencia ⁴⁵.

Según el estudio publicado en Alemania por Westermann en el 2014, se observó una disminución del estrés del trabajo, así como también una mejoría notoria en el agotamiento personal y emocional en los programas de personas con demencia, aumentando el logro personal, después de la realización del cuestionario MBI entre el personal sanitario, excepto la despersonalización que se mantenía constante ⁵⁰. Comparándolo con el estudio de Neuberg, los participantes que realizaron el cuestionario MBI mostraron que el agotamiento emocional (43,9%) y la baja realización personal (39,8%) mantenían un alto nivel, mientras que la despersonalización (22,2%) fue calificada baja, indicativo de un alto nivel de agotamiento. En cuanto el agotamiento emocional del personal, se observó que aumentaba considerablemente cuando los mayores utilizan innecesariamente los timbres para llamar a la enfermera o, cuando necesitaban fumar durante el turno laboral, pensando que pasaban demasiado tiempo con los ancianos. Sin embargo, se observó que la probabilidad de padecer agotamiento emocional, disminuía asistiendo a charlas o conferencias basados en el cuidado de la persona mayor. Por otro lado, la despersonalización aumenta en el personal cuando observan que los ancianos no pueden ser atendidos tal y como ellos querrían. Finalmente, la realización personal se halló disminuida en aquellas enfermeras conscientes de precisar formación para llevar a cabo un adecuado cuidado a los mayores. Al contrario, de aquellos que han adquirido formación y conocimientos sobre los mayores, tienen una alta realización personal ⁴⁸.



Según Kuronen, se ha comprobado que el uso de restricciones físicas ha generado ser más peligroso que el uso de antipsicóticos duplicando el riesgo de mortalidad, en relación al deterioro funcional y cognitivo de la persona, así como el uso concomitante de los dos sería un peligro mucho mayor. Según las investigaciones, las restricciones no disminuyen las caídas o las lesiones que éstas pueden provocar, ni controlan los síntomas neuropsicóticos, sino que afectan a la dignidad, la autonomía e integridad de la persona, pudiéndole causar una experiencia traumática. Así pues, las restricciones físicas se utilizan en todo el mundo, siendo en Europa su uso entre el 6% y el 85% y, en EEUU, entre un 9% y un 64% ⁴⁴. Conforme Tortosa, en España en el año 1997, un 39% de los residentes se encontraban bajo sujeción, mientras que estas cifras descendieron al 21,7% en el año 2011, puesto que no existe evidencia científica en relación a los beneficios de las restricciones, sino que se ha confirmado que existe riesgo de úlceras por presión, incontinencia y ansiedad. Siguiendo con la investigación del mismo autor, se decide realizar una comparativa entre dos centros residenciales de la misma empresa: una manteniendo sujeciones (Residencia Conarda, grupo control) y, otra eliminando sujeciones (Residencia El Puig, grupo experimental). Como resultado, se reflejó una disminución de las caídas en el centro que eliminó las sujeciones, siendo un centro con alta tendencia a las caídas y, un aumento en el centro que las mantuvo. Además, en el Puig se observó una disminución en el uso de psicofármacos y una menor gravedad de las consecuencias de las caídas, junto con una leve mejoría del estado cognitivo y funcional, favoreciendo el bienestar y una mejor calidad de vida para el residente ⁵¹.

Siguiendo la línea de sujeciones físicas, estas se pueden clasificar entre mecánicas y no mecánicas. Acorde con Kuronen y su estudio realizado en varias residencias de Finlandia, se observó como restricciones mecánicas las barandas a un lado o ambos lados de la cama (49%), los cinturones alrededor del tronco (3%), cinturones para las extremidades (0,2%) y sujeciones con una mesa de bandeja en una silla de ruedas (7%); mientras que en restricciones no mecánicas, destacó la acción de cerrarles la puerta (5%), retirarles el caminador o bastón (0,8%) y, el uso de la fuerza (0,3%). Las barandas utilizadas como restricciones a los laterales de la cama eran utilizadas en el 96% de las personas encamadas y, en el 40% para los que no se encontraban encamados. Se cree que las barandillas son una medida de seguridad para evitar caídas y reducir la responsabilidad legal, sin embargo, todo ello ha producido un problema ético y sentimientos negativos hacia el personal sanitario. En los países nórdicos se establecen unas directrices a la hora de tomar la decisión sobre el uso de



sujeciones, siendo el médico el principal dirigente y, en caso de su ausencia, la toma la enfermera. No obstante, esta acción tendrá lugar en casos excepcionales con el objetivo de mejorar la seguridad del paciente, personalizada y consultada con el propio paciente y/o representantes legales. Por otro lado, Suecia recomienda el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) para tratar los síntomas de la hiperactividad y ansiedad en personas con demencia, hasta el 20-49% de los residentes eran consumidores de antidepresivos. Estos, junto a los antipsicóticos pueden llegar a reducir las restricciones físicas. Finalmente, se observó que las personas con restricciones físicas que presentaban edad avanzada y mayor deterioro cognitivo, eran consumidoras de benzodiacepinas y, dependientes para realizar actividades básicas de la vida diaria, siendo éstas las que tomaban menos medicación antipsicótica y antidepresivos ⁴⁴. Aunque las cifras hayan descendido paulatinamente, es necesario indagar más en cuanto a este aspecto para que el anciano pueda mantener una vida con más independencia y autonomía, partiendo con la retirada de sujeciones físicas y/o químicas, así como aplicar la lógica en aquellos en los que no es necesario mantenerlos con pañales para la incontinencia y barandillas de cama (Tortosa, 2016) ⁵¹. El grado de dependencia de los ancianos, debería tener una repercusión en las competencias requeridas del personal para llevar a cabo una completa y adecuada atención en las necesidades de los residentes (Phelan, 2015) ⁵².

En el estudio de Simone en el 2016, quiso demostrar con qué frecuencia se originaban los maltratos a las personas mayores en Suiza. Se obtuvo un 30,7% de casos negligentes y, un 69,3% de malos tratos, siendo el psicológico de un 47,12%, el económico de un 34,62%, el físico con un 29,81% y violación de derechos con un 18,3%. El 43% de estos fueron realizados en residencias. Durante el estudio, se demostró la existencia de ciertos factores de riesgo, entre los cuales destacan la necesidad de apoyo (73%), necesidad de atención (59%) y, demencia (41%). De los pacientes estudiados, el 14% eran revictimizadas de malos tratos, el 11% manifestaba comportamientos agresivos y, el 3% mantenía algún tipo de adicción. El aislamiento social era otro factor a destacar (6%). Teniendo en cuenta tanto el maltrato comunitario como institucional, el 46% de las incidencias fueron realizadas por los familiares, el 37% por profesionales de la residencia, el 11% por las instituciones y el resto amigos o conocidos; centrándonos sólo en el maltrato institucional, el 80% de los casos de abuso fue cometido por los cuidadores del centro ⁵³.



Friedman en su estudio efectuado en 2017, pretende investigar a aquellas personas que estaban hospitalizadas con sospecha de haber sufrido maltrato. En aquellas que no tenían historia de revictimización previa, el 98,1% sufrió maltrato físico, el 7,5% abuso sexual, el 5,7% negligencia y el 1,9% abuso financiero; mientras que aquellas con historia previa de revictimización, las cifras fueron del 94,8% en maltrato físico, el 22,4% de abuso verbal o psicológico, el 10,3% abuso sexual, el 5,2% abuso financiero y el 3,4% negligencia. De todas las incidencias constatadas como maltrato físico y sexual, el 15,3% sucedió en las residencias. Centrándonos en el maltrato cometido en las instituciones, el 47,1% fue causado por otro residente; el 35,3% fue producido por alguien del personal sanitario; y el 17,6% restante fue causado por algún familiar ⁵⁴.

Según Phelan en su estudio realizado en 2015, señala que en EEUU el 36% del personal sanitario fue testigo de situaciones de maltrato; en Alemania el estudio determinó que el 70% de los profesionales sanitarios habían cometido maltrato a las personas mayores, mientras que en Israel, un 54%; en Irlanda, el 57,6% de las enfermeras notificaron algún caso de negligencia proporcionada por otro personal sanitario, mientras que el 27,4% lo notificó personalmente, siendo los hechos más comunes ignorar al residente cuando requería su atención y no llevarlos al baño para realizar sus necesidades ⁵². El estudio realizado por Neuberg publicado en el 2017, hace una comparativa entre el maltrato recibido a los mayores en las residencias de Croacia. Se observó que el 55% de los encuestados había sido testigo de presenciar gritos hacia residentes, el 43% insultandolos, el 42% alimentandolos a la fuerza, el 39% ignorandolos cuando estos los llamaban y, el 38% sin realizar cambios posturales para evitar la aparición de úlceras ⁴⁸.

Girona basó su estudio realizado en el 2016, a través del ICM-10-CM donde se obtenían marcadores indicativos de maltrato. Centrándonos en los residentes con demencia, el 62,2% presentaban más riesgo de obtener marcadores que en aquellos sin demencia. La mayoría de agresiones asociadas al maltrato son comunicadas como fruto de la cotidianidad, además aquellas producidas en personas con demencia, no son denunciadas, puesto que la víctima se encuentra desprotegida ante la pérdida de memoria, o bien, por las represalias que puedan surgir ⁵⁵.

Desde la investigación realizada por Cooper en Reino Unido en 2018, un 25% de los familiares de personas que vivían en residencias notificaron incidentes de maltrato físico, el 16% de los cuidadores confirmó haber maltratado psicológicamente a los residentes y más del 80% fue testigo de algún tipo de maltrato, aunque en mucha



menor proporción admitían haber maltratado. Este fenómeno se observa con más frecuencia en aquellas instituciones de grandes dimensiones, con mayor rotación del personal y agotamiento de estos. Si estos hechos los centramos en las instituciones españolas, encontramos una ausencia de formación en bioética para los profesionales y herramientas de actuación en la persona mayor ⁴⁷. Por ello, el estudio realizado por Villaceros en el 2018, presenta una Escala de Medida de Actitud Ética (*Anexo 12*) para profesionales sanitarios dirigida a las instituciones de personas dependientes, donde se reúnen 13 ítems, 4 de ellos relacionados al principio de autonomía y 9 relacionados a los principios de beneficencia, confidencialidad y no maleficencia ⁵⁶.

Otro aspecto ya mencionado durante este análisis, es la importancia de la sintomatología neuropsiquiátrica manifestada por los mayores, en el que se evaluó a través del Inventario Neuropsiquiátrico (NPI), que es una herramienta creada por Cummings en 1994, para valorar los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, dónde se aprecian 12 tipos de síntomas por su frecuencia, gravedad y el estrés que produce en los cuidadores. Dentro de este inventario se clasificaron los síntomas en 3 subgrupos: hiperactividad, psicosis y síntomas anímicos ⁴⁴.

En las residencias es muy común encontrar a personas con demencia y trastornos mentales, como depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar y abuso de sustancias que pueden afectar al comportamiento de los residentes mostrando agresividad. Según el estudio realizado por Cen en 2018, donde evaluaba los trastornos del comportamiento y la demencia en las residencias, encontró que más del 59% de los residentes presentaban un trastorno de la conducta y/o demencia; más específicamente, el 13% sólo presentaba demencia, el 25,8% sólo presentaba comportamiento agresivo y, el 20,2% presentaba ambos factores. De los residentes que no presentaban ningún trastorno del comportamiento ni demencia, el 5,3% manifestó haber presentado alguna vez comportamiento agresivo; mientras que aquellos que presentaban algún trastorno y demencia, la prevalencia es mayor con un 23,1%. Los que sólo presentaban demencia representaban el 15,3% y, aquellos con únicamente el trastorno del comportamiento con un 9,3%. Las personas que sufren tanto trastornos del comportamiento como demencia, tienen mayor riesgo de presentar comportamientos agresivos severos, puesto que aumenta la probabilidad de manifestar alucinaciones, delirios y enfermedades neurológicas ⁵⁷.



Los comportamientos agresivos que los residentes muestran con mayor frecuencia son el abuso físico, el abuso verbal, la resistencia al cuidado y comportamientos sociales inadecuados. Dos estudios realizados por los Centros de Servicios Medicare y Medicaid en 2010 y por el Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI) en 2008, muestran que en EEUU la prevalencia de los comportamientos agresivos de los residentes es entre el 5% y el 17% y, en Canadá la cifra es del 40%. Es muy importante saber manejar estas situaciones, puesto que la incapacidad de afrontación por parte del personal sanitario de la institución, puede facilitar la administración de restricciones físicas y químicas e, incluso, aumentar las posibilidades de realizar un maltrato creando un mal ambiente e incrementando el agotamiento y las rotaciones del personal. En el estudio realizado por Choi en Korea en 2018, donde el 60,4% de los encuestados padecía demencia, el 18,5% mantuvieron comportamientos agresivos manifestándose en un 11,7% como abuso verbal, el 10,4% como conductas sociales inapropiadas, el 5,3% como abuso físico y el 2% como resistencia al cuidado. Todos los encuestados en el estudio se clasificaron en dos grupos, dependiendo de si mostraban agresividad, donde en el grupo catalogado como “agresivo” el 70,4% padecía demencia, el 66,3% manifestaba síntomas depresivos, el 39,3% tenía alteración del sueño, el 21% mantenía pocas relaciones sociales, el 53,6% tenía un menor compromiso social y el 50,9% mantenía relaciones inadecuadas ⁵⁸.

Además de las conductas generadas por los propios residentes, cabe destacar la presencia del abuso producido entre ellos, pues acorde con otros estudios sobre la prevalencia de maltrato entre los mayores en las instituciones realizado en 2016, determinó que el 20% de los maltratos fue realizado entre ellos en el periodo de un mes. Así como en otras investigaciones, mostraron que este tipo de incidencia representa el 33% de todos los casos en residencias, conllevando a sufrir consecuencias psicológicas, como angustia y miedo y, físicas, como caídas, lesiones cerebrales, posibles fracturas de cadera e incluso, muerte. Aunque cada vez haya una mayor identificación del maltrato entre residentes, los investigadores exponen que la mayor parte de estos abusos no se notifican. Las investigaciones señalan que la mayoría de los profesionales sanitarios no dan importancia a este tipo de maltrato, puesto que al tratarse entre dos residentes no lo pueden considerar como tal. Caspi, en su estudio determina que el deterioro y la demencia son factores de riesgo para dar lugar al abuso ⁵⁹. En el análisis de Cen, este problema supone un mayor estrés afectando a su calidad de vida y, aumentando la carga del personal, puesto que haber vivido momentos de agresión, ya sean físicos y/o verbales, les provoca sentimientos de angustia y fracaso ⁵⁷. A partir de la investigación llevada a cabo por Caspi, se



observaron 85 incidencias en la residencia producidas por personas con estados emocionales negativos y con el diagnóstico de Alzheimer u otra demencia. En los individuos sin alteración cognitiva, cerca del 66% de los casos que se originaron cuando se involucraron, no participaban en actividades programadas del centro, el 40% pusieron en peligro la seguridad de otro residente y el personal estaba presente en más del 80% de los acontecimientos, donde sólo el 28% de éstos se pudieron evitar. En aquellos con deterioro funcional, más del 50% de los incidentes sucedieron cuando estaban realizando actividades programadas, el 38% pusieron en peligro la seguridad de otro, el 43% fueron previamente advertidos, en el 57% se observó un desencadenante y, en el 75% una persona del personal estuvo presente, donde se podían haber prevenido el 45% de los casos. Teniendo en cuenta el cómputo de los sucesos, en casi la mitad de ellos se advirtió al residente y, en un 66% se observó un desencadenante; cerca del 75% sucedieron cuando éstos no estaban realizando ninguna actividad programada; y más del 33% de éstos hechos pasaron durante las comidas ⁶⁰.

A través del estudio llevado a cabo por Schiamberg en 2015, se probó que el maltrato entre los mayores de una misma residencia puede suceder en cualquier hora del día. El 70% de las incidencias sucedieron en áreas comunes del centro, mientras que el 30% restante en la habitación del residente. Algunas características y conductas que pueden desencadenar el abuso entre ellos son la demencia, trastornos del comportamiento, deterioro cognitivo, comportamiento social insinuante e inadecuado, invasiones del espacio personal y los ruidos o altercados producidos por otros. En la misma investigación se quiso analizar los factores de riesgo presentes en este tipo de sucesos, donde el 16,8% de la muestra lo sufría. Existe un mayor riesgo de maltrato en aquellas personas que han sufrido abusos por parte del personal y, en aquellas que son más dependientes a la hora de realizar las actividades de la vida diaria, aunque el hecho de padecer Alzheimer no confirma que sea un factor de riesgo entre ellos ⁶¹.

En la actualidad, se han demostrado que los maltratos y agresiones realizadas por parte del profesional a los residentes se encuentran en el punto de mira. Según las investigaciones, los Mossos de Esquadra detuvieron a mediados de marzo de 2020 dos trabajadores de la residencia de ancianos Mossen Vidal i Aunós en Barcelona, por abusar sexualmente desde 2016 y maltratar a una mujer de 81 años, diagnosticada de Alzheimer y con una dependencia del 100%. La hija de la mujer denunció a los dos trabajadores, un hombre y una mujer, después de grabar los abusos y maltratos durante varios días con una cámara oculta. El hombre detenido le realizaba



tocamientos en los pechos, en el pubis y la violaba, a pesar de los gritos de la mujer pidiéndole que parara. La mujer detenida la maltrataba físicamente cuando la vestía, tapándole la cabeza con la camisa de dormir dificultándole la respiración, le daba golpes en las extremidades y la abofeteaba junto con insultos y amenazas. Las sospechas por parte de la familia se dieron cuando en diciembre la hija fue a visitar a su madre y se encontró que tenía un fuerte golpe en el ojo derecho, los familiares pidieron explicaciones a la institución pero no recibieron ninguna respuesta. Fue aquí cuando colocaron una cámara oculta en la habitación y vieron todo lo que sucedía. Además, en esas grabaciones también se descubrió que el cuidador que repartía las comidas a los residentes se comía su desayuno, sólo dejándole lo mínimo para acompañar a la medicación. Como consecuencia la mujer pasaba 18 horas, desde la hora de la cena hasta el mediodía del día siguiente, sin ingerir prácticamente ningún alimento.⁶²

Otra investigación fue la de un abuso llevado a cabo durante tres años hasta Octubre del 2019, hacia una mujer de 59 años que padecía de Alzheimer. La mujer al principio siempre era alegre, dicharachera, la primera en ponerse a bailar en las fiestas que montaban, pero se fue apagando poco a poco por la enfermedad. El autor siempre se mostraba muy atento con ella, se aprovechaba al no poder comunicarse. Por parte de los enfermeros y algunos residentes sospechaban que pasaba algo, se denunció y se investigó. Tras la detención, el autor reconoció las relaciones sexuales, pero alegó que eran consentidas puesto que mantenían una relación, hecho que trabajadores del centro y personas que estaban con la víctima diariamente aseguran que este extremo es imposible. La víctima no era capaz ni de responder a una orden fácil. Los cuidadores comentan que en los últimos años observaron que cada vez perdía más peso y tenía episodios de ansiedad, se enfadaba y se ponía a llorar⁶³.

Otro caso fue la de una mujer de 87 años, que se levantó en mitad de la noche y, sufrió una caída. Cuando la cuidadora del turno de noche de la residencia la vió en el suelo decidió no ayudarla y la dejó tirada más de dos horas, hasta que no llegaron los trabajadores del turno de mañana. La situación fue descubierta por las cámaras de seguridad de la residencia, que denunciaron el caso y despidieron a la trabajadora⁶⁴.



8. CONCLUSIÓN

Las instituciones centradas en el cuidado y atención del anciano tienen como finalidad satisfacer las necesidades cognitivas y físicas el individuo. Todas las prestaciones asistenciales dependen de factores culturales, económicos, históricos, las influencias políticas y la solidaridad intergeneracional. Otro de los aspectos fundamentales dentro de este ámbito es garantizar a todos los residentes un cuidado libre de maltrato, así como contar con sistemas y políticas que prevengan este tipo de acontecimiento en este colectivo.

Como se observa a través de múltiples artículos, el abuso tiende a ser un tema tabú aún en la actualidad y, gran parte de él no se publica a la sociedad, debido a las consecuencias que esta situación conlleva (respeto a la confidencialidad, así como miedo a las repercusiones, evitar la publicidad negativa, entre otras). Se ha observado que más de la mitad de las personas institucionalizadas presentan demencia y, que además, más de la mitad de los casos de abusos son originados en los centros sanitarios, siendo el más prevalente el maltrato realizado entre residentes, seguido por el de los profesionales. Dependiendo del autor, encontramos que no existe una alta prevalencia en un determinado maltrato, aunque es cierto, que la negligencia es considerado como el acto más destacado ante ciertas situaciones vividas por los mayores, seguida del maltrato psicológico. En aquellas personas hospitalizadas en centros asistenciales, las que no presentan historia previa de maltrato, el abuso físico es el más frecuente, destacando el psicológico y el sexual en centros residenciales.

Una manera de sensibilizar a la sociedad sobre el fenómeno de malos tratos ante este grupo poblacional, es a partir de la educación y la experiencia de los sanitarios, mediante programas antiedadismo. Los profesionales implicados en mantener unos cuidados a esta población, deben reconocer cualquier indicio del fenómeno, a través de los programas de detección y prevención para lidiar el maltrato en las instituciones de mayores, en el que deben solventar los conflictos y afrontar el estrés. Por ello, mantener una educación adecuada en el ámbito geriátrico, si se carece de conocimientos a través de talleres o seminarios, más concretamente en relación a la demencia y al maltrato, es considerado relevante para la formación del personal, además de una formación específica sobre la negligencia en las instituciones.

Como bien dice la literatura, para abordar con éxito el síndrome de Burnout, es necesario valorar continuamente a los profesionales a través de las escalas, que ayudan a conocer la eficacia del trabajo empleado y la tipología de carga afectada. Las personas con enfermedades complejas, como las enfermedades neurodegenerativas, precisan de unos cuidados prolongados en el tiempo, lo que sumado a la baja



satisfacción laboral, la mala organización y experiencia, junto a una actitud negativa y un alto nivel de agotamiento, precipita a una carga excesiva a los profesionales, dando lugar a un posible maltrato. Por ello, es necesario cuidar la salud de los sanitarios, motivarlos frente situaciones difíciles y, mejorar las condiciones laborales, fomentando un ambiente confortable de trabajo, mantener un entorno de apoyo y, crear habilidades en la toma de decisiones con una actitud positiva hacia el envejecimiento. Es necesaria una política integral multidisciplinar basada en los principios de autonomía de los residentes y, la perfección en la atención de calidad para proteger a los mayores. Esencialmente, se precisa un planteamiento centrado en la persona dónde se le involucre en sus relaciones terapéuticas anteponiendo la personalidad, la autodeterminación, el respeto y la dignidad.

En cuanto las prácticas restrictivas en el uso de las personas mayores, es prioritario identificar estrategias para reducir este impacto que genera en el individuo, proporcionando otras alternativas. No obstante, en el caso de realizarlas, estas deberán ser personalizadas, utilizando instrumentos adecuados y, con una continua evaluación de la restricción.



9. BIBLIOGRAFÍA

1. un.org [Internet]. Nueva York: United Nations; 1996 [actualizado 2015; consultado Nov 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/olderpersonsday/>
2. efesalud.com [Internet]. Madrid: efesalud; [actualizado Nov 2018; consultado Nov 2019]. Disponible en: <https://www.efesalud.com/maltrato-anciano-detectar-problema>
3. Pérez Rojo G. Maltrato hacia las personas mayores en el ámbito comunitario [Internet]. 1a ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Madrid; 2007 [actualizado Oct 2007; consultado Nov 2019]. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/boletinsobrenejec-28.pdf>
4. who.int [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2005 [actualizado Jun 2018; consultado Nov 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
5. imserso.es [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social; 2015 [actualizado Jun 2017; consultado Nov 2019]. Disponible en: <https://blogcrea.imserso.es/fase-moderada-del-alzheimer-buscando-un-equilibrio/>
6. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Síndrome de estar quemado por el trabajo "BurnOut" (III): Instrumento de medición. [Internet]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España; 2009 [consultado Nov 2019]. Disponible en: https://www.insst.es/documents/94886/327446/ntp_732.pdf/bf45e644-2986-42b0-b9a5-ce5bef2917bd
7. Vasco Álvarez M.M. El estrés laboral de los cuidadores y el maltrato que sufren los adultos mayores del centro geriátrico "hogar del anciano" del Hospital provincial Ambato en la provincia de Tungurahua. [Internet]. Universidad Técnica de Ambato; 2011. [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/7044>
8. Rojo Balbás, N. Factores asociados a la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con Alzheimer. [Internet]. Universidad de Valladolid; Junio 2017. [consultado en 2019 - 2020]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/28578>
9. Marco Francia, M.P. Los malos tratos en la tercera edad en España. La invisibilidad como factor de vulnerabilidad. [Internet]. Universidad de Castilla La



- Mancha; 2019. [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://www.unilim.fr/trahs/1449>
10. García Sanchez, E. El maltrato a las personas mayores [Internet]. Universidad de Castilla La Mancha; 2016 [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/10091>
 11. Datosmacro.com [Internet]. Madrid: Alldatanow; [actualizada May 2018; consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/espana>
 12. López, R. Fenómeno invisible: maltrato en los ancianos [Internet]. Universidad de Cantabria; Feb 2017 [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/10546>
 13. Torrejón Azofra, L. Negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito domiciliario. [Internet]. Universidad de la Rioja; 2015 [consultado en 2019-2020]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001117.pdf
 14. Colomar Pueyo, G. Abuso y maltrato al anciano: Análisis y revisión de sentencias judiciales en España. [Internet]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2018 [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/207870?gathStatIcon=true>
 15. Hernández de la Rosa, L. Factores de riesgo en el maltrato a personas mayores. Detección e intervención enfermera. [Internet]. Universidad de la Rioja; 2015 - 2016 [consultado en 2019-2020]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002580.pdf
 16. Sanchez Martinez, L. Malos tratos a las personas mayores: percepción, conocimientos y barreras para la detección. [Internet]. Universidad de Murcia; 2015. [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/48285>
 17. Sánchez Castellano, C. Detección y clasificación del maltrato, la negligencia, y el abuso en pacientes mayores : propuestas de actuación preventiva. [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2014. [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/25249/1/T35334.pdf>
 18. San Juan Galilea, P. Sujeciones físicas en ancianos institucionalizados. [Internet]. Universidad de la Rioja; 2016. [consultado en 2019-2020]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002098.pdf
 19. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. [actualizado Jun 2018; consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
 20. Giró Miranda, J. El maltrato hacia las personas mayores [Internet]. Universidad



- de la Rioja; 2016. [publicado Jul 2016; consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/1343/1423>
21. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: [actualizado Sep 2019; consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/dementia/es/>
22. León Molina, M.R. Centros de mayores libres de sujeciones [Internet]. Universidad Pontificia Comillas; Jun 2014 [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/196/TFG000235.pdf?sequence=1>
23. Fundación Alzheimer España [Internet]. Madrid: 2014 [actualizado Nov 2015; consultado en 2019-2020]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/fundacion/145>
24. Cruz Escrich, N. Enfermos de Alzheimer: la sobrecarga del cuidador. [Internet]. Universitat de Lleida; 2013. [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/47007/ncruze.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Confederación Española de Alzheimer [Internet]. Pamplona: 1997 [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/es/el-alzheimer/la-enfermedad-alzheimer>
26. Frades Payo, B et al. Estado del arte de la enfermedad de Alzheimer en España. [Internet]. Madrid; 2012. [consultado en 2019-2020]. Disponible en: https://www.ceafa.es/files/2014/06/estado_del_arte-2.pdf
27. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Institucionalización y Dependencia. [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006. [consultado May 2020]. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/institucionalizacion.pdf>
28. Gómez Morales, M. El proceso de institucionalización en la tercera edad. [Internet]. Universidad Internacional de la Rioja; Jul 2014. [consultado May 2020]. Disponible en: <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2763/gomez%20morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Berruti MB; Buzeki M. Cuidadores Formales en la institucionalización de Larga Estadía. [Internet]. Santiago de Chile: Colegio de Antropólogos de Chile; 2001. [consultado May 2020]. Disponible en: http://biblioteca-digital.ucsh.cl/greenstone/collect/revista1_old/archives/HASH0129/3036cc53.dir/Cuidadores%20formales.pdf



30. Duque JM; Mateo A; González Gago E. Los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas en situación de dependencia. [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006. [consultado May 2020]. Disponible en:
<https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/modelosalojamiento.pdf>
31. Fernández Muñoz JN. Guía de Centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia. [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2011. [consultado May 2020]. Disponible en:
http://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/GUIA_DE_RESIDENCIAS_Prog-Ib-def-.pdf
32. Pérez Fernández J; Gómez Bolaños G. Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores. [Internet]. Ciudad Real: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2001. [consultado May 2020]. Disponible en:
<https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/modelobasicoatencionresidenciaspersonasmayorespdf.pdf>
33. Revuelta Gómez-Martinho M. Cuidado formal e informal de personal mayores dependientes. [Internet]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; Abr 2016. [consultado May 2020]. Disponible en:
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13437/TFM000507.pdf?sequence=1>
34. profesionaljdeabajo. [Internet]. May 2010 [actualizado Abr 2015; consultado May 2020]. Disponible en:
https://profesionaljdeabajo.wordpress.com/2015/04/21/cuidador_formal_informal/
35. Ramos Vega, M. Aproximación desde el trabajo social al maltrato institucional a personas mayores en centros residenciales desde una perspectiva ética [Internet]. Universidad de Valladolid; 2018. [publicado Jun 2018; consultado 2019-2020]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/32568>
36. Sandemente Vinué, I; Elboj Saso, C; Iñiguez Berrozpe, T. Burnout en los profesionales de enfermería en España. Estado de la cuestión. Metas de Enferm [Internet]. 2014 [consultado May 2020]; 17 (10): 17-23. Disponible en:
<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80678/>
37. Vidal García, T. El síndrome de Burnout en enfermeras de residencias geriátricas del principado de Asturias. [Internet]. Universidad de Oviedo; 2014. [publicado May 2014; consultado en 2019-2020]. Disponible en:
<http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/27562/3/Tania.pdf>
38. Touza Garma, C et al. El maltrato a las personas mayores: definiciones,



- factores de riesgo y estrategias de prevención [Internet]. Universidad de las Islas Baleares; 2001 [consultado 2019-2020]. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/21300>
39. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Protocolo para la detección y actuación ante situaciones de maltrato en los centros del imsero [Internet]. [publicado Dic 2015; consultado 2019-2020]. Disponible en: https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/im_102205.pdf
40. Martinoy i Camós, J. Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores [Internet]. Girona; 2007. consultado 2019-2020]. Disponible en: http://administraciojusticia.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/protocol_grancast.pdf
41. Forero Borda, LM; Hoyos Porto, S; Buitrago Martínez, V; Heredia Ramírez, RA. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. Universitas Médica [Internet]. 2019 [consultado en 2019-2020]; 60 (4): 1-12. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/25313>
42. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal [Internet]. Madrid: Nov 1995 [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
43. Iborra Marmolejo, I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. [Internet]. Valencia: Centro Reina Sofia; Jun 2008. [consultado en 2019-2020]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/iborra-maltrato-01.pdf>
44. Kuronen M, Kautiainen H, Karppi P, Hartikainen S, Koponen H. Physical restraints and associations with neuropsychiatric symptoms and personal characteristics in residential care: a cross-sectional study. International Journal of Geriatric Psychiatry [Internet]. 2017 [consultado Abr 2020]; 32 (12): 1418-1424. Disponible en: <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.085006266056&origin=resultlist&sort=plf-f&src=s&st1=Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution&nlo=&nlr=&nls=&sid=002bbe94e0fb1aadd4a8e619969ec745&sot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct&sl=63&s=ALL%28Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution>



[%29&relpos=52&citeCnt=1&searchTerm=](#)

45. Mileski M, Lee K, Bourquard C, Cavazos B, Dusek K, Kimbrough K, Sweeney L, McClay R. Preventing the abuse of residents with dementia or Alzheimer's disease in the long-term care setting: a systematic Review. Clinical Investigation in Aging [Internet]. 2019 [consultado Abr 2020]; 14: 1797-1815. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26377119](https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85074191189&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution&nlo=&nlr=&nls=&sid=002bbe94e0fb1aadd4a8e619969ec745&sot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct&sl=63&s=ALL%28Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution%29&relpos=21&citeCnt=0&searchTerm=</p><p>46. Mitchell R, Harvey L, Brodaty H, Draper B, Close J. Dementia and intentional and unintentional poisoning in older people: a 10 year review of hospitalization records in New South Wales, Australia. International Psychogeriatrics [Internet]. 2015 [consultado Abr 2020]; 27 (11): 1757-1768. Disponible en: <a href=)
47. Cooper C, Marston L, Barber J, Livingston D, Rapaport P, Higgs P, Livingston G. Do care homes deliver person-centred care? A cross-sectional survey of staff-reported abusive and positive behaviours towards residents from the MARQUE (Managing Agitation and Raising Quality of Life) English national care home survey. PLoS [Internet]. 2018 [consultado Abr 2020]; 13 (3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29561867>
48. Neuberg M, Zeleznik D, Mestrovic T, Ribic R, Kozina G. Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes: results of a cross-sectional study among nurses. Arh Hig Rada Toksikol [Internet]. 2017 [consultado Abr 2020]; 68: 190-197. Disponible en: [54](https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85032297168&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=%22elder+abuse%22+AND+dementia+AND+Burnout&nlo=&nlr=&nls=&sid=890f3707c945660697e7a21806ef2e1e&sot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct&sl=43&s=ALL%28%22elder+abuse%22+AND+dementia+AND+Burnout%29&relpos=49&citeCnt=4&searchTerm=</p></div><div data-bbox=)



49. Auer S, Graessel E, Viereckl C, Kienberger U, Span E, Lutterberger K. Professional Care Team Burden (PCTB) scale - reliability, validity and factor analysis. Health and quality of life outcomes [Internet]. 2015 [consultado Abr 2020]; 13 (1). Disponible en: <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-84924611329&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution&nlo=&nlr=&nls=&sid=002bbe94e0fb1aadd4a8e619969ec745&sot=b&sdt=cl&cluster=scopusbyr%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct&sl=63&s=ALL%28Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution%29&relpos=98&citeCnt=7&searchTerm=>
50. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. International Journal of Nursing Studies [Internet]. 2014 [consultado Abr 2020]; 51: 63-71. Disponible en: <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-84888052233&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution&nlo=&nlr=&nls=&sid=002bbe94e0fb1aadd4a8e619969ec745&sot=b&sdt=cl&cluster=scopusbyr%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct&sl=63&s=ALL%28Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution%29&relpos=123&citeCnt=51&searchTerm=>
51. Tortosa MA, Granell R, Fuenmayor A, Martínez M. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2016 [consultado Abr 2020]; 51 (1): 5-10. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-efectos-un-programa-eliminacion-sujeciones-S0211139X15001055?referer=buscadorr>
52. Phelan A. Protecting care home residents from mistreatment and abuse: on the need for policy. Risk Management and Healthcare Policy [Internet]. 2015 [consultado Abr 2020]; 8: 215-223. Disponible en: <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-84947922685&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution>



[tion&nlo=&nlr=&nls=&sid=002bbe94e0fb1aadd4a8e619969ec745&sot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2c%222014%22%2ct&sl=63&s=ALL%28Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution%29&relpos=92&citeCnt=7&searchTerm=](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/search/2020/2019/2018/2017/2016/2015/2014/?sl=63&s=ALL%28Elder+AND+abuse+AND+Dementia+AND+Alzheimer+AND+Institution%29&relpos=92&citeCnt=7&searchTerm=)

53. Simone L, Wettstein A, Senn O, Rosemann T, Hasler S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. Swiss Medical Weekly [Internet]. 2016 [consultado Abr 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26827053>
54. Friedman L, Avila S, Rizvi T, Partida R, Friedman D. Physical abuse of elderly adults: victim characteristics and determinants of revictimization. The American Geriatrics Association [Internet]. 2017 [consultado Abr 2020]; 65 (7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28485492>
55. Girona M, Nguyen L, Mosqueda L. Is this broken bone because of abuse? Characteristics and comorbid diagnoses in older adults with fractures. Journal of the American Geriatrics Society [Internet]. 2016 [consultado Abr 2020]; 64 (8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27418043>
56. Villacieros M, Bermejo JC, Steegman L. Escala de actitud ética en residencias. Desarrollo de un instrumento para profesionales asistenciales sociosanitarios. Journal of Healthcare Quality Research [Internet]. 2018 [consultado Abr 2020]; 33 (6): 352-359. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647918300964>
57. Cen X, Li Y, Hasselberg M, Caprio T, Conwell Y, Temkin-Greener H. Aggressive behaviors among nursing home residents: association with dementia and behavioral health disorders. Jamda [Internet]. 2018 [consultado Abr 2020]; 19 (12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30409493>
58. Choi H, Jung Y, Kim H. Factors related to aggressive behaviors among older adults in nursing homes of Korea: a cross-sectional survey study. International Journal of Nursing Studies [Internet]. 2018 [consultado Abr 2020]; 88: 9-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30144658>
59. Caspi E. A federal survey deficiency citation is needed for resident-to-resident aggression in U.S. nursing homes. Journal of Elder Abuse & Neglect [Internet]. 2017 [consultado Abr 2020]; 29 (4): 193-212. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28535086>
60. Caspi E. Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted



- living residence. Sage [Internet]. 2015 [consultado Abr 2020]; 14 (4): 528-546. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24339115>
61. Schiamburg L, von Heydrich L, Chee G, Post L. Individual and contextual determinants of resident-on-resident abuse in nursing homes: a random sample telephone survey of adults with an older family member in a nursing home. Archives of Gerontology and Geriatrics [Internet]. 2015 [consultado Abr 2020]; 61 (2): 277-284. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26026215>
62. Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals [Internet]. Barcelona; 2003 [actualizado Mar 2020; consultado Abr 2020]. Disponible en: <https://www.ccma.cat/324/dos-detinguts-per-maltractaments-i-abusos-sexuals-a-una-avia-amb-alzheimer-en-un-geriatric/noticia/2997305/>
63. El Español [Internet]. Madrid; 2015 [actualizado Oct 2019; consultado Abr 2020]. Disponible en: https://www.elespanol.com/reportajes/20191008/marcos-enfermero-manipulador-abuso-interna-alzheimer-valencia/434957112_0.html
64. Atresmedia [Internet]. San Sebastián de los Reyes; 2005 [actualizado Feb 2018; consultado Abr 2020]. Disponible en: https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/la-trabajadora-de-una-residencia-deja-tirada-en-el-suelo-a-una-anciana-con-alzheimer-que-se-rompio-el-femur_201802255a92c4b50cf2052ee3b8142c.html



10. ANEXOS

Anexo 1:

Título del artículo	Autor, revista, año, país	Tipo de estudio	Sujetos y origen	Resultados
Physical restraints and associations with neuropsychiatric symptoms and personal characteristics in residential care ³⁹	Kuronen M, et al. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2016	Estudio transversal	En 68 instituciones con un total de 1386 residentes de instituciones de atención residencial de larga estancia, tanto públicas como privadas, las enfermeras evaluaron el uso de restricciones físicas, y los síntomas neuropsicológico, así como las ABVD a través del inventario neuropsiquiátrico y Barthel.	Más de la mitad de los residentes fueron expuestos a restricciones físicas. Los síntomas psicóticos y el uso de BZD aumentaron mientras que la realización de las ABVD y el uso de antipsicóticos/antidepresivos disminuyó la utilización de dichas restricciones.
Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting ⁴⁰	Mileski M; et al. Dove Press Journal; 2019, Texas, EEUU	Análisis sistemático	Revisión de 30 artículos relacionados con el abuso de residentes con demencia (incluido el Alzheimer) a partir de distintas bases de datos (Academic Search Ultimate; Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature; Pubmed)	Existe una falta de capacitación de los profesionales, especialmente para aquellos residentes más agresivos y/o con demencia. Además, el estrés del cuidador contribuye a aumentar el riesgo de maltrato a las personas mayores.
Dementia and intentional and unintentional poisoning in older People ⁴¹	Mitchell R, et al; International Psychogeriatric Association, 2015, Australia.	Estudio de cohorte retrospectivo	Muestra de 16691 individuos identificados en los registros vinculados en el ingreso hospitalario.	6240 individuos de 50 años, fueron hospitalizados después de ingerir involuntariamente sustancias venenosas, de los cuales 581 (9,3%) sufrían demencia; mientras que 10.451 individuos ingirió voluntariamente, de los cuáles 314 (3%) sufrían demencia.



<p>Do care homes deliver person-centred care? ⁴²</p>	<p>Cooper C, et al; Plos one, 2018, Reino Unido</p>	<p>Estudio de Cohorte</p>	<p>1544 empleados de 92 unidades de cuidados de personas mayores, completaron el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), durante un período de 3 meses.</p>	<p>El 86% de los encuestados eran mujeres; el 35% tenían estudios secundarios mientras que el 5,4% no tenían estudio; entre estos, solo un 12% tenían calificaciones de enfermería.</p> <p>Entre estos, el 27% informó haber cometido maltrato físico, mientras que un 34% fueron negligencias. Solo el 5% realizó maltrato verbal.</p>
<p>Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes: results of a cross-sectional study among nurses ⁴³</p>	<p>Neuberg, M; et al. Arh Hig Rada Toksikol; 2017, Varaždin, Croatia.</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>171 profesionales respondieron a 3 cuestionarios entre Octubre y Diciembre de 2016. Primero se realizó una encuesta de Maslach Burnout Inventory for Human Services donde se incluyen 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Los siguientes 2 cuestionarios estaban diseñados para evaluar las actitudes de los profesionales, la experiencia y la conciencia y tasa del maltrato y negligencia en la vejez.</p>	<p>El agotamiento emocional estaba presente en un 43,9% de los casos; la despersonalización, en un 22,2%; y la realización personal baja estaba presente en un 39,8% de los encuestados. Más de la mitad había presenciado gritos a los residentes (55%), un 43% los había insultado; un 42% dió de comida al residente con fuerza; un 39% ignoraba al residente cuando le llamaba; y un 38% se descuidaba de mover o girar al residente para una correcta prevención de las UPP.</p>
<p>Professional Care Team Burden (PCTB) scale – reliability, validity and factor analysis ⁴⁴</p>	<p>Auer S. et al. Health and Quality of Life Outcomes, 2015, Erlangen, Alemania</p>	<p>Análisis cualitativo</p>	<p>Se realizaron entrevistas a cuidadores profesionales, y además se pasaron instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador profesional.</p>	<p>172 personas completaron el cuestionario; 140 eran mujeres, 27 hombres, y 5 no revelaron su sexo. El 57% tenían el título de enfermería y 41,3% eran auxiliares, 3 de ellas no identificaron su nivel educativo. El 32% de los empleados trabajaron durante más de 10 años en la institución.</p>



<p>Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff ⁴⁵</p>	<p>Westermann C, et al. International Journal of Nursing Studies, 2012, Alemania</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Se identificaron 16 estudios de intervención desde el 2000 hasta el 2012, con el objetivo de identificar y analizar el agotamiento entre el personal de enfermería en residentes y pacientes hospitalizados, utilizando el inventario de Maslach Burnout.</p>	<p>Las intervenciones se agruparon en: dirigidos al trabajo, dirigidos a la persona y combinados. De los 16 estudios, solo 7 observaron una reducción en el agotamiento del personal. Entre ellos, dos eran dirigidos al trabajo, y tres eran combinados. Aquellas dirigidas a la persona disminuyeron el agotamiento a corto plazo, mientras que las demás solo lo reducían a largo plazo</p>
<p>Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias ⁴⁶</p>	<p>Tortosa MA, et al. Revista española de geriatría y gerontología, 2016, Valencia, España</p>	<p>Análisis cuasi experimental y longitudinal</p>	<p>2 residencias: El Puig (grupo experimental) n=22 y Conarda (grupo control) n=15 para valorar la reducción de las sujeciones físicas en residentes con demencia. A partir del test de Friedman y análisis de ANOVA. Durante 2 años (mayo 2010 - mayo 2012). Recopilación sobre la evolución de las caídas: Grado 0 (caída sin consecuencia o consecuencia leve); Grado 1 (consecuencia moderada sin hospitalización); Grado 2 (consecuencia grave con hospitalización)</p>	<p>En el centro donde se eliminaron las sujeciones físicas se observa una disminución en el número de caídas y con consecuencias no tan graves, aunque estadísticamente no son significativas. El análisis ANOVA muestra significativamente una mejora, en el grupo experimental, en relación a la prescripción de psicofármacos, al deterioro cognitivo y en las alteraciones de conducta.</p>
<p>Protecting care home residents from mistreatment and abuse: on the need for policy ⁴⁷</p>	<p>Phelan, A. DovePress Journal; 2015, Dublin, Ireland</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>El artículo examina la literatura relacionada con el maltrato en residencias y defiende políticas basadas en un enfoque multisistémico.</p>	<p>Altos niveles de Burnout, actitudes de afrontamiento y la experiencia de los problemas relacionados con los residentes y las instalaciones se asociaron con la negligencia en los residentes. Para el maltrato físico, se asoció con la nacionalidad, el agotamiento y la baja satisfacción laboral. Un estudio en USA indicó que un 36% del staff presencié maltrato; en Alemania, un 70% realizó algún tipo de maltrato a mayores, mientras que en Israel, un 54%; y en Irlanda, un 57,6%.</p>



<p>Types of abuse and risk factors associated with elder Abuse ⁴⁸</p>	<p>Simone L, et al; Swiss Medical Weekly, 2016, Zurich, Suiza</p>	<p>Análisis retrospectivo</p>	<p>150 casos realizaron algún tipo de maltrato(104) o negligencia (46). El 47% fue maltrato psicológico; el 30% físico; y el 18% violación de derechos. El 43% de las víctimas viven en residencias, el resto en el domicilio. Datos recogidos desde 2008 hasta 2012.</p>	<p>El abuso psicológico era el más frecuente (47%), seguido del financiero (35%), el físico (30%), y violación de derechos (18%). El 80% de los casos se identificaron al menos dos factores de riesgo asociado al abuso y abandono. La convivencia se asociaba más al abuso que no a la negligencia, siendo el abuso menor en instituciones.</p>
<p>Physical Abuse of Elderly Adults: Victim Characteristics and Determinants of Revictimization ⁴⁹</p>	<p>Friedman LS, et al; The American Geriatrics Society; 2017, Chicago, EEUU</p>	<p>Análisis retrospectivo</p>	<p>111 individuos de 60 años o más que fueron víctimas de abuso entre 2000 y 2011. Datos extraídos de historia de revictimización, historias de ingresos hospitalarios y registros e informes de los servicios de protección para adultos.</p>	<p>De la muestra un 15,32% había sufrido abuso en la residencia de ancianos: un 96.4% sufrió abusos físicos; un 9%, abuso sexual; un 22.4%, abuso psicológico; un 3.60%, abuso financiero; y un 4.50% negligencia. De los 111 individuos, el perpetrador del abuso fue un compañero de residencia de la víctima, con un 7,21%, y con un 5,41%, el maltrato se produjo por parte de los profesionales del centro. El porcentaje restante pertenece a familia.</p>



<p>Is This Broken Bone Because of Abuse? Characteristics and Comorbid Diagnoses in Older Adults with Fractures ⁵⁰</p>	<p>Gironda M, et al; Journal of the American Geriatrics Society, 2016, California, EE.UU</p>	<p>Análisis transversal</p>	<p>652 individuos de más 65 años con fractura, admitidos al servicio de urgencias u otro centro sanitario durante un período de 36 meses.</p>	<p>La edad media de los participantes fue de 77,2 años; siendo mujeres(58%), blancas (60%), con demencia (13,8%), con presencia de riesgos de maltrato (46%).</p> <p>Son 13 marcadores los indicadores de maltrato. El 10,3% de los participantes presentaban 3 o más marcadores.</p> <p>Aquellos con 2 o más marcadores tenían menos probabilidades de haber realizado más de una visita a un centro médico durante el periodo de estudio (1,9%), que aquellos con un solo marcador (8,7%), y tenían más probabilidades de haber sido tratados por la fractura en el servicio de urgencias (96,9%) que en cualquier otro centro médico (89,9%).</p>
<p>Escala de actitud ética en residencias. Desarrollo de un instrumento para profesionales asistenciales sociosanitarios ⁵¹</p>	<p>Villacieros M, et al. Journal of Healthcare Quality Research, 2018, Madrid, España</p>	<p>Estudio psicométrico</p>	<p>191 profesionales asistenciales de 43,8 años, 150 mujeres y 41 hombres, y con experiencia en el campo de la dependencia, evaluando la actitud ética en su práctica diaria, a partir de unos cuestionarios.</p>	<p>El 50,3% de los encuestados tenían experiencia de más de 6 años en el campo asistencial de ancianos dependientes, el 20,9% entre 3 y 6 años, y el 28,8% menos de 3 años.</p> <p>El 60% de los encuestados recibieron formación bioética, y el 94% informó tener una actitud favorable hacia dicha formación, e informan haber detectado problemas éticos en el centro.</p>



<p>Aggressive Behaviors Among Nursing Home Residents: Association With Dementia and Behavioral Health Disorders ⁵²</p>	<p>Cen X. et al; Journal of the American Medical Directors Association, 2018, Rochester, Nueva York, EEUU</p>	<p>Análisis transversal</p>	<p>3.270.713 individuos de 65 años o más de 15.706 residencias de ancianos. Agrupados en 4 categorías: solo trastorno del comportamiento, sólo demencia, ambas o ninguna. A partir de la escala de comportamiento agresivo (ABS) se mide su nivel de agresividad.</p>	<p>La prevalencia de mantener un comportamiento agresivo fue de un 23,1 en aquellos con trastorno de comportamiento junto a la demencia, un 15,3% en aquellos con solo demencia, un 9,3% en aquellos con un trastorno de comportamiento y un 5,3% en aquellos que no presentan ningún tipo de alteración.</p>
<p>Factors related to aggressive behaviors among older adults in nursing homes of Korea ⁵³</p>	<p>Choi H, et al; International Journal of Nursing Studies, 2018, Corea del Sur</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>1.447 individuos de 65 años o más de 91 residencias de ancianos. Se valora la presencia de comportamiento agresivo a partir de la interRAI (herramienta de evaluación de centros de atención a largo plazo).</p>	<p>Un 18.5% de los individuos presentó comportamiento agresivo en los últimos 3 días. De estos, un 11.7% mostró abuso verbal; un 10.4%, comportamiento disruptivo; un 5.3%, abuso físico; y un 2%, resistencia al cuidado. El 70.4% de los individuos que mostraron comportamientos agresivos sufren demencia.</p>
<p>A federal survey deficiency citation is needed for resident-to-resident aggression in U.S. nursing homes ⁵⁴</p>	<p>Caspi E; Journal of Elder Abuse & Neglect, 2017, Minnesota, EEUU</p>	<p>Análisis cualitativo</p>	<p>2011 individuos de 10 residencias de ancianos en el Estado de Nueva York</p>	<p>El 20% de los encuestados había experimentado al menos una forma de abuso en el último mes. El poco personal, el uso de medicamentos antipsicóticos y el uso de contenciones físicas conduce a un mayor riesgo de abuso.</p>
<p>Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence ⁵⁵</p>	<p>Caspi E. Geriatrics & Extended Care Data & Analyses Center, 2015, Rhode Island, USA</p>	<p>Estudio observacional</p>	<p>Muestra de 12 residentes con criterios de estados emocionales negativos. Observación realizada desde 1 de agosto de 2007 al 6 de junio de 2008. Edad media de los residentes: 81 años.</p>	<p>Se documentaron 85 incidentes físicos y verbales. En el 84% de estos incidentes se observó un desencadenante. El 75% de los incidentes se llevaron a cabo cuándo los residentes no estaban realizando ninguna actividad. Un 25% de los incidentes ocurrieron durante las comidas.</p>



<p>Individual and contextual determinants of resident-on-resident abuse in nursing homes: A random sample telephone survey of adults with an older family member in a nursing home ⁵⁶</p>	<p>Schiemberg L, et al; Archives of Gerontology and Geriatrics; 2015, Massachusetts, EEUU</p>	<p>análisis transversal</p>	<p>452 individuos de 65 años o más que viven en residencias de ancianos. Contestaron una encuesta telefónica sobre sus situaciones de abuso.</p>	<p>De los encuestados el 38% padecía Alzheimer, el 78.8% tenía problemas cognitivos; el 83,3% tenía problemas para realizar las actividades de la vida diaria y el 21,7% tenía problemas de comportamiento. La presencia de abuso entre residentes es del 16.8%.</p>
---	---	-----------------------------	--	--



Anexo 2:

ESCALA GDS Y FAST

ESCALA GDS	ESCALA FAST	VALORACIÓN	EQUIVALENCIA EDADES SEGÚN RETROGÉNESIS
1: Normal	1	Ausencia deterioro cognitivo. Ausencia dificultades funcionales	
2: Déficit cognitivo muy leve	2	Quejas subjetivas, olvido de nombres y de los lugares donde se dejan las cosas	
3: Déficit cognitivo leve	3	Disminución de las funciones ejecutivas, pérdida de la habilidad laboral, evidencia de los compañeros de trabajo, dificultad para viajar a lugares nuevos	Adulto joven
4: Déficit cognitivo moderado	4	Disminución de la realización de tareas complejas, planificaciones para varios comensales, manejo de dinero, mercadear, falta de coordinación motora, etc. Fase de centro de día. No pueden salir de las rutinas	7 años
5: Déficit cognitivo moderado-grave	5	Necesidad de elegir la ropa acorde con la estación del año y situaciones, pérdida de fluidez verbal, mala planificación de situaciones	5-7 años
6: Déficit cognitivo grave	6a	Necesita ayuda para vestirse	5 años
	6b	Incapaz de bañarse sin ayuda. Necesita ayuda para la temperatura del agua	4 años
	6c	Merma la habilidad de la mecánica del baño	4 años
	6d	Incontinencia urinaria	36-54 meses
	6e	Incontinencia fecal	24-36



7: Déficit cognitivo muy grave	7a	Limitación del habla. Media docena de palabras al día, pero siente, atiende, agradece el buen trato y el respeto.	15 meses
	7b	Vocabulario ininteligible. Se limita a una palabra en todo el día. Empuja cosas.	12 meses
	7c	Incapaz de andar sin ayuda. Agradece el tacto, le gusta la música	8-16 meses
	7d	Incapaz de sentarse erguido	6-9 meses
	7e	No sonríe, no controla la horizontalización de la mirada. No control cefálico	0-6 meses



Anexo 3:

INDICADORES DE MALTRATO

Indicadores de maltrato físico

Hematomas y contusiones sin explicación	<p>a) Zonas: cara, labios, boca, espalda, torso, nalgas y muslos.</p> <p>b) Señales de mordiscos humanos en diferentes estados de curación.</p> <p>c) Agrupación de señales (formando patrones repetidos).</p> <p>d) Huellas de formas de objetos utilizados para fringir daños.</p> <p>e) Diferentes zonas afectadas por señales.</p>
Quemaduras sin explicación	<p>a) Quemaduras de cigarrillos o puros, especialmente en las plantas de los pies, manos, espalda o nalgas.</p> <p>b) Quemaduras por inmersión (en forma de guante o de calcetín, de aro, en las nalgas o los genitales).</p> <p>c) Señales reconocibles de fogones eléctricos, planchas.</p> <p>d) Quemaduras o señales de cuerdas en brazos, piernas, cuello o espalda.</p>
Fractura sin explicación	<p>a) Craneales, nasales, en la oreja, en la estructura facial.</p> <p>b) En distintas etapas de curación.</p> <p>e) Fracturas múltiples o en espiral.</p>
Laceraciones o abrasiones sin explicación	<p>a) En la boca, labios, encía, ojos, orejas.</p> <p>b) En los genitales externos.</p>
Pérdidas de cabellos sin explicación	<p>a) Hemorragias en el cuello cabelludo.</p> <p>b) Posible arrancamiento del cabello, por uno mismo o por otra persona.</p> <p>c) Posible evidencia de heridas internas graves en la cabeza.</p>



Evidencia de lesiones antiguas	a) Deformidades: cráneo, nariz, oreja, manos (reflejo de torsión). b) Contracturas resultantes de la inmovilización y demora en la petición de tratamiento. c) Dislocación, dolor, molestia e hinchazón (la dislocación puede ser producida al levantarse al paciente de forma incorrecta).
--------------------------------	---

Tabla 2: Touza Garma, 2001.

Indicadores del maltrato psicológico

1. Hábitos disfuncionales (chupar, morderse, balancearse).
2. Conductas desordenadas (antisocial, autodestructiva o heterodestructiva).
3. Rasgos neuróticos (trastornos del sueño, del habla, inhibición del placer).
4. Reacciones psicóticas o neuróticas (histeria, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría).
5. Pasividad, depresión, vergüenza, desesperación, pensamientos suicidas, desorientación.
6. Temblar, evitar el contacto visual, hipervigilancia.

Tabla 3: Touza Garma, 2001.

Indicadores de maltrato económico

1. Control injustificado de las finanzas de otra persona.
2. Falta de conocimiento en materia de finanzas.
3. Rechazo a tomar decisiones o pagar facturas sin consultar a otra persona.
4. Extractos de cuenta inusuales (retiros de dinero importantes en breves periodos de tiempo, cerrar cuentas y traspasar el dinero a otras...).
5. Elaboración de documentos para que firme la persona mayor pero sin que ella pueda explicar o entender el propósito de estos.
6. La forma de vida de la persona mayor no se ajusta a su capacidad económica.

Tabla 4: Touza Garma, 2001.



Indicadores de maltrato sexual

1. Dificultad para andar o sentarse
2. Ropa interior rasgada o manchada de sangre
3. Dolor o picor en las zonas genitales
4. Contusiones o hemorragias en los genitales externos, en las áreas anal o vaginal
5. Rechazo sin explicaciones de cooperar en la higiene o examen físico de los genitales

Tabla 5: Touza Garma, 2001.

Indicadores de negligencia

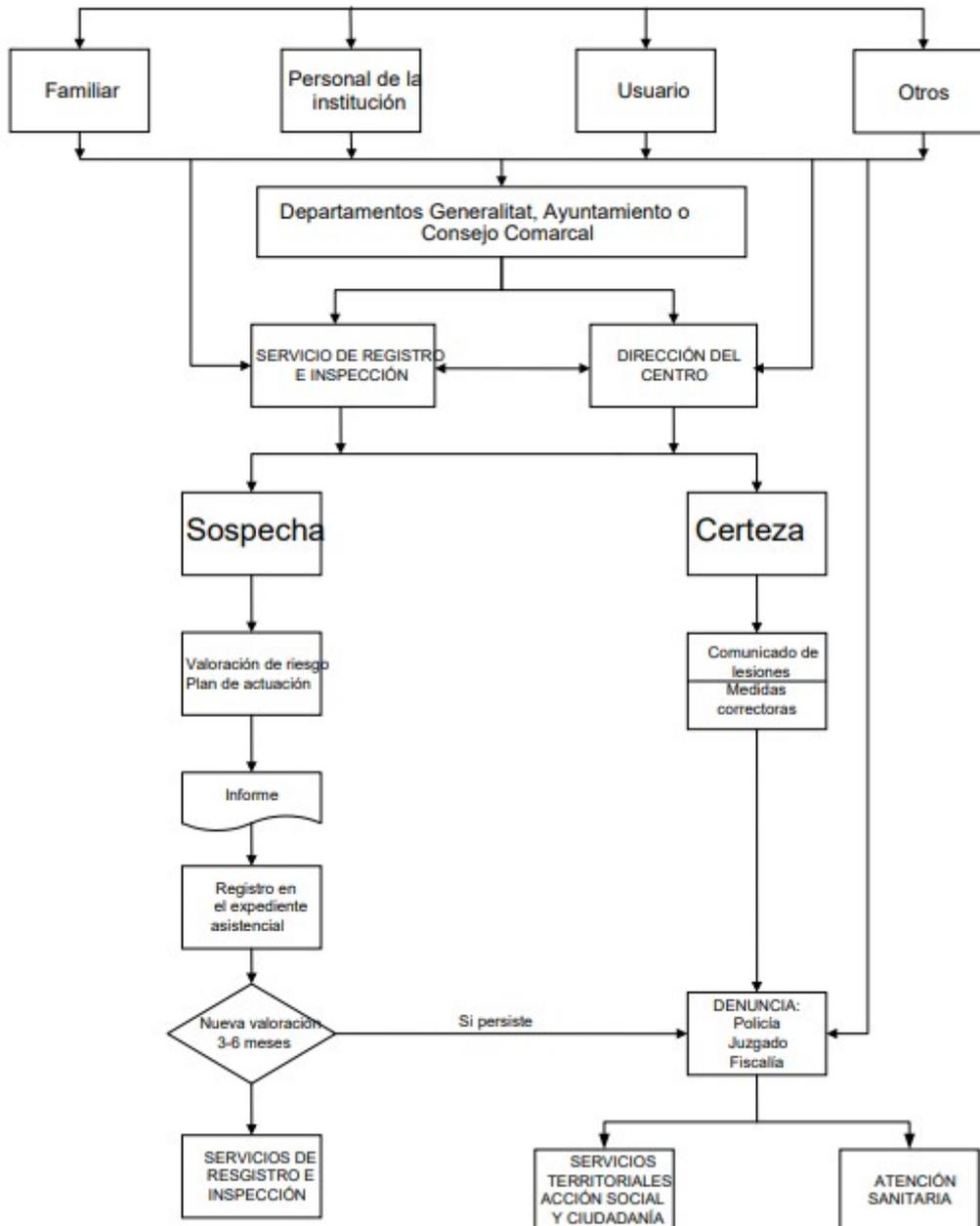
1. Hambre constante, higiene deficiente, vestuario inapropiado, pérdida no explicable de peso, deshidratación.
2. Falta continuada de vigilancia, en especial a lo que actividades peligrosas se refiere, o a períodos de tiempo prolongados.
3. Constante cansancio o desgana, confusión creciente o inexplicable.
4. Problemas físicos o necesidades médicas desatendidas, incluyendo irritación por orina, llagas producidas por la postura.
5. Carencia o materiales auxiliares deficientes: gafas, dentaduras, aparatos auditivos, andadores y sillas de rueda.
6. Sobremedicación o medicación insuficiente.
7. Abandono, inmovilidad, hipotermia como signo de un posible aislamiento."

Tabla 6: Touza Garma, 2001.



Anexo 4:

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONTRA EL MALTRATO EN LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS





Anexo 5:

ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA PERSONAS MAYORES (EASI)

Instrucciones que se dan a las personas mayores para aplicarle el cuestionario: “A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses. Es decir, vamos a centrarnos solamente en lo que haya sucedido en el último año”.

Nota para el profesional: se pone un ejemplo a la persona mayor para centrarla en el tiempo en el que estamos interesados que haga referencia con sus respuestas, por ejemplo, si el cuestionario se aplica en enero se le dice, “Si nosotros estamos en enero, me gustaría que sus respuestas se refirieran al período comprendido entre enero del año pasado y enero de este año”.

En los últimos 12 meses/ En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?

sí NO NO CONTESTA

En caso de respuesta afirmativa,

-¿Quién se la ha proporcionado?

-¿Habitualmente existen problemas entre usted y esas/s persona/s?

sí NO

-¿Qué tipo de problemas tiene con esas personas?

En caso de respuesta negativa,

-¿La ha necesitado?

sí NO NO CONTESTA

-¿Por qué no la ha recibido?



En los últimos 12 meses/ En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?

SÍ NO NO CONTESTA

En caso de respuesta afirmativa, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?

UNA OCASIÓN BASTANTES VECES
 ALGUNAS VECES MUCHAS VECES

En los últimos 12 meses/ En el último año, ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?

SÍ NO NO CONTESTA

En caso de respuesta afirmativa, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?

UNA OCASIÓN BASTANTES VECES
 ALGUNAS VECES MUCHAS VECES

En los últimos 12 meses/ En el último año, ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) 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, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?

UNA OCASIÓN BASTANTES VECES
 ALGUNAS VECES MUCHAS VECES



En los últimos 12 meses/ En el último año, ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?

SÍ NO NO CONTESTA

En caso de respuesta afirmativa, ¿Con qué frecuencia se ha producido esta situación?

UNA OCASIÓN BASTANTES VECES
 ALGUNAS VECES MUCHAS VECES

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Una vez contestadas las preguntas, se vuelve al inicio de las preguntas sobre sospecha de maltrato (1-5) y si la persona mayor ha contestado afirmativamente a alguna de ellas tendrá que preguntarle ¿Quién es la persona responsable de cada una de las situaciones?

LA SIGUIENTE PREGUNTA ES EXCLUSIVAMENTE PARA EL PROFESIONAL.

El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?

SÍ NO NO ESTÁ SEGURO

¿Cree que este es caso de sospecha de maltrato?

SÍ NO NO ESTÁ SEGURO

En caso de respuesta afirmativa indique por qué: indicadores actuales, historia previa, etc.

En caso de respuesta afirmativa, ¿Qué tipo de sospecha de maltrato cree que se está produciendo? Marque todas las opciones que considere necesarias.

FÍSICO PSICOLÓGICO SEXUAL NEGLIGENCIA ECONÓMICO



NOTA PARA EL PROFESIONAL: “Por favor, anote cualquier observación o información que considere importante tras la aplicación del protocolo a la persona mayor”.



Anexo 6:

HEALTH, ATTITUDES TOWARD AGING, LIVING ARRANGEMENTS, AND FINANCES (HALF) ASSESSMENT

Instrucciones: el entrevistador responde a las preguntas después de una reunión con ambos (cuidador y adulto mayor).

SALUD	CASI SIEMPRE	ALGUNA VEZ	NUNCA
1.Dinámica de riesgo de ancianos			
1.1.Poca salud			
1.2.Demasiado dependiente de un adulto			
1.3.Era extremadamente dependiente del cónyuge que falleció			
1.4.Persiste en aconsejar, amonestar y dirigir al niño adulto de quien depende.			
2.Dinámica del abuso de ancianos			
2.1.Tiene una lesión inexplicable o repetida			
2.2.Muestra evidencia de deshidratación y/o desnutrición sin causa obvia			
2.3.Ha recibido alimentos, bebidas y/o drogas inapropiadas			
2.4.Muestra evidencia de mal cuidado general			
2.5.Es notablemente pasivo y retraído			
2.6.Tiene contracturas musculares por estar restringido			
3.Dinámica de riesgo del cuidador			
3.1.Fue abusado o maltratado de niño			
3.2.Mala imagen de sí mismo			
3.3.Capacidad limitada para expresar sus propias necesidades			
3.4.Abusador de alcohol o drogas			
3.5.Psicológicamente no preparado para satisfacer las necesidades del paciente			
3.6.Niega la enfermedad del paciente			



4.Dinámica del abuso del cuidador			
4.1.Muestra evidencia de pérdida de control o miedo a perder el control			
4.2.Presenta historia contradictoria			
4.3.Proyecta causa de lesiones a terceros			
4.4.Se ha demorado indebidamente en llevar a la persona de edad para que la atienda, muestra desprendimiento			
4.5.Reacciona de forma exagerada de la situación			
4.6.Se queja continuamente sobre problemas irrelevantes no relacionados a la lesión			
4.7.Rechaza el consentimiento para estudios de diagnóstico adicionales			
5.Actitud hacia el envejecimiento			
5.1.El adulto mayor se ve a sí mismo negativamente debido al proceso de envejecimiento			
5.2.El cuidador ve negativamente al adulto mayor debido al proceso de envejecimiento			
5.3.Actitud negativa hacia el envejecimiento			
5.4.El cuidador tiene expectativas poco realistas de sí mismo o de los ancianos.			
6.Arreglos de vivienda			
6.1.El adulto mayor insiste en mantener viejos patrones de independencia que interfiere con las necesidades del cuidador.			
6.2.Intrusivo, permite que el cuidador no tenga privacidad			
6.3.El cuidador está socialmente aislado			
6.4.No tiene a nadie que brinde alivio cuando está tenso con los ancianos			
6.5.El anciano está socialmente aislado			
6.6.No tiene a nadie que brinde alivio cuando está tenso con el cuidador			



7.Finanzas			
7.1.El anciano usa dinero de regalo para controlar a otros			
7.2.Se niega a solicitar ayuda financiera			
7.3.Los ahorros se han agotado			
7.4.El cuidador no tiene preparación financiera para satisfacer las necesidades de dependencia del anciano			



Anexo 7:

ESCALA GERIÁTRICA DE MALTRATO AL ADULTO MAYOR

	A Si la respuesta es sí, pase a B	B ¿Esto ocurrió...?	C ¿Desde hace cuántos años ocurre esto?	D ¿Quién fue el responsable?	E ¿Es hombre o mujer?
Durante los últimos 12 meses a usted...	0 No 1 Si	1.Una vez 2.Pocas veces 3.Muchas veces	01 Un año y menos	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1.Hombre 2.Mujer
FÍSICO					
1.¿Le han golpeado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.¿Le han aventado algún objeto?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5.¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
PSICOLÓGICO					
6.¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7.¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8.¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9.¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10.¿No han respetado sus decisiones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11.¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
NEGLIGENCIA					
12.¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc.?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13.¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14.¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15.¿Le han negado acceso a la casa que habita?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ECONÓMICO					
16.¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17.¿Le han quitado su dinero?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



18.¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEXUAL				
21.¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/> / 22			Maltrato Sí ① Maltrato No ②



Anexo 8:

ESCALA DE TÁCTICAS DE CONFLICTO A LOS CUIDADORES

	NÚMERO DE INDIVIDUOS QUE DAN RESPUESTA					AVALAN EL SUCESO	
	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO	TODOS LOS CUIDADORES	RESIDENCIAS CON ≥ 1 INFORMES DE CUIDADO
Golpear o sacudir a un residente							
Amenazar con el uso de fuerza física a un residente							
Gritar, insultar o hablar severamente a un residente							
Hacer esperar a un residente							
Evitar a un residente con comportamiento desafiante							
No se da suficiente tiempo al residente para comer							
No se cuida lo suficiente el traslado de un residente							
Ignorar al residente cuando requiere atención o pedía ayuda							
Aislar al residente							
Decir a un residente que será llevado lejos							



Anexo 9:

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

	EVALUACIONES / PREGUNTAS	NUNCA	ALGUNA VEZ AL AÑO O MENOS	UNA VEZ AL MES O MENOS	ALGUNAS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	VARIAS VECES A LA SEMANA	A DIARIO
		0	1	2	3	4	5	6
AE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado							
AE	Al final de la jornada me siento agotado							
AE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
RP	Comprendo fácilmente como si sienten los pacientes y mis compañeros							
DP	Creo que trato a algunos pacientes / compañeros como si fueran objetos							
AE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí							
RP	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
AE	Me siento "quemado" por el trabajo							
RP	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
DP	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							



DP	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
RP	Me encuentro con mucha vitalidad							
AE	Me siento frustrado por mi trabajo							
AE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
DP	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes / compañeros							
AE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés							
RP	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes							
RP	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes / compañeros							
RP	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo							
AE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
RP	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
DP	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							



Anexo 10

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS)

DURANTE EL ÚLTIMO MES	NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO
1.¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2.¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3.¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4.¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5.¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6.¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7.¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8.¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
9.¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10.¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4



Anexo 11:

PROFESSIONAL CARE TEAM BURDEN SCALE (PCTB)

ÍTEMS	COMPLETAMENT E DESACUERDO	DESA-CUERDO	NORMAL	DE ACUERDO	COMPLETA -MENTE DE ACUERDO
1.Mis compañeros respetan mi desempeño laboral.					
2.Puedo discutir temas relacionados con el trabajo con mis compañeros.					
3. El contacto con mis superiores es bueno.					
4.Puedo participar en la organización de la rutina diaria en mi organización.					
5.La pérdida de la capacidad de comunicarse en personas con demencia me molesta.					
6.Puedo manejar comportamientos resultantes de la desorientación en personas con demencia.					
7.Los comportamientos difíciles (agresión, vagar) de las personas con demencia son difíciles de soportar.					
8.Puedo manejar la crítica constructiva.					
9.Puedo mantener los problemas personales fuera de mi rutina diaria de trabajo.					
10.Mi entorno familiar es de apoyo y es capaz de liberarme.					



Anexo 12:

ESCALA DE ACTITUDES ÉTICAS PARA PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS DEL ÁMBITO DE LA DEPENDENCIA

1: Totalmente en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Neutro 4: De acuerdo 5: Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
Está bien poner un chaleco de sujeción para evitar las caídas					
Me gusta que los residentes participen en las decisiones sobre su tratamiento					
Si el residente no desea tomar la medicación, la “camufla” en una pequeña porción de alimento o bebida					
Si el residente expresa negativa a ser aseado, igualmente lo aseo					
Antes de acceder a levantar a un paciente, valoro el tiempo que lleva sentado					
También es habitual “pelearse” con algún residente para poder cuidarlo					
Es habitual pedir permiso al residente cuando se le van a realizar curas o aseo					
Si me preocupa algo de un residente lo comento con compañeros aunque sea en un espacio público					
A veces se hacen bromas sobre las necesidades sexuales de los ancianos					
Dentro de la práctica asistencial, es habitual comentar con compañeros alguna confidencia de los residentes					
Es habitual que se den errores en las dietas por despiste					
Es normal que se produzcan úlceras por presión en los residentes encamados					
Y dedicar más tiempo y paciencia a los residentes con los que se tiene mejor relación					