

5. Comunicaciones

5.1. Efecto de la intervención psicológica grupal sobre la percepción de vulnerabilidad psicológica en cuidadores de personas mayores dependientes

M. Rodríguez Zafra¹, A.M. Pérez García¹, B. Rueda¹, P. Sanjuán¹, G. Gil Escudero², R. Fernández López², P.P. Herráiz Domingo², M.S. García Carpio³, M.C. Martín Díez³,

¹Facultad de Psicología de la UNED

²Asociación Cauces

³Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

Introducción y objetivos

La dedicación, la compasión y el coraje, de los cuidadores principales de los mayores dependientes permiten que los mayores puedan permanecer en su entorno familiar al que están habituados y en el que reciben la atención afectiva y emocional que necesitan de sus propios familiares. No obstante, en muchos casos, esta permanencia en el hogar se consigue gracias a un gran esfuerzo personal del cuidador principal, ya que la labor de los cuidadores principales constituye una tarea diaria y continua que requiere una dedicación exclusiva durante períodos de tiempo muy largos. Por ello, gran parte de los cuidadores de personas mayores dependientes sufren una significativa sobrecarga, física, psicológica y emocional, especialmente cuando no cuentan con apoyos que les permitan desarrollar la labor de cuidado en unas condiciones favorables. Por ello, la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid puso en funcionamiento en el año 2004 un programa innovador de atención a los cuidadores de mayores dependientes. Este programa denominado **Cuidar al Cuidador** se dirige específicamente a aquellas personas que desempeñan su labor de cuidado en unas condiciones de excesiva sobrecarga ofreciéndoles atención psicológica terapéutica mediante dinámica de grupos durante 14 sesiones de 90 minutos.

El objetivo del presente trabajo ha sido estudiar el efecto de este tipo de intervención psicológica sobre la percepción de vulnerabilidad psicológica en los cuidadores de personas dependientes. La intervención psicológica se llevó a cabo en 12 distritos, en 8 de ellos coordinada por la Asociación Cauces, y en los 4 restantes por la empresa Consultores Núñez y Martín, y siempre dependiendo de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

Metodología

El estudio se ha realizado sobre una muestra de 130 cuidadores, 101 mujeres y 29 varones. La edad media de la muestra era de 65,22 años ($Dt = 11,47$) y el rango de edades estaba entre 27 y 85 años, aunque sólo el 11,6% era menor de 50 años. El estudio fue realizado con un diseño pre-post, de tal modo que los cuidadores que participaron en el mismo cumplimentaron la prueba objeto de este trabajo en sus fases de pre y post-tratamiento.

Material

Se aplicó la Escala de Vulnerabilidad Psicológica (EVP, Sinclair y Wallston, 1999). Incluye seis ítems que recogen creencias cognitivas sobre dependencia en temas de logro de metas o sobre la necesidad de buscar fuentes externas de refuerzo para el propio sentido de valía personal. Los ítems se puntuán en una escala de 5 puntos indicando el grado de acuerdo con el contenido del mismo (desde 1 = nada, hasta 5 = mucho). Las puntuaciones más altas indican mayor vulnerabilidad. Se trata de una medida de papel y lápiz, breve y de fácil administración, que refleja las creencias cognitivas en relación a percepciones de dependencia (necesidad de ser querido y aceptado por los demás), perfeccionismo (estándares de rendimiento muy altos, así como tendencia a ser muy auto-críticos con el propio trabajo), atribuciones negativas (utilizar causas internas y estables para explicar el fracaso y los resultados negativos), y necesidad de aprobación externa (miedo a la crítica y desaprobación por parte de los demás). La vulnerabilidad psicológica también podría entenderse como un indicador de un déficit en recursos personales de afrontamiento.

Resultados

El análisis de medidas repetidas reveló efectos principales significativos del factor sexo [$F_{(1,128)} = 5,45, p < 0,02$] y del factor tratamiento [$F_{(1,128)} = 4,22, p < 0,04$]. La interacción sexo x tratamiento no resultó significativa [$F_{(1,128)} = 1,02, n.s.$]. No obstante, análisis más pormenorizados (ver Figura 1) revelaron que las diferencias de sexo se debían especialmente a la fase de post-tratamiento [$F_{(1,129)} = 6,88, p < 0,01$] y que la mejora en vulnerabilidad era estadísticamente significativa en el caso de los varones [$F_{(1,28)} = 6,33, p < 0,02$].

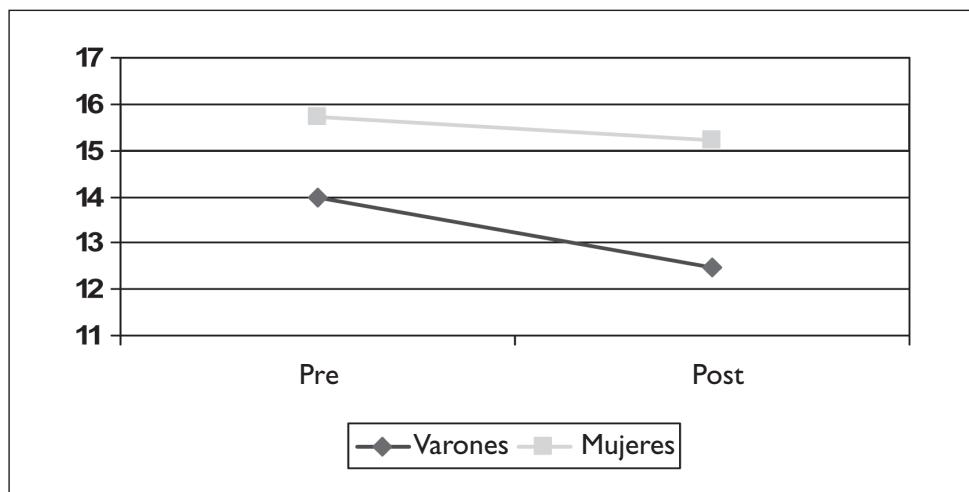


Figura 3. Diferencias en Vulnerabilidad Psicológica en función del sexo x tratamiento (Pre-Post) (Nota: ** $p<0,02$; *** $p<0,01$)

Conclusiones

Las mujeres presentan mayor vulnerabilidad psicológica que los varones antes y después del tratamiento. Aunque tanto las mujeres como los varones mejoran en sus puntuaciones de vulnerabilidad, esta mejora es más relevante en los varones. Estos resultados permiten demostrar la eficacia terapéutica del programa sobre esta variable y muestran la necesidad de enfocar la intervención psicoterapéutica de modo diferencial hacia las mujeres y los varones cuidadores.

Referencias

- Gil E G, Rodríguez Z M y Cid E L. Cuidar al cuidador; 2008.
- La ayuda psicoterapéutica a cuidadores de mayores dependientes mediante dinámica de grupos: Miscelánea de Comillas; 66. p. 128, 117,167.
- Pérez G AM, Rueda B, Ruiz M A. y Sanjuán, P. Escala de Vulnerabilidad Psicológica: Datos normativos y aplicación al contexto de la salud; 2006. p.38-39.
- VI Semana de Investigación de la Facultad de Psicología: Madrid UNED.
- Rodríguez ZM, Núñez PA, Martín RM y Gil EG. La ayuda psicoterapéutica a cuidadores de mayores dependientes; 2006. Revista Crítica, 936, 92-94.
- Sinclair VG y Watson KA. The development and validation of the Psychological Vulnerability Scale: Cognitive Therapy and Research; 2006. p. 23, 119-129.

5.2. Valor preventivo de la atención inmediata a las emergencias en el servicio de teleasistencia municipal

*Romero Chaparro R, Gimenez Díaz- Oyuelos P, Gaisse Herrero C,
Hernanz Vallecillo A y Martín Tejedor F.*

*Departamento de Servicios de Ayuda a Domicilio. Dirección General de Mayores
Ayuntamiento de Madrid*

El servicio de Teleasistencia municipal se ha concebido, desde su implantación en el Ayuntamiento de Madrid en el año 1993, como un recurso de acompañamiento y atención para personas mayores en situación de riesgo, por razones de edad, discapacidad, dependencia o soledad. Para proceder al alta en el servicio se recogen de los usuarios, entre otros datos, los relacionados con el riesgo social (escala de Barber) y niveles de dependencia funcional (Barthel y Lawton), así como datos sociosanitarios necesarios para la atención en caso de emergencia.

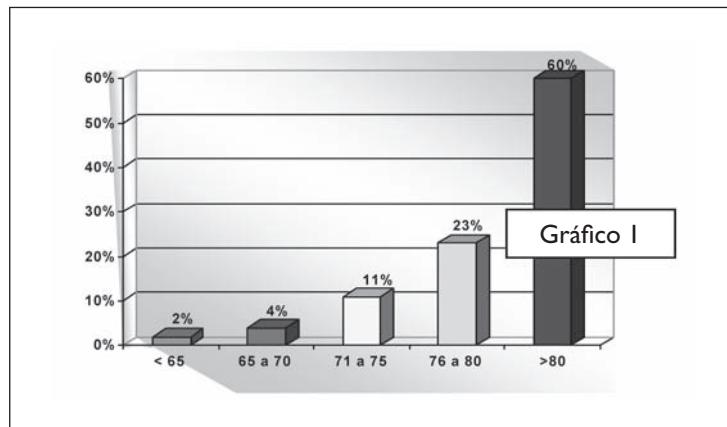
El 28% de los usuarios del servicio son mayores de 80 años que viven solos, lo que les convierte en una población en situación de especial fragilidad.

La actividad desarrollada en los centros de atención del servicio de teleasistencia está producida, en primer término, por las llamadas emitidas por las operadoras a los domicilios de los usuarios. El mayor número de estas llamadas son las llamadas de seguimiento, realizadas semanalmente, cuya finalidad es estar presente en la vida de los mayores.

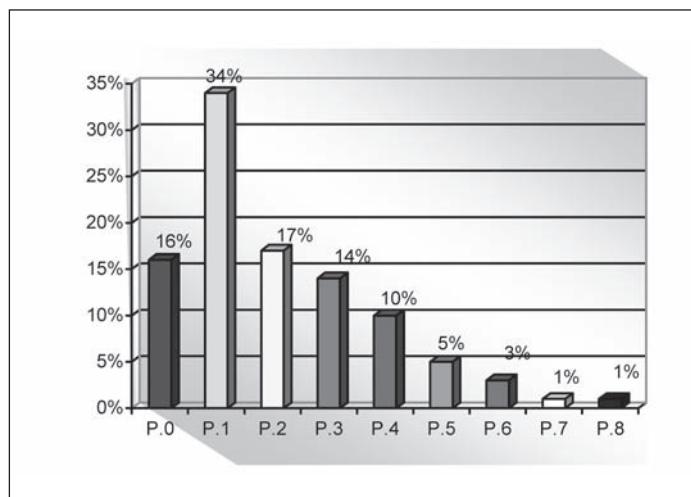
Las llamadas realizadas por los usuarios al centro de atención tienen como objeto, fundamentalmente, el hablar, saludar o conversar con el personal del servicio. Sin embargo, en el 10% del total de las llamadas emitidas por los usuarios, la causa principal es la solicitud de ayuda por situaciones de emergencia (sanitaria o social). La presencia de Unidades Móviles y las movilizaciones urgentes de las mismas se convierten en medidas esenciales y determinantes para prevenir y evitar consecuencias negativas en este tipo de emergencias.

Atendiendo a esta información, nos planteamos como objetivo conocer la incidencia que tienen las caídas sobre el total de emergencias codificadas como sanitarias, las movilizaciones de Unidad Móvil a domicilio que han generado y el resultado final de estas movilizaciones.

Para la realización de este estudio se analizan los 98.006 usuarios en alta en el servicio de TAD durante el mes de Agosto de 2008. El perfil determina una población de sexo femenino en el 74,51% de los casos, mayores de 80 años el 59,69%. El grafico 1 define los rangos de edad de los usuarios del servicio.

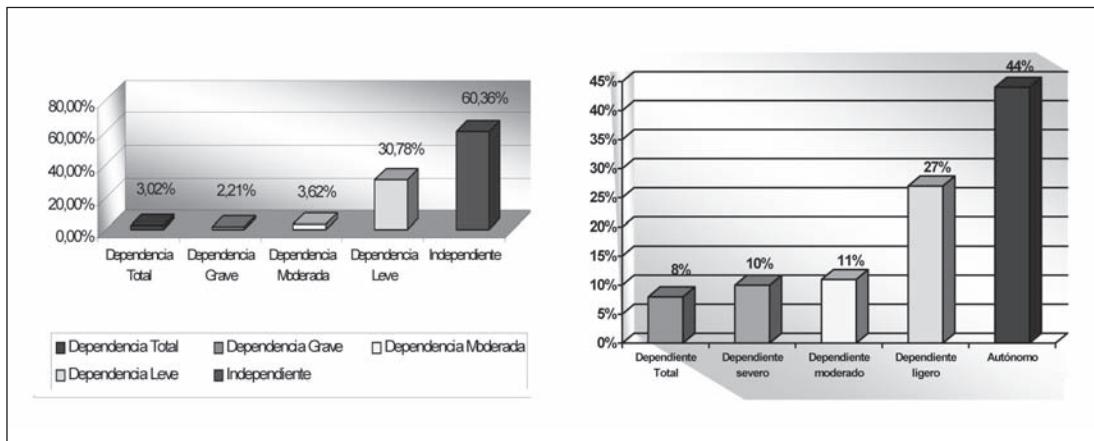


El análisis del perfil socio-sanitario (Grafico 2) obtenido de una muestra de 994 usuarios, determina que el 84,31% presenta riesgo social, medido con la escala de Barber.



Escala de Barber (Gráfico 2)

En relación con la dependencia funcional, el 60,36% es independiente para ABVD y un 43,6% es independiente para AlVD, tal y como se refleja en los gráficos siguientes (3 y 4):



Por otro lado, y para conocer la prevalencia de caídas y sus consecuencias, se analizan las llamadas recibidas en el centro de atención durante el mes de Agosto de 2008. Los resultados obtenidos del análisis de los datos determinan que, de las 64.000 llamadas recibidas en el servicio de TAD, 6.334 (9,9%) corresponden a atenciones codificadas como emergencias. El usuario vive solo o con acompañante dependiente en un 87,59% de los casos. El 78,82% del total de las movilizaciones por emergencias tiene carácter sanitario y de ellas, en un 43,57% la causa es una caída, con o sin consecuencias. Del total de caídas, el 24,25% deriva en el traslado de la persona mayor a un centro hospitalario. La movilización de Unidad Móvil se produce en 2.429 casos.

Como se demuestra en el Gráfico 5, del total de las atenciones codificadas como emergencias, las caídas son una de las causas más importantes de movilización de unidades móviles del servicio. La actuación inmediata evita consecuencias negativas, por un lado por la atención en el propio domicilio y por otro por la movilización de otros recursos de apoyo (familia, 061) que favorecen el traslado a centros hospitalarios.

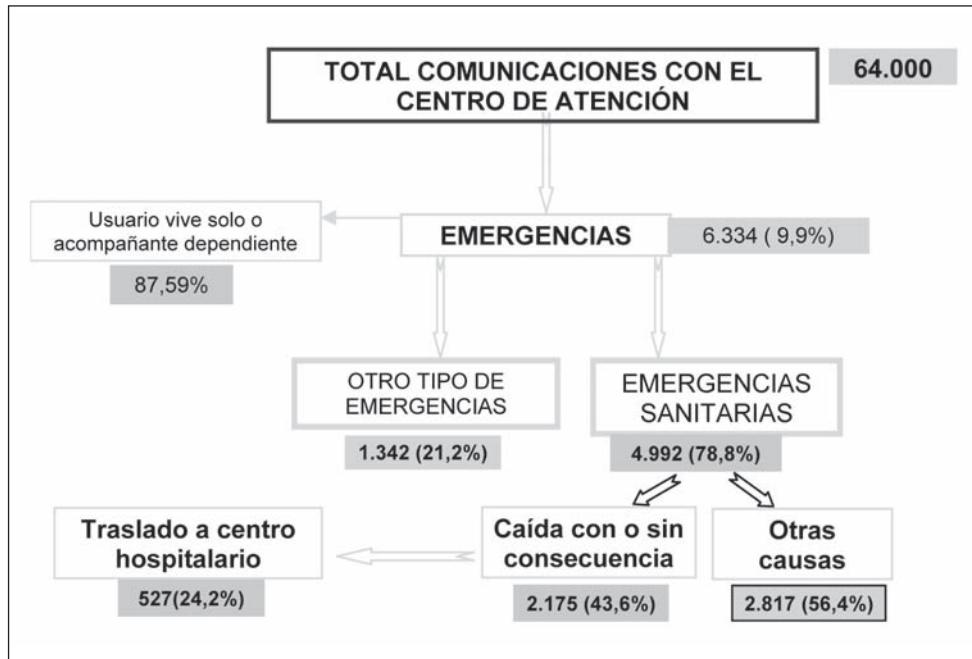


Gráfico 5

Se confirma, por tanto, que las caídas son una de las causas más importantes de demanda de ayuda de los mayores del Servicio de TAD municipal y que requieren siempre la movilización y atención urgente de la Unidad Móvil.

En estas situaciones, se realiza una actuación inmediata (tiempo de llegada al domicilio), lo que le confiere un valor preventivo que evita las consecuencias negativas que las caídas producen en la población mayor.

El servicio de TAD, además, tiene un papel importante en la cadena asistencial en este tipo de emergencias y colabora con otros recursos de atención, movilizando otros recursos: familiares, Summa 112, Samur Social, etc

La coherencia entre la dependencia de los usuarios del servicio y el riesgo sociosanitario refleja una realidad esperada; y el trabajo de identificación de usuarios frágiles es vital para prevenir y actuar en situaciones de emergencia.

5.3. Maltrato a mayores: ¿problema individual o responsabilidad social?

*Palos S, Sanpedro E, Elorrieta B y Zapico S.
Asispa*

Objetivo

El objetivo del estudio realizado ha sido elaborar un censo y analizar los casos de maltrato detectados en la población de mayores que atendemos.

Población

Partiendo del universo inicial de 46.101 usuarios atendidos por ASISPA en la ciudad de Madrid desde los servicios de ayuda a domicilio, centro de día y teleasistencia, se han identificado un total de 35 casos de maltrato.

Herramientas y método

El estudio descriptivo se ha realizado contando con la colaboración de las coordinadoras de los diferentes servicios, que son quienes canalizan la información transmitida por el personal de atención directa o detectadas por ellas mismas y realizan un seguimiento más individualizado del caso. Ellas son quienes han recogido en una plantilla unificada, los datos relativos al perfil del usuario maltratado, al tipo de relación que le une con su maltratador y al tipo de maltrato que padece.

Datos obtenidos

Se han encontrado situaciones de maltrato de cuatro tipos diferentes:

- maltrato físico o amenaza de agresión
- maltrato psicológico (se ignora su opinión, se le recrimina la atención que necesita, se le ponen impedimentos para estar o contactar con familiares o amigos que quiere, etc...)
- negligencia en el cuidado (higiene, alimentación, etc...)
- abuso económico (se utilizan o se dispone de su dinero o sus pertenencias contra su voluntad o de forma forzada)

No se ha identificado ningún caso de abuso sexual.

Hemos encontrado 51 situaciones de maltrato sufridas por un total de 35 personas, lo que significa que alguna de ellas sufre más de uno (en algún caso, hasta tres tipos de maltrato).

El nº de situaciones es diferente en cada tipo de maltrato. De mayor a menor incidencia, encontramos:

- 21 situaciones de maltrato físico o amenaza de agresión (41%)
- 17 situaciones de maltrato psicológico (33%)
- 7 situaciones de negligencia en el cuidado (13,7%)
- 6 situaciones de abuso económico (11,7%)

De las 21 personas que sufren maltrato físico o amenaza de agresión sólo 2 (un 9.5%) lo han denunciado.

El perfil de los 35 mayores maltratados es el siguiente:

- género: 24 (69%) mujeres y 11 (31%) hombres
- convivencia: 32 (91%) viven acompañados y 3 (9%) viven solos
- edad media: 82,7 años

Es digno de resaltar el hecho de que las 32 personas que viven acompañadas, conviven precisamente con su agresor.

En lo que se refiere al perfil del matratador, hemos obtenido los siguientes datos:

- el 93,75% es un familiar –mayoritariamente cónyuge o hijos–
- el 6,25% restante son personas que no son familia –amigos o vecinos–
- el 48,7% (17 casos) de los maltratadores sufre trastornos o bien psiquiátricos o bien relacionados con el consumo y la dependencia de sustancias

Conclusiones

Destacamos las siguientes:

El maltrato más detectado, es el maltrato físico o la amenaza de agresión. Podríamos quizás afirmar que este es el tipo de maltrato más frecuente, pero no debemos obviar que quizás es el más detectado porque es el más fácil de evidenciar desde nuestros servicios o porque es el que mayor alarma social genera (en el sentido de que es contra el que la sociedad está más alerta y sensibilizada).

El maltrato se presenta con mayor frecuencia en el entorno familiar; lo que significa que por los lazos que unen al mayor con su maltratador, la situación permanece en el tiempo, se cronifica y además tiende a ocultarse, haciendo más difícil la detección y la actuación posterior.

Los trastornos psiquiátricos en el entorno del mayor favorecen la posibilidad de sufrir maltrato.

Reflexiones

De las reflexiones que han surgido en ASISPA tras la realización del estudio, quisiéramos trasladar siguientes:

La primera es que **Los casos de maltrato pueden ser poco numerosos, pero eso no debe hacernos olvidar la enorme trascendencia** que tienen para la persona que los sufre, en especial si se trata de una persona mayor, generalmente vulnerable, que sufre maltrato de forma continua por parte de alguien de su entorno a quien le unen lazos familiares.

La segunda reflexión es que **la decisión del usuario de no denunciar, no anula nuestra responsabilidad**. Como entidad prestadora cuando nos encontramos ante un caso de maltrato a una persona mayor o dependiente en cualquiera de nuestros servicios, nos enfrentamos a las dificultades por todos conocidas: el usuario lo niega, o lo reconoce pero no quiere denunciar, etc. y en más de una ocasión acabamos con impotencia asumiendo que se trata de una decisión personal. Por incómodo o difícil que nos resulte, no debemos en ningún caso inhibirnos. Nuestro Comité de Ética Asistencial nos ayudará a resolver el dilema ético en estos casos.

La última reflexión surge del hecho de que entre los familiares que ejercen el maltrato o trato inadecuado a los mayores que atendemos, encontramos enfermos psiquiátricos, drogodependientes, cuidadores sobrecargados, ... Esto nos lleva a pensar que un mayor apoyo social a estas personas, podría incidir positivamente en el descenso de este tipo de comportamiento.

De esta última idea surgió la pregunta que da título a esta presentación ¿Es un problema individual o una responsabilidad social?

En ASISPA creemos que abordar este problema es responsabilidad de todos: a nivel individual en nuestro trabajo diario, a nivel colectivo como entidad de utilidad pública que somos y a nivel comunitario como sociedad de la que formamos parte.

Referencias

- “Malos Tratos a Personas Mayores: Guía de actuación”; IMSERSO/ SEGG. 2005.

5.4. Concepto y tipología del maltrato. Significado del maltrato para las personas mayores

*S Burdallo, A Ballesteros, L Guzmán, I Prada, A Morales y C Igualada.
Eulen- Sociosanitario*

Introducción

Estudio y análisis elaborado por las Trabajador@s Sociales de los Centros de Día Municipales gestionados en la actualidad por Eulen Sociosanitarios y el Equipo Técnico Responsable de los mismos.

Objetivos del estudio

- Evaluar el conocimiento que tienen l@s usuari@s de los Centros de Día y Apartamentos Municipales, sobre el concepto maltrato y sus manifestaciones.
- Ofrecer información sobre el concepto y tipología del maltrato, que facilite la detección del mismo.
- Valorar si tras la información recibida por los usuarios, estos son capaces de identificar en mayor o en menor medida las diferentes manifestaciones del mal trato.

Metodología

A lo largo de la exposición, cada vez que hablamos de Maltrato a Personas Mayores estaremos haciendo referencia a la definición de la OMS (1995): "Toda aquella conducta destructiva dirigida a una persona mayor; que ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad y frecuencia para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social, económico de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución de la calidad de vida de la persona mayor".

Cuestionario

El diseño del cuestionario fue elaborado por las trabajador@s sociales de los Centros de Día que participamos en la investigación, y se detalla a continuación

 **EL MALTRATO SEGÚN NUESTROS MAYORES** 

CUESTIONARIO

HOMBRE **MUJER** **EDAD**

CUALES DE LAS SIGUIENTES CONSIDERA QUE SON MALTRATO A MAYORES

1. NO TENER EN CUENTA LAS OPINIONES DE LA PERSONA MAYOR
2. HACER FIRMAR UN PAPEL, SIN SABER PARA QUE
3. FORZAR AL MAYOR A COMER
4. NO ALIMENTAR AL MAYOR ADECUADAMENTE
5. APROPIARSE DE BIENES O COSAS DEL MAYOR
6. INSULTAR AL MAYOR
7. QUE EL CUIDADOR DEL MAYOR NO SIGA LAS PAUTAS DEL MEDICO
8. EMPUJAR AL MAYOR
9. HACER USO DEL DINERO DEL MAYOR SIN SU CONSENTIMIENTO
10. QUE EL MAYOR NO TENGA A QUIEN O A QUE RECURRIR EN CASO DE NECESIDAD
11. AMENAZAR AL MAYOR CON INGRESO EN RESIDENCIA
12. GOLPEAR A LA PERSONA MAYOR

PSICOLÓGICO **FÍSICO** **ECONÓMICO** **ABANDONO**

La cumplimentación, en ambos grupos se realiza siguiendo las mismas pautas en todos los centros.

Previa a la cumplimentación del cuestionario se informa a los usuarios que en ningún caso se trata de personalizar el mismo, "no es para que me diga si esto te pasa a usted o no". Se incide en la importancia de la objetividad en la contestación.

Se cumplimenta de forma individual en el despacho de la trabajadora social, para evitar transferencias negativas inter e intra grupos.

Destacar que en los Apartamentos de Jerte, los residentes cumplimentan el cuestionario en sus propios domicilios y lo entregan de forma anónima en el buzón de sugerencias de los Apartamentos.

Muestra de población

Para nuestra investigación hemos escogido una muestra aleatoria, excluyendo las personas con deterioro cognitivo, de los usuarios de los Centros de Día y Apartamentos Municipales gestionados por Eulen Sociosanitarios, que son en la actualidad: CD Arganzuela, CD Jerte, CD Remonta, CD Vicálvaro y Apartamentos Municipales de Jerte.

Hemos contando con un total de 162 participantes, divididos en dos grupos, el experimental y el de control.

EL GRUPO EXPERIMENTAL: Previo a la cumplimentación del cuestionario se imparte una charla informativa sobre maltrato y tipos de maltrato de una duración aproximada de 15-20 minutos, impartida por las Trabajador@s Sociales de cada centro.

Para facilitar la máxima objetividad posible en la exposición de la charla, el contenido de la misma fue similar en todos los centros.

EL GRUPO CONTROL: Contestó el cuestionario sin haber recibido información previa al respecto.

Resultados y conclusiones

Aunque en el estudio se han valorado los resultados individualizados por cada centro, aquí sólo recogemos una serie de conclusiones grupales. Se anexan los resultados analizados de forma cuantitativa y cualitativa.

1. Mejora en la identificación de los signos y señales de maltrato después de la acción formativa en un 17% de los grupos experimentales, sobre los grupos control.
2. Los datos muestran una mejor identificación del maltrato PSICOLÓGICO y del ECONÓMICO, tras recibir la información.



3. El Centro de Día que más ha mejorado es el de Jerte. Partíamos de un grupo control en el que tan sólo el 48.61% reconoce maltrato y el grupo experimental llega a un 80.95% de identificaciones (32.34% de mejora).

Resaltar que la media de edad de la población es de 89.89 años, el más alto de todos los centros evaluados.

4. Destacar que son los residentes de los Apartamentos los que en mayor número identifican las diferentes situaciones de maltrato antes de la charla informativa. Tras la charla destaca un mayor reconocimiento de la identificación del ABANDONO y el ítem "No tener a quien recurrir" que aumenta en un 23%.

Conclusión

Ofrecer información a las personas mayores, a sus familiares y a los propios profesionales que trabajamos en este sector, sobre las posibles situaciones de maltrato a las personas mayores, posibilita el reconocimiento, prevención y tratamiento de estas situaciones.

5.5. La garantía de los derechos en servicios de atención a personas mayores. Análisis y evaluación en centros gerontológicos

J. Salazar Irusta, M. Leturia Arrazola y A. Uriarte Méndez

Instituto Gerontológico

Matia Ingema

El reconocimiento de los derechos en el ámbito de los Servicios Sociales y más aún en el de la Atención Residencial, constituye un avance fundamental en nuestro sistema. Hasta apenas algo más de una década, los derechos de las personas que vivían en una residencia, ni se mencionaban en nuestra normativa, ni se explicitaban en la práctica residencial. Progresivamente, sin embargo, se ha incorporando al sistema, el respeto de los derechos como un punto de referencia de la mayor o menor adecuación de las pautas asistenciales, gracias en gran medida a la aplicación de métodos de evaluación y de garantía de calidad.

Desde el área de Consultoría del Instituto Gerontológico Matia INGEMA y como parte de nuestra cartera de servicios, realizamos evaluaciones integrales de centros y servicios, siendo la evaluación de la garantía de los derechos uno de los apartados de dicho estudio. De esta manera hemos realizado hasta el momento el Análisis y Evaluación de la Garantía de los Derechos de los Residentes en 26 Centros Gerontológicos, de titularidad tanto pública como privada en distintas Comunidades Autónomas, siendo así 5.503 las plazas evaluadas.

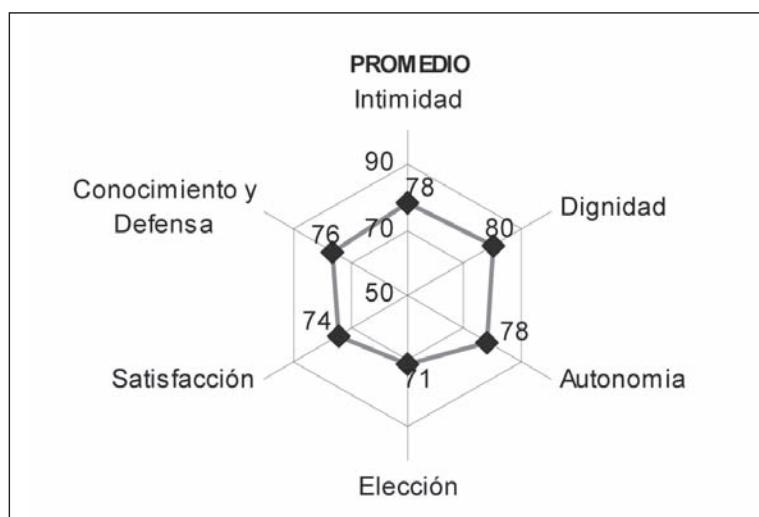
Principalmente los objetivos marcados para el estudio son:

- Analizar y diagnosticar la situación actual de los centros.
- Concienciar y sensibilizar a los profesionales.
- Detectar áreas de mejora.
- Orientar planes de mejora y objetivos con relación al respeto y fomento de los derechos en el marco del modelo de atención e intervención y calidad de vida, siendo conscientes en todo momento de que la promoción de los derechos de las personas mayores es uno de los ejes clave de dicho modelo.

Las acciones y método utilizado para el estudio han sido:

- El análisis general del servicio y de las acciones desarrolladas hasta el momento.
- Análisis y planteamiento con el equipo Interdisciplinar del lugar que ocupan los derechos en el marco del modelo de atención e intervención.
- Observación directa del centro mediante visita.
- Análisis de cómo se realiza la comunicación de los derechos a lo largo de todo el proceso de atención residencial, para lo cual se han realizado entrevistas estructuradas con profesionales del equipo Interdisciplinar.
- Entrevistas a una muestra de residentes en cada uno de los centros y en algunos casos sesiones de información – formación con los familiares.

Para llevar acabo el proyecto, básicamente se están utilizando dos herramientas, una *Los Derechos de los Residentes y las Especificidades del Medio Residencial* ¿Cómo Compaginarlas? Este es un instrumento del SIIS -Centro de Documentación y Estudios- que consta de 235 recomendaciones que orientan hacia pautas de atención correctas y respetuosas con los derechos de los residentes. Y la otra el SERA, Sistema de Evaluación de Residencias de Ancianos, de Rocío Fernández Ballesteros. Éste es un sistema de evaluación ambiental que consta de 9 instrumentos, que tienen en cuenta distintos aspectos contextuales, personales e interactivos considerados relevantes en centros residenciales para personas mayores.



En lo que se refiere a la herramienta del SIIS, los resultados del estudio han sido (promedio de cumplimiento de cada uno de los derechos – Intimidad, Dignidad, Independencia, Satisfacción, Libertad de Elección y Conocimiento y Defensa de sus Derechos):

Las 235 recomendaciones se recogen en una matriz dividida en cuadrantes, en la que en la parte de la izquierda se recogen cada uno de los derechos que se cruzan con los aspectos organizativos del centro que aparecen en la parte superior.

Con respecto a los resultados del SERA, aunque se ha pasado la herramienta completa, aquí únicamente se muestran algunos de los ítems que más directamente afectan a la Garantía de los Derechos de los Residentes, por lo que son factores de impacto que determinan la calidad asistencial.

DIMENSIONES	P.T.	MEDIA
Tolerancia a la desviación	51	50
Control de los residentes	45	50
Claridad organizativa	58	50
Intimidad	42	50
Integración en la comunidad	36	50

Como conclusiones generales decir que en los últimos años ha habido un importante avance en los modelos de atención, afectando esto de manera positiva al cumplimiento de los derechos de los residentes. Sin embargo debe reconocerse que es un proceso lento, que exige un cambio de actitud en la forma de trabajar y por lo tanto también una voluntad de cambio, así como formación relacionada. Es esencial desde este punto de vista que se realice una labor de sensibilización, centrada en la compaginación de los derechos de los usuarios con los requerimientos de la organización orientando ésta al cliente. Uno de los restos de los Servicios de Atención es y será sensibilizar, promover y alcanzar el máximo nivel de Garantía de Derechos.

5.6. Abuelas cuidadoras: ¿esclavas y felices?

Graciela Susana Bosca
Mancomunidad SS Las Vegas

Introducción

La rápida evolución de la sociedad en su totalidad supone la modificación día a día tanto en las estructuras familiares como en su reparto de roles. También el concepto de anciana y abuela está presentando importantes cambios dentro de estas nuevas configuraciones familiares.

Han sido los abuelos y abuelas quienes tradicionalmente y de manera secundaria, cuidaban de sus nietos y nietas en momentos puntuales en que ambos padres no podían realizarlo.

Este papel continúa y deben ejercerlo más activamente, debido a distintos, variados y nuevos problemas familiares (familias uniparentales, madres adolescentes, divorcios, adicciones, violencia doméstica etc). Asimismo, el actual ritmo de vida y que los padres trabajen al mismo tiempo, presenta en sí, la situación de a quien confiar el cuidado de sus propios hijos.

Ya sea por cuestiones socioeconómicas y/o culturales la pareja suele delegar estos cuidados, no secundariamente, sino durante la mayor parte del día y en forma continuada en los abuelos y preferentemente en la figura femenina, antes que en otras personas ajenas o no a su núcleo familiar.

Ser abuelo o abuela no depende de las propias decisiones sino de las de otros y otras. Sus derechos y obligaciones se presentan como poco claros, dependiendo de diversas circunstancias vitales y sociales (aspectos salud, vivienda, economía etc.). Todo esto podría crear expectativas ciertas o no en el resto de la familia respecto al ejercicio de su rol, existiendo así oportunidades de conflicto y ambivalencia en las relaciones familiares intergeneracionales.

En los últimos años se ha incorporado el modelo de “solidaridad intergeneracional”, introduciendo la posibilidad de que las relaciones entre familiares de diversas edades sean positivas en sí mismas, pero también puedan acrecentar las oportunidades para el conflicto, con expectativas y motivaciones ambivalentes.

Objetivos

Generales

- Reconocer a las abuelas como posible recurso de conciliación entre la vida familiar y laboral.
- Observar las características y las circunstancias en las que se produce el cuidado de los nietos y nietas por parte de sus abuelas.

Específicos

- Identificar la existencia del sector de la población de abuelas cuidadoras de nietos y nietas menores de 12 años de la localidad y aledaños de San Martín de la Vega - Madrid.
- Analizar las consecuencias del cuidado de niños y niñas en las mujeres mayores.
- Detectar la tendencia y/o existencia del "Síndrome de la abuela esclava".

Metodología

Método de recogida de la información: entrevista personal o telefónica, con cuestionario estructurado y precodificado, de aproximadamente 20 minutos de duración.

El diseño de la encuesta esta basado en diversos protocolos. Resulta similar a la utilizada en un estudio realizado por la Universidad Autónoma de Madrid/Instituto de la Mujer 2005/2006 por la Prof. Lourdes Pérez y su equipo, a la que se ha solicitado la debida autorización, aunque ensamblando algunas preguntas vinculadas a maltrato.

Conclusiones

Por la presente investigación se ha logrado descubrir como las personas mayores (en abuelidad) logran compaginar de una manera u otra, los diversos aspectos de su vida personal, social, familiar, al realizar el cuidado de los y de las nietas. La educación, la transmisión de valores y tradiciones, el disfrute de los mas pequeños y pequeñas, son algunas de las funciones que les encontramos realizando. De acuerdo a como sea su rol -interpretado por ellas mismas y recibido por las y los nietos y por sus propios padres -podrá repercutir, positiva o negativamente en dicho papel, retroalimentándolo.

Valorando sus prioridades (por ejemplo, si este compromiso de cuidado no resulta voluntario, si no logran realizarlo sin descuidar su propia salud y realidad) se puede definir el nivel de satisfacción con la propia vida. No se observan marcadas tendencias ni la existencia del "Síndrome de la abuela esclava". Esta es una enfermedad que afecta a mujeres maduras sometidas a una sobrecarga FISICA y EMOCIONAL y que origina graves y progresivos desequilibrios, tanto somáticos como psíquicos. Según la OMS. se trata de una situación de abuso y/o malos tratos hacia las mujeres. Desde un punto de vista subjetivo, se detecta que se ven a sí mismas como con algún signo de "autoesclavización".

Referencias

- Bazo M.T y Sanmartín J. "Perfil de la persona mayor víctima de violencia": en (coord.); El laberinto de la violencia, Barcelona, Ariel. 2004.
- Guijarro M A. El Síndrome de la Abuela Esclava. Pandemia del Siglo XXI: Grupo Editorial Universitario; Granada, (2001).
- Percepciones sociales sobre las personas mayores. Observatorio de personas mayores-IMSERSO 2002.
- Informe Voces Ausentes. Opinión de las personas mayores sobre el maltrato al mayor: Organización Mundial de la Salud. Red Internacional para la prevención del maltrato al mayor (INPEA); Organización Mundial de la Salud. Ginebra., 2001.
- Libro Verde Luxemburgo. "Frente a los cambios demográficos, una nueva solidaridad entre generaciones"; Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, (2005).
- Pérez Ortiz L. Las abuelas como recurso de conciliación entre la vida familiar y laboral: Presente y futuro. Universidad Autónoma de Madrid/ Instituto de la Mujer; (2005/6).
- Sánchez M, Buz J, Bueno B, y Navarro A. Abuelas, abuelos... y nietos: vinculación intergeneracional. (2007).

5. Comunicaciones

- López F. En Otras infancias, nuevos dilemas: la escuela infantil y las diferencias; Ed. Graó. Barcelona. p. 183-194.
- Sánchez del C F, García-A S, Pajares G, Otero A, Ruipérez I. «Estudio cualitativo SEGG. IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano». Revista Española de Geriatría y Gerontología; 39:64-85. 2004.
- Triadó C, Villar Posada F. El rol del abuelo: cómo perciben los abuelos las relaciones con sus nietos; Revista Española de Geriatría y Gerontología, 30-36. 2000. 35 (Supl.2).
- Vega J. L. Las relaciones entre generaciones: Ed. F. Vicente Castro; Psicología de la Educación y del Desarrollo: Infad; Badajoz, 1992 (p. 25-34).

5.7. Análisis de la satisfacción como herramienta de mejora de los servicios de atención a personas mayores

*Fernández Velasco E; Alberdi Alfonso N.
Matia Ingema UTE*

Contextualización: Estrategias de mejora adoptadas por el Ayuntamiento de Madrid

En la línea del compromiso adoptado por todos los poderes públicos para promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales, el Ayuntamiento de Madrid ha apostado especialmente por la mejora progresiva de la calidad de sus servicios de atención a personas mayores. Para ello, en los últimos años se ha adoptado una línea de trabajo que pretende la garantía o aseguramiento de unos estándares de calidad en la provisión de todas sus prestaciones.

El apoyo a las entidades prestadoras de los servicios con objeto de que éstas también caminen hacia la mejora continua, es una de las medidas tomadas por el Ayuntamiento de Madrid. Para ello, es preciso que ambas partes se guíen por una gestión integral basada en la toma de decisiones a partir de evidencias, y vayan de la mano en el planteamiento de compromisos, en el establecimiento de procedimientos, en las instrucciones de trabajo, así como en el registro de los datos.

El motivo fundamental de este planteamiento es que el resultado final tanto de las medidas tomadas por la Administración, como por las empresas prestadoras de los servicios, es siempre la satisfacción de las necesidades del destinatario de forma eficaz y eficiente, y ambas entidades comparten un grupo de interés común que es el usuario del servicio.

Una de las medidas tomadas por el Ayuntamiento de Madrid en el último año ha sido la valoración de la percepción de los clientes o usuarios a través de la medición y evaluación del grado de satisfacción de los mismos, con el fin de revertir los resultados en la mejora continua de los servicios y, por consiguiente, en la satisfacción de los usuarios. Matia-Ingema U.T.E. ha sido la entidad encargada del desarrollo de esta área de medición y mejora.

Área de medición y mejora

Desde Matia-Ingema, de la mano del Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid, se está trabajando en la medición y el análisis de la satisfacción de todas las prestaciones que componen la cartera de servicios de atención a personas mayores del Ayuntamiento. A lo largo del último año se ha analizado la valoración, entre otros, de los siguientes servicios:

1. Centros de Día Municipales
2. Servicio de Ayuda a Domicilio
3. Servicio de Comida a Domicilio
4. Ayudas Técnicas (Camas articuladas y grúas geriátricas)

Para la valoración de la satisfacción de los usuarios de cada uno de los servicios se han utilizado diversas herramientas diseñadas al efecto. En todo caso, el instrumento elegido ha sido siempre el cuestionario, cuyos indicadores han estado determinados por las particularidades de cada servicio y de los usuarios que los reciben, ya que el diseño de estos indicadores es la clave para conocer o identificar los requisitos de los clientes, así como para determinar la validez de los procesos internos ante dichos requisitos y expectativas.

Cada uno de los cuestionarios diseñados recoge la valoración de los usuarios a la prestación íntegra del servicio, desde competencias técnicas de los profesionales, hasta infraestructuras o características de organización y funcionamiento. Su validez ha sido sometida a pruebas piloto en todos los casos, y se han adaptado las variables cuando se han evidenciado exigencias. Todos los cuestionarios están compuestos por variables para cada una de las áreas a valorar en una escala de 0 a 10. Adicionalmente, siempre se consultan y recogen las sugerencias de los entrevistados, por considerarse un aspecto muy revelador de la opinión de los usuarios.

La pasación de los cuestionarios ha sido realizada por un equipo de profesionales de Matia-Ingema a través de entrevistas presenciales o telefónicas, siempre adaptando la metodología a los objetivos y las particularidades de cada uno de los servicios. Las encuestas han sido orientadas a los propios usuarios, o a sus familiares ante imposibilidad del uso del instrumento en los usuarios, como es el caso de personas con deterioro cognitivo importante. Por otro lado, la selección de la muestra también se encuentra en relación con el recurso evaluado, siendo el objetivo un nivel de confianza de un $\pm 95\%$ y un margen de error de $\pm 3\%$.

Resultados globales del proceso de evaluación

Si nos centramos en las puntuaciones obtenidas del análisis de la satisfacción de todos los servicios, podemos concluir, a rasgos generales, que las prestaciones del Ayuntamiento de Madrid son valoradas positivamente por los usuarios, lo cual puede ser un síntoma de la buena salud que gozan los servicios. A pesar de esto, también se han localizado algunas áreas especialmente débiles, lo cual ha generado la necesidad de establecer acciones de mejora ante las reveladas como menos satisfactorias.

A pesar de la diversidad de los servicios analizados, todos los cuestionarios contienen y están organizados basándose en los siguientes rasgos generales:

- Prestaciones del servicio
- Organización y funcionamiento
- Personal
- Satisfacción global/Recomendación del servicio
- Sugerencias

Concretamente, los indicadores que componen los instrumentos utilizados en cada uno de los servicios, son los siguientes:

Centros de Día Municipales	Servicio de Ayuda a Domicilio	Comida a Domicilio	Ayudas Técnicas
Horarios	Ayuda en ABVD	Calidad de los alimentos	Ayuda en ABVD
Transporte	Nº horas servicio	Adecuación nutricional	Calidad
Organización y funcionamiento	Tipos de tareas	Variedad del menú / Periodicidad cambios	Ligereza
Trato y actitud de profesionales	Cambios de auxiliares	Presentación	Facilidad en la limpieza
Vigilancia de la salud	Cumplimiento de horario/puntualidad	Cantidad	Seguridad
Actividades para el usuario/familiares	Información facilitada	Repartos	Mantenimiento
Información facilitada	Trato y actitud de profesionales	Puntualidad y horarios	Respuesta ante incidencias
Cuidado de la higiene / Rapidez ante necesidad	Competencia técnica profesionales	Información facilitada	Rapidez en adjudicación/instalación

5. Comunicaciones

Alimentación	Respuesta ante incidencias	Menús especiales	Información facilitada
Limpieza e instalaciones	Rapidez en adjudicación	Trato y actitud de los profesionales	Trato y actitud de profesionales
Opinión general	Opinión general	Recomendación del servicio	Competencia técnica profesionales
Recomendación del servicio	Recomendación del servicio		Opinión general

Los interlocutores de cada uno de los procesos han sido determinantes a la hora de identificar y minimizar en la medida de lo posible los sesgos que pudieran aparecer de la consulta a personas mayores en situación de riesgo, o a los familiares de los mismos. Independientemente, las entrevistas han sido dirigidas principalmente a los propios usuarios del servicio, salvo cuando no ha sido posible por deterioro cognitivo de los mismos (fundamentalmente usuarios de centros de día o de ayudas técnicas).

Centros de Día Municipales y Concertados	Servicio de Ayuda a Domicilio	Comida a Domicilio	Ayudas Técnicas
Dirigidas a:			
Entrevistados CD Municipales: - 100% cuidadores	Entrevistados: - 60,41% usuarios - 11,44% beneficiarios - 28,15% cuidadores	Entrevistados: - 95,68% usuarios - 4,32% cuidadores	Entrevistados: - 9,8% usuarios - 90,2% cuidadores

A la luz de los resultados, se puede concluir lo siguiente:

- Todos los servicios de atención a personas mayores del Ayuntamiento de Madrid son recomendados por sus usuarios a otras personas en más de un 80%, siendo el menos recomendado el Servicio de Comidas a Domicilio (82,5% del total de entrevistados); y los Centros de Día Municipales los más recomendados (94,2%).

- La opinión general de los servicios está en todos los casos por encima del 8, siendo sobre Ayudas Técnicas la más destacable con una media de 9,10, y seguida por la Ayuda a Domicilio con un 8,57.

En este sentido, es preciso tener en cuenta la distancia que existe entre uno y otro servicio en cuanto a las prestaciones del mismo, dado que el Servicio de Ayudas Técnicas no deja de consistir en la instalación de una cama y/o grúa de calidad (8,95) que, aunque suele suponer una ayuda importante para la realización de las ABVD (9,20), no lleva asociado la prestación de servicios que caracteriza, por ejemplo, a la Ayuda a Domicilio.

- El trato y la actitud de los profesionales ha sido uno de los aspectos valorados más positivamente por los entrevistados, tanto por los familiares como por los usuarios. En todos los servicios el trato es valorado con puntuaciones entre el 8,30 (coordinadores de SAD) y el 9,09 (Ayudas Técnicas), salvo en el servicio de Comidas a Domicilio que destaca con un 7,99. Esta última valoración, dirigida por los usuarios a los repartidores del servicio, pone en evidencia un pequeño déficit de la prestación que posiblemente, y a la luz del resto de resultados, tenga que ver con la rapidez con que se suelen producir los repartos. Esto, unido a que las personas que contestaron a la encuesta sobre el servicio de comidas fueron mayoritariamente usuarios, refleja la importancia de actitudes de escucha activa por parte de los profesionales en la percepción final de los usuarios. Del mismo modo, en los servicios en que se ha valorado la competencia de los profesionales además de su trato y actitud, lo primero ha sido estimado con puntuaciones más bajas que lo segundo.

Por otro lado, se valora positivamente la fidelidad que se crea entre los usuarios y los profesionales, como se refleja en el 3,53 con que son valorados los cambios de auxiliares cuando éstos se producen en el Servicio de Ayuda a Domicilio.

- La alimentación, que suele ser un punto crítico en la percepción de los usuarios, continúa siéndolo en los servicios de atención a personas mayores del Ayuntamiento de Madrid. Esto ha podido observarse tanto en las puntuaciones obtenidas en los Centros de Día (6,97), como en determinados aspectos del Servicio de Comida a Domicilio (calidad de los alimentos, variedad según la estación del año y periodicidad del cambio, todos puntuados entre el 6,5 y el 7).

5. Comunicaciones

A grandes rasgos, los resultados obtenidos para cada uno de los servicios han sido los siguientes:

	Fortalezas		Áreas de Mejora	
Centros de Día Municipales	- Trato y actitud de los profesionales	8,86	- Alimentación	6,97
	- Limpieza e instalaciones	8,72	- Actividades para la familia	6,98
Servicio de Ayuda a Domicilio	- Trato recibido por parte del auxiliar	8,81	- Valoración de los cambios de auxiliar	3,53
	- Beneficio/Ayuda que le supone el servicio	8,52	- Número de horas de servicio que recibe	7,30
Servicio de Comidas a Domicilio	- Presentación de la comida	8,04	- Información ante cambios de horarios/entregas	6,28
	- N° de repartos semanales	8,02	- Periodicidad en el cambio de los menús	6,58
Ayudas Técnicas (Camas articuladas y grúas geriátricas)	- Ayuda al usuario en AVBD	9,20	- Rapidez en la adjudicación desde su solicitud	4,50
	- Trato recibido por parte de los profesionales	9,09	- Información acerca del funcionamiento	8,43

Conclusiones

La medición de la satisfacción de los grupos de interés, especialmente de los clientes externos de las entidades prestadoras de los servicios, es prioritaria para conocer la percepción de todas las partes y revertir los resultados en acciones concretas de mejora de los servicios. En este sentido, el proceso de escucha, recogida y medición de la voz de los usuarios iniciado por el Ayuntamiento de Madrid, ha permitido obtener radiografías completas de todos los servicios, que en la actualidad están concretándose en acciones de mejora en la gestión y prestación del servicio de las entidades.

Los resultados obtenidos para cada uno de los indicadores analizados, así como de las sugerencias manifestadas por los usuarios, ponen en evidencia la necesidad de continuar el esfuerzo iniciado hacia la mejora, teniendo siempre presente que el objetivo es el cliente y su calidad de vida y atención.

5.8. Adaptaciones geriátricas: medidas que promueven la autonomía personal en domicilio

García Echave, C; Romero Chaparro, R; Giménez Díaz-Oyuelos, P; Martín Tejedor, F.
Dirección General de Mayores
Ayuntamiento de Madrid

Introducción

La adaptación funcional de las viviendas de los mayores y la utilización de ayudas técnicas adquieren interés como medidas que favorecen la autonomía personal en el propio domicilio, que dan apoyo en la atención a los cuidadores informales y que evitan institucionalizaciones de los mayores con algún tipo de discapacidad funcional.

El Ayuntamiento de Madrid ofrece ayudas económicas, a los mayores de 65 años del municipio, para la realización de adaptaciones en el domicilio. El proceso de gestión de estas ayudas incluye, entre otros requisitos, la valoración de la vivienda y del usuario, a fin de obtener datos que determinen la adaptación geriátrica y/o ayudas técnicas más adecuadas a cada necesidad.

Para la realización de dicha valoración, la Dirección General de Mayores, junto con la Agencia para el Empleo del Ayuntamiento de Madrid, inició en 2005 el programa de “Valoración de las necesidades para la realización de adaptaciones geriátricas en el domicilio de las personas mayores”.

El programa establece un protocolo de valoración basado, principalmente, en el estudio del nivel de autonomía personal (medido por la escala de Barthel), de la modalidad de convivencia, del estado funcional del cuidador principal y del estado de la vivienda (detección de barreras arquitectónicas). Los resultados de esta valoración determinan uno u otro tipo de intervención.

El cuestionario de valoración del programa recoge datos de convivencia, estado de la vivienda, recursos sociales de apoyo, valoración de discapacidades y nivel de autonomía funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, medido con las Escalas de Barthel y Lawton.

Protocolo de actuación

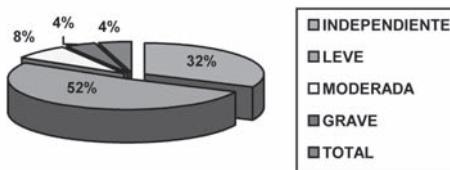
El protocolo de actuación es el resultado de combinar el binomio situación convivencial y grado de dependencia en actividades de la vida diaria. Las indicaciones propuestas se recogen en el cuadro siguiente:

dificultad situación	ALIMENTACION		BAÑO		VESTIDO		ASEO		
	Dependiente	Independiente	Dependiente	SAD (Actuación cuidador ind)	Dependiente	AYUDAS TÉCNICAS PARA EL VESTIDO	AYUDAS TÉCNICAS PARA EL ASEO		
VIVE SOLO	AYUDAS TÉCNICAS PARA LA ALIMENTACION	TABLA DE BAÑO ASIDEROS	SAD (Actuación cuidador ind)	ASIDEROS ASIENTOS BAÑERA O DUCHA	AYUDAS TÉCNICAS PARA EL VESTIDO	AYUDAS TÉCNICAS PARA EL ASEO			
CUIDADOR INDEPENDIENTE				SAD (Actuación cuidador ind)					
CUIDADOR DEPENDIENTE				MODIFICACIÓN ENTORNO					
dificultad situación	USO RETRETE		TRASLADOS		DEAMBULACION		ESCALERAS		
	Ayuda	Depen.	Mínima Ayuda	Gran ayuda	Dependiente	Ayuda	dependiente	Ayuda	dependiente
VIVE SOLO	BARRAS DE APOYO ELEVADOR INODORO	BARRA APOYO PÁNALES	ANDADOR Y AYUDA PARA INCORPORARSE TABLA TRANSFERENCIA	A. PARA INCORPORARSE TABLA TRANS. DISCO, CATA PULTA GRÚA TRANSFER.	SAD + CAMA ARTICULADA (misma actuación que en cuidador independiente)	GRUA CAMA ART.	ASIDEROS, ANDADORES TRÍPODE	SILLA DE RUEDAS CAMA ARTICULADA COLCHÓN ANTIESCARAS	-ASIDEROS O PASAMANOS -RAMPA PORTÁTIL (acceso a portal)
CUIDADOR INDEPENDIENTE									
CUIDADOR DEPENDIENTE									

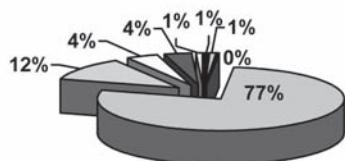
En base a este protocolo, nos planteamos como objetivo analizar si las indicaciones de adaptaciones geriátricas en los domicilios de los mayores valorados, están relacionadas con el grado de dependencia funcional de los mismos.

Para efectuar el estudio, se analizan 2.236 cuestionarios, realizados en los domicilios de las personas mayores incluidas en el programa durante el año 2007.

El estudio de las valoraciones determina que el 70% de los usuarios que solicitan ayudas para adaptación de la vivienda, son mujeres. En relación al nivel de dependencia, el 32% de los usuarios es independiente, el 52% tiene una dependencia leve, y el 16% presenta una dependencia moderada, grave y total.



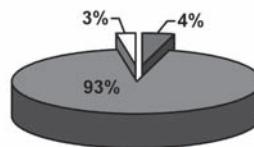
De las 5.344 adaptaciones geriátricas indicadas, 1.866 (35%) fueron modificaciones del entorno y 3.478 (65%) ayudas técnicas, y se distribuyeron por áreas de Barthel y por áreas de vivienda, tal y como reflejan los siguientes gráficos:



■ ALIMENTACIÓN
■ ASEO
■ USO RETRETE
■ DEAMBULACIÓN

■ VESTIDO
■ BANO
■ TRASLADO SILLÓN CAMA
■ SUBIR ESCALONES

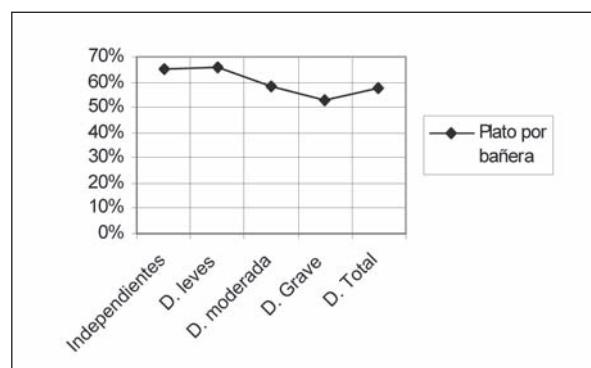
% de distribución por áreas de Barthel



■ COCINA ■ BAÑO ■ VIVIENDA

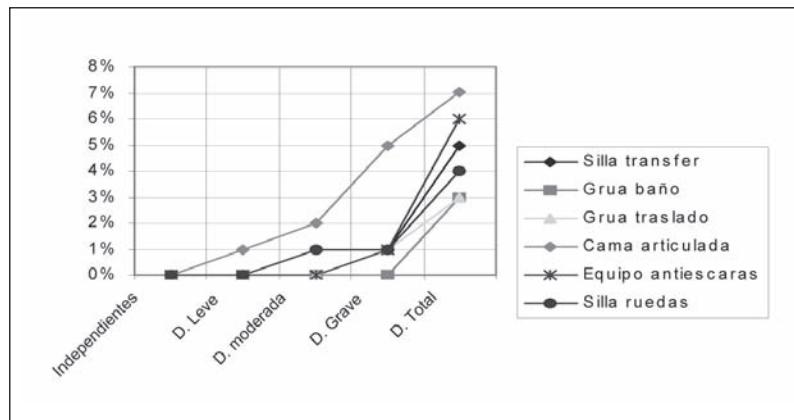
% de distribución por áreas de vivienda

El mayor porcentaje, de todas las adaptaciones indicadas, correspondió al área del baño, con una distribución inversamente proporcional al nivel de dependencia funcional, de forma que, a mayor dependencia funcional, menor indicación de adaptaciones; ello tiene su explicación por el carácter preventivo de estas indicaciones.



Modificaciones del entorno

En el área de traslado o deambulación, el porcentaje de las indicaciones es directamente proporcional al nivel de dependencia, lo que determina su carácter paliativo. Estos datos se reflejan en la gráfica siguiente:



Ayudas técnicas

El análisis del porcentaje de ayudas indicadas, en relación al nivel de dependencia del usuario, demuestra que los mayores que más indicaciones de ayuda reciben tienen una dependencia leve; sin embargo la media de ayudas por usuario (4,09) corresponde a aquellos que presentan dependencia funcional grave.

Total adaptaciones	Independiente	D. Leve	D. Moderada	D. Grave	D. Total
%Sobre total de ayudas	25%	55%	9%	6%	5%
media de ayudas por usuario	2,67	3,28	3,6	4,09	3,4

Conclusiones

- Las indicaciones de ayudas técnicas y adaptaciones del hogar son adecuadas en los usuarios valorados y se confirman como recursos que promueven la autonomía en mayores independientes y que compensan los déficits a los mayores más dependientes.
- El mayor porcentaje de adaptaciones geriátricas indicadas recae en usuarios independientes o dependientes leves, hecho que promueve la autonomía personal en el domicilio.
- Las modificaciones o ayudas técnicas en los mayores independientes, se realizan en un alto porcentaje en el área del baño, lo que les confiere un carácter preventivo.
- Las indicaciones a usuarios dependientes están orientadas al área de movilización transferencias como medida de apoyo, fundamentalmente, a los cuidadores.

5.9. El Observador en la comprensión del programa psicoterapéutico “Cuidar al Cuidador”

García Carpio MS, Martín Diez MC, Tena-Dávila MC, Serrano Garijo P, Martín Tejedor F.

Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo

Dirección General de Mayores

Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales

Ayuntamiento de Madrid

Introducción

La formación de profesionales, de distintas disciplinas, para conocer y afrontar la situación del cuidador sobrecargado, es uno de los retos de la sociedad actual. Un aspecto que refuerza la formación es la incorporación de observadores en los grupos psicoterapéuticos. Ser observador supone varias ventajas en el ámbito formativo como: conocer y examinar la dinámica de un grupo real, permanecer en él sin las responsabilidades de su conducción y conocer las situaciones vivenciales del cuidador en primera línea.

La DGM, en su Programa Cuidando al Cuidador, y desde el 2006, ofrece la posibilidad de ser observadores a trabajadores sociales de los distritos.

Es importante que el trabajador social para realizar adecuadamente su papel de observador adquiera una serie de compromisos al incluirse en el grupo:

- No incorporarse a los grupos una vez iniciadas las sesiones psicoterapéuticas de los mismos.
- Comprometerse a asistir a todas las sesiones en las que desarrolla el trabajo psicoterapéutico.
- Comprometerse a guardar el secreto profesional sobre la intimidad de los participantes en el grupo.
- Mantener una posición física relativamente distante del grupo, ya que, no son miembros del grupo y deben poner especial cuidado en no interferir en la marcha del mismo.

Objetivos

Objetivar y verificar los perjuicios o beneficios reales que ha supuesto, para la práctica profesional del TS participar como observador en los grupos del Programa Cuidando al Cuidador.

Describir la información y elementos de reflexión que aporta esta figura para el resto del equipo y al Programa.

Metodología

Se realiza un análisis cualitativo, a través de cuestionario abierto, a los TS que han participado (n= 13), interrogando sobre aspectos de su rol como observador en el grupo, su repercusión profesional, su comprensión sobre el programa y el cuidador:

Cuestionario

1. Vuestra participación como observadores os ha hecho comprender mejor el programa?
2. ¿Os ha sido difícil substraeros de vuestro papel de TS activo, que conoce a los integrantes del grupo, y asistir en calidad de observadores?
3. ¿Pensáis que vuestra asistencia ha podido alterar la dinámica del grupo?
4. ¿Os ha servido para conocer mejor las manifestaciones y afrontamientos del estrés del cuidador?
5. El grupo ha entendido bien vuestro papel o ha precisado aclaraciones frecuentes?
6. ¿Propondríais esta práctica a vuestros compañeros?
7. Observaciones y propuestas

Resultados

El 43,5% de los distritos han tenido TS como observador.

Todos han mejorado su conocimiento del programa, perfil de los candidatos, dinámica de los grupos, constitución y consolidación, evolución y los diferentes mecanismos de adaptación de los cuidadores. Ha sido una experiencia enriquecedora e interesante al

observar las manifestaciones individuales y grupales, y conocer los mecanismos de resistencia al cambio.

Todos opinan que es una experiencia recomendable para los Trabajadores Sociales por permitir ver al usuario desde otra perspectiva diferente a la que muestran en entrevista individual y tener herramientas para mejorar la selección de cuidadores candidatos a estos programas.

Con relación al PROGRAMA

1. **¿Vuestra participación como observadores os ha hecho comprender mejor el programa?**

GENERALIDADES	PARTICULARIDADES	CONCLUSIONES
<p>La respuesta es positiva en todos los casos, ayudando a conocer mejor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El programa - El desarrollo del trabajo con grupos - La evolución de los grupos y su consolidación 	<p>"In situ" es la mejor manera de conocer la filosofía de un programa</p>	<p>Mejora la compresión del programa a pesar de tener un conocimiento amplio del mismo previamente.</p>

En relación con el ROL DE OBSERVADOR

2. **¿Os ha sido difícil substraeros de vuestro papel de TS activo, que conoce a los integrantes del grupo, y asistir en calidad de observadores?**
3. **¿Pensáis que vuestra asistencia ha podido alterar la dinámica del grupo?**
4. **El grupo ¿ha entendido bien vuestro papel o ha precisado aclaraciones frecuentes?**

GENERALIDADES	PARTICULARIDADES	CONCLUSIONES
<ul style="list-style-type: none"> - Ho ha habido dificultad en separar el papel de TS del de observador. - La asistencia a los grupos no ha alterado la dinámica de los mismos. - No han sido necesarias aclaraciones acerca de su presencia en el grupo. 	<p>La información previa a los miembros del grupo y a los mismos TS del papel del observador hace que no interfiera su asistencia al desarrollo del mismo.</p>	<p>El introducir la figura del observador no afecta al normal desarrollo de la terapia grupal, ni cohíbe a los cuidadores a la hora de expresar sus sentimientos, emociones y opiniones</p>

Con relación a LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

5. ¿Os ha servido para conocer mejor las manifestaciones y afrontamientos del estrés del cuidador?

GENERALIDADES	PARTICULARIDADES	CONCLUSIONES
<p>La respuesta es positiva en todos los casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permite ver al cuidador desde otra perspectiva diferente a la que da el trabajo en el despacho. - Ayuda a comprender como la sobrecarga afecta de tal manera al cuidador que le impide pedir ayuda de manera adecuada. 	<p>Todos los cuidadores tienen capacidades, a veces desconocidas, para afrontar situaciones difíciles, y mecanismos de resistencia al cambio que hay que trabajar.</p>	<p>Ayuda al TS en su trabajo cotidiano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permite reconocer mejor el perfil del cuidador sobrecargado - Permite reconocer las manifestaciones de la sobrecarga y mecanismos de afrontamiento

DESDE EL PUNTO DE VISTA PROFESIONAL

6. ¿Propondrías esta práctica a vuestros compañeros?

GENERALIDADES	PARTICULARIDADES	CONCLUSIONES
<p>La respuesta es afirmativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permite conocer y comprender mejor al usuario con el que se trabaja día a día. 	<p>Les permite formarse para el trabajo tanto individual como grupal con usuarios de estas características.</p>	<p>Es recomendable que el mayor número de TS fueran observadores de estos grupos por los beneficios que reportan profesionalmente.</p>

DESDE EL PUNTO DE VISTA INTERPROFESIONAL

7. Observaciones y propuestas

DEBILIDADES	MEJORAS
<ul style="list-style-type: none"> - La figura del TS como observador puede cohibir en algunos casos a los psicólogos que dirigen el grupo. - La duración limitada del programa 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento profesional, explicación de las competencias de cada profesional que desarrolla el papel de observador. - Dar continuidad al programa en el tiempo

Conclusiones

- En aquellos distritos que ha tenido TS como observador ha supuesto:
- Una experiencia formativa de primer orden.
- Mejora la comprensión del usuario cuidador sobrecargado y su demanda.
- Mejor selección e identificación de los cuidadores.
- Mayor motivación e implicación.
- Mejor comprensión de la problemática de los mayores y situación de los cuidadores.

5.10. Detección de casos de posible maltrato en mayores de 65 años a través de informes de actuación de Samur Social

Serrano Garijo, P; Tena-Dávila Mata, MC; González Molina, M; Martín Díez, MC; Arellano Torre, JC; Martín Tejedor, F.

Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo. Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid

Introducción

El maltrato en términos generales hace referencia a actos u omisiones que produzcan daño a la persona desde el punto de vista físico, psíquico o vulnere sus derechos fundamentales.

Las personas mayores son especialmente vulnerables, sobretodo en aquellas situaciones en las que se da dependencia, fragilidad, deterioro cognitivo y aislamiento social entre otras.

La detección del maltrato es difícil por las múltiples barreras que la obstaculizan. SAMUR SOCIAL por la especialidad de su trabajo es una buena fuente de captación.

Objetivo

El objetivo de esta investigación es conocer la realidad de la autonegligencia y el maltrato entre un grupo de mayores especialmente vulnerables que son los que han precisado intervención de Samur Social.

Se pretende:

- Estudiar el perfil y las características asociadas a la conducta autonegligente.
- Analizar tipología, frecuencia y perfil de los afectados por malos tratos.

Material y método

Se recogen los datos de 113 informes recibidos de intervenciones de Samur Social a >65 años en el periodo de enero a mayo de 2008, teniendo en cuenta las señales que alertan de los distintos tipos de maltrato y autonegligencia, en concordancia con la bibliografía sobre el tema. Se excluye el maltrato psicológico ya que contra informe no se ha podido analizar; y otros tipos, como el económico, que por el escaso número detectado no es representativo.

Señales de alerta:

- Negligencia: úlceras por presión, suciedad, malnutrición, vestimenta inadecuada, falta de seguridad por condiciones de la vivienda...
- Abandono: abandono de la persona mayor en una gasolinera, en la calle, hospital o en el propio domicilio...
- Maltrato físico: hematomas en diversas fases de curación, heridas, quemaduras, fracturas, marcas de ataduras, dolor al ser tocado...
- Autonegligencia: el comportamiento del mayor amenaza su propia salud o seguridad manifestándose por negarse a proveerse de una alimentación adecuada, vestido, vivienda, higiene y medicación.

Resultados

En el 60% de los informes analizados se identifica maltrato (36 casos) o autonegligencia (31 casos).

Perfil del mayor autonegligente:

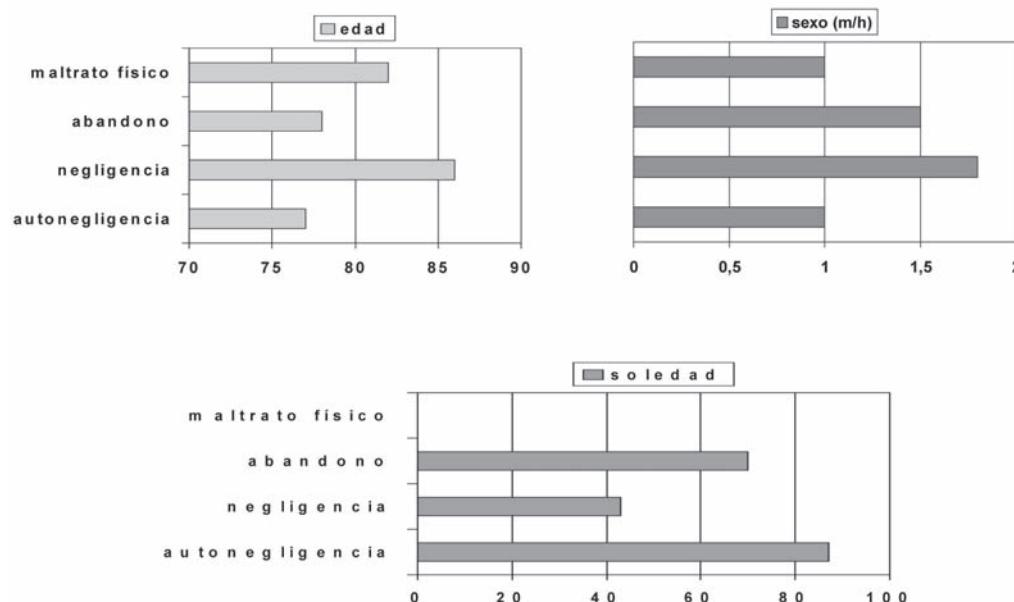
La proporción mujeres/ hombres es de 1/1 con una edad media de 77 años. Viven solos el 87%. La conducta autonegligente está asociada a alcoholismo en el 47% de los casos y a enfermedad mental o deterioro cognitivo en el 53% restante. El alcoholismo se da más en hombres con un 82% de los casos frente al 18% que se da en las mujeres, y la enfermedad mental o deterioro cognitivo en el 70% son mujeres frente al 30% que son hombres.

La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente (58,3%). Afecta más a las mujeres que en los hombres; de los casos analizados nos encontramos con 1,8 mujeres por cada hombre. En cuanto a la situación de convivencia un 57% viven acompañados y la edad media es de 86 años.

En mayores que sufren abandono (27,7% de los casos de maltrato) encontramos 1,5 mujeres por cada hombre, siendo la edad media de 78 años y viviendo solos el 70 % de ellos.

El maltrato físico (11,1% de los casos de maltrato) se da en igual proporción en hombres y mujeres, siendo la edad media de los afectados de 82 años y viviendo todos ellos acompañados.

Algunos datos comparativos:



La edad media del grupo de mayores que sufren posible maltrato es mayor que los que sufren autonegligencia.

El maltrato se da más en mujeres, en la autonegligencia se equiparan ambos sexos.

Viven solos el 46% de los maltratados y el 87% de los autonegligentes.

La autonegligencia suele ir acompañada de alcoholismo y deterioro cognitivo.

Conclusiones

SAMUR SOCIAL es una buena fuente de detección de casos de maltrato y autonegligencia en mayores.

Los tipos de maltrato más frecuentes, negligencia y abandono, llevan implícito la existencia de algún responsable de los cuidados, aunque no conviva en el mismo domicilio, siendo por lo tanto fundamental el trabajo con los cuidadores para prevenir que aparezcan estos problemas.

Es precisa la motivación y coordinación de todos los profesionales que trabajamos con personas mayores para prevenir, detectar y tratar precozmente los casos de malos tratos y autonegligencia antes de que se den situaciones graves en las que tengan que actuar los servicios de emergencias.

5.11. Los mayores y la UE. La herramienta de lucha contra la violencia y el maltrato: Programa Daphne

Ana M^a Hernández Fernández

Asociación Colombine CLM

Introducción

La edad a partir de la cual una persona puede considerarse “anciana” no está definida con precisión, lo que dificulta las comparaciones entre los estudios y entre los países. En las sociedades occidentales, generalmente se considera que la senescencia coincide con la edad de la jubilación (60 ó 65 años). Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo este concepto social basado en la edad de la jubilación no tiene mayor significado. En estos países son más importantes las funciones que se asignan a cada persona en las distintas etapas de la vida.

Aunque el maltrato de los ancianos se identificó por primera vez en los países desarrollados, donde se han realizado la mayoría de las investigaciones existentes, los hechos anecdotáticos y la información procedente de algunos países en desarrollo han demostrado que se trata de un fenómeno universal. Así pues desde la Unión Europea se han creado herramientas para luchar y prevenir la violencia que es ejercida sobre aquellos colectivos más desprotegidos, como es el caso de “los mayores”.

Objetivos

- Estudiar el trato que se le da a los mayores en la UE.
- Conocer la incidencia de las variables “envejecimiento y salud” en la UE.
- Analizar las herramientas de lucha contra la violencia con las que cuenta la UE.

Metodología

Analizar mediante el análisis documental los datos relacionados con los mayores y la UE, así como el Programa Daphne.

Conclusiones

El programa comunitario de salud pública apoya el tratamiento de los factores determinantes de algunas enfermedades graves que suelen manifestarse a edades más avanzadas (afecciones cardiovasculares, osteoporosis, etc.) De igual modo, la UE quiere garantizar una calidad de vida elevada para las personas mayores, que mejore sus condiciones de existencia y reduzca los niveles de morbilidad y discapacidad que padecen. Además, promueve un enfoque intersectorial a escala comunitaria, en el que se combinan e integran los esfuerzos de carácter asistencial, económico y social, con el fin de alcanzar un objetivo de conjunto: el envejecimiento sano. Dentro de este marco, se ha señalado una serie de desafíos fundamentales comunes, como son el acceso universal a una asistencia de calidad que no ponga en peligro la viabilidad financiera de los sistemas sanitarios, la gestión de las repercusiones económicas del envejecimiento y la garantía de unas pensiones adecuadas, sostenibles y adaptables. El envejecimiento de las sociedades se produce esencialmente por un descenso de las tasas de fecundidad y un incremento de la esperanza de vida. Un impacto adicional se deriva del denominado baby-boom, que ha conducido a la existencia de grandes diferencias en el tamaño de los grupos de edad. Los movimientos migratorios también pueden tener efectos sobre el proceso de envejecimiento. Mientras que el envejecimiento se convertirá en una tendencia cada vez más universalizada en las próximas décadas, existen grandes diferencias en términos del momento y la velocidad del cambio demográfico, los contextos sociales y económicos y la percepción de los desafíos que entraña. En el grupo de personas mayores de 60 años también se producirá un significativo aumento del número de «muy ancianos», es decir, de personas de 80 años o más. Mientras que, actualmente, las personas muy ancianas representan el 3% de la población europea, en 2050, en 11 de los antiguos 15 Estados miembros, al menos un 10% de la población tendrá 80 años o más. Las diferencias entre hombres y mujeres en relación con el envejecimiento son considerables. En Europa, la esperanza de vida de las mujeres es actualmente 6 años más alta que la de los hombres. En el grupo de 60 años o más, hay un 50% más de mujeres que de hombres. Más de un 70% de las personas de más de 75 años que viven solas son mujeres. No se espera que el proceso de ampliación de la Unión Europea tenga efectos significativos sobre el proceso de envejecimiento demográfico de la Unión. Con respecto al Programa europeo Daphne tendrá como objetivo contribuir a **proteger a los niños, los jóvenes y las mujeres y a las personas en riesgo de caer en el ámbito de la violencia**.

Referencias

Personas Mayores

- Bermejo JC . “Cuidar de las personas mayores dependientes”; Editorial Sal Térrea, Santander 2002.
- Carp, RM. “Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research” Nueva York, NY; Springer (2000).
- Crespo LM y López MJ. “El estrés en cuidadores de mayores dependientes: cuidarse para cuidar”, Editorial Pirámide; Madrid (2007).
- Iborra MI. “Violencia contra personas mayores”, Editorial Ariel; Barcelona (2005).
- Machione C. “Abusi contro gli anziani”. Editorial Rubbettino; Roma (2006).
- Muñoz TJ. “ Personas mayores y malos tratos”, Ediciones Pirámide; Madrid (2004).
- Nicoletti S. “Gli abbandonati. Un viaggio denuncia fra gli anziani e il loro mondo”. Editorial L’Autore libri Firenze, Firenze; Italia, 2007.
- Rubio GLM y Núñez CF. “Mayores en Casa”, Editorial Síntesis, Madrid, 2004.
- VV. AA. “Los derechos de las personas mayores, perspectivas sociales, jurídicas, políticas y filosóficas”. Editorial Dykinson; Madrid, 2006.
- VV. AA. “Construyendo el futuro: las personas mayores; una fuerza social emergente”, Alianza Editorial; Madrid, 2006.

Unión Europea

- De Vicente C. “Gli anziani in Europa. Sistemi sociali e modelli di welfare a confronto: 9° rapporto CER-SPI”, Editorial Laterza; Roma, 2000.
- Facchini C. “Anziani e sistemi di welfare. Lombardia, Italia, Europa: Rapporto Spi CGIL-Cadef”, Editorial Franco; Angeli, Milano (Italia), 2005.
- Garrido GMI. “La política social de la familia en la Unión Europea”. Dykinson. Madrid, 2000.
- Naldini M. “Le politiche sociali in Europa: Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy”, Editorial Carocci; Roma, 2006.

5.12. El Centro de día como agente en la detección del maltrato a mayores. A propósito de tres casos

González Docavo Francisca y Puente Andrés Pilar

Departamento de CD. Dirección General de Mayores

Ayuntamiento de Madrid

Introducción

El Centro de Día es un recurso socio sanitario de atención integral al anciano y a sus familias. El trabajo interdisciplinar que caracteriza al centro de día permite realizar una valoración completa del anciano detectando problemas sociales y/o sanitarios con amplia repercusión en su entorno. Es por ello necesario que el equipo del Centro de Día esté sensibilizado ante la aparición de signos que puedan hacer sospechar la existencia de un maltrato al mayor en cualquiera de sus formas: negligencia en los cuidados, maltrato físico, psicológico o ambos.

Objetivo

Analizar la actuación de los profesionales del centro de día ante casos de sospecha de negligencia o maltrato en el cuidado de los pacientes que acuden a este.

Material y método

Descripción cualitativa de los problemas detectados y de las intervenciones realizadas sobre tres pacientes, con sospecha de maltrato, que acuden a un Centro de Día especializado en Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, utilizando como base la Historia Clínica y Social.

Resultados

Primer caso: Abandono por parte del cuidador principal.

Desde el principio de su incorporación al Centro de Día se observa que la hija, que es la cuidadora principal, no parece estar muy implicada en el cuidado de la paciente que vive sola tutelada de lejos por ésta. Los principales signos que se detectan son:

- **Escasa higiene:** el día de la valoración en el centro ya se aprecia un aspecto descuidado. Con el paso del tiempo se observa una falta de aseo importante y escaso cambio de ropa; el centro se pone en contacto con la hija y esta declina su responsabilidad en el servicio de ayuda a domicilio que a su vez argumenta que la paciente no se deja cambiar tan frecuente como debiera y que en muchas ocasiones ya esta vestida cuando llega el auxiliar. Se habla con la hija para intentar que colabore en el aseo de su madre pero solo accede a asearla un día a la semana cuando acuda a verla. Se decide en reunión interdisciplinar asear a la paciente dos o tres veces en semana en el centro, para ello es necesario ocasionalmente utilizar algún tratamiento farmacológico.
- **Alimentación deficiente:** inicialmente la paciente tenía servicio de ayuda a domicilio para preparación de las comidas, en especial para el fin de semana. El equipo de auxiliares aprecia que los lunes tiene más apetito de lo habitual, tomando dos desayunos y repitiendo en la comida. Clínicamente se observa que está asténica, hipotensa y deshidratada, con pérdida de peso. Se decide aumentar la ingesta en el Centro de Día y observar; también se mantiene una entrevista telefónica con su hija y se comenta la situación explicando la necesidad de que la paciente no viva sola, informándole de las soluciones y recursos existentes, respiro familiar y residencias. Tarda más de 4 meses en solicitar el respiro familiar de fin de semana.
- **Falta de control por parte de atención primaria y especializada:** a su incorporación en el Centro de Día está pendiente de estudio del deterioro cognitivo desde hace más de un año, pero como el control de las citas lo llevaba la paciente no acudía a ellas; se indica a su hija que es ella la que debe llevar ese control a lo que argumenta que tiene sus propios problemas; se llega a un acuerdo, el Centro de Día asume el control del calendario de citas y se avisará a su hija para recordárselo. En varias ocasiones es necesario enviar a la paciente a urgencias desde el centro de día y la hija nunca acude al hospital a recoger a su madre, pidiendo que se dé una nota con la dirección para la ambulancia de vuelta.

Después de muchas intervenciones y de poner el caso en conocimiento de los servicios sociales, y ante la imposibilidad de asegurar unos cuidados mínimos en el domicilio, se procede a derivarla a una residencia específica para pacientes con demencia, en el momento en el que se dispone de una plaza vacante.

Segundo Caso: Sospecha de Maltrato Físico y Psicológico.

La paciente acude a la valoración con su esposo, minusválido físico, y un hijo que colabora diariamente en el cuidado de sus padres. Las relaciones del matrimonio eran malas, no conviviendo hasta que a ella le diagnosticaron la enfermedad dos años antes.

Se detecta:

- **Trastornos de conducta no controlados y errores en la administración de los fármacos:** la paciente tenía un delirio de celos incentivado por su esposo que le decía que el se iría de paseo cuando ella viniera al centro; también le enseñaba la medicación diciéndole que era para ella que como estaba loca había que dársela. Se le explica al esposo que esa aptitud no lleva a ningún sitio, que será el centro quien le dé la medicación y en el domicilio el auxiliar; desde entonces con algún que otro truco la paciente toma la medicación sin problemas.
- **Escasa higiene:** la paciente insiste en realizar ella la higiene personal y el esposo no colabora, al contrario cuando se le empiezan a pedir compresas de incontinencia le dice a la mujer que son para ella ya que se orina como si fuera una niña pequeña; se decide hablar con el hijo y al igual que con la medicación será éste el encargado de traer pañales al centro.
- **Lesiones cutáneas:** en ocasiones se observan lesiones que pudieran ser producidas por un mal manejo de la paciente durante el aseo personal (esto ocurre en el fin de semana cuando el hijo llega tarde y no tienen ayuda a domicilio); durante el verano del 2008, que el hijo por problemas de trabajo acude menos al domicilio paterno, el auxiliar de ayuda a domicilio comenta que las discusiones entre el matrimonio son muy fuertes, que se ha tenido que poner en medio en alguna ocasión temiendo que se hicieran daño; se habla con el hijo y este confiesa que no puede más, que teme por la vida de alguno de los dos, que no sabe qué hacer.

Ante esta situación el equipo de Centro de Día se pone en contacto con Servicios Sociales y ante la imposibilidad de manejarla en el domicilio se indica una derivación a Residencia que se produce 15 días después.

Tercer Caso: Dejación de funciones y negligencia en los cuidados.

El paciente vive con un hijo, los otros hijos acuden a verle a diario, en especial la hija que acude diariamente a su casa; también tiene una cuidadora formal cuando llega del centro y los fines de semana.

A la valoración acude con el hijo que no vive con él.

Se detecta:

- **Problemas en el cuidado cotidiano:** en el Centro de Día aparecen problemas en el manejo del paciente, está desinhibido sexualmente y vagabundeaba con gran riesgo de caídas por su patología base (Parkinson avanzado e hidrocefalia). Se habla con la

familia que niega todo insistiendo en que su padre es un hombre correctísimo y que la cuidadora del domicilio no refiere nada de esto.

- **Signos de deshidratación:** los lunes acude al Centro de Día muy torpe, obnubilado, seco, con signos visibles de deshidratación; se intenta hablar con la familia y ante la actitud de esta, el departamento médico habla con el médico de atención primaria no dando importancia al cuadro que le referimos, “los ancianos están más torpes y aletargados y que no pasa nada si no bebe tanto como se aconseja”
- **Aparecen UPP** que en un principio se curan en el centro y posteriormente tras una decisión de la familia justificada por el gasto del material de curas, se prohíbe la cura en el centro y se decide que se realicen en atención primaria. Esto se pide por escrito y solo en dos ocasiones se tuvo que curar en el centro por supuración y siempre pidiendo el consentimiento para ello.
- **Dificultad en la comunicación con la familia:** La familia se queja de acoso por parte del centro ya que siempre que surge un empeoramiento clínico, cada día más frecuente, se envía una carta a la familia explicando la necesidad de control clínico y se les avisa por teléfono para que vengan a por él.
- **Deterioro progresivo clínico y funcional:** El paciente en los últimos momentos hace vida cama -silla de ruedas-sillón geriátrico realizándose cambios posturales frecuentes en el centro. La familia insiste en que su padre no está tan enfermo como desde el centro se trasmite.

Ante la extrema fragilidad del paciente, la imposibilidad para tratarle en el centro de día, el fracaso de la intervención familiar y la negación de la misma del evidente cuadro de deterioro clínico y funcional del paciente, se plantea la necesidad de trasladarle a un centro residencial, recurso que no era el más adecuado, ya que se trata de un paciente con los suficientes apoyos privados y públicos.

Conclusiones

- A. Existen una serie de signos y síntomas comunes que se deben vigilar en todos los enfermos con deterioro cognitivo y / o demencia que nos deben alertar de un cuadro de maltrato.
- B. Los malos tratos en los enfermos con deterioro cognitivo se presentan de forma oculta, siendo necesaria una buena historia socio-sanitaria y la intervención del equipo interdisciplinar del Centro de Día para detectarlos.
- C. El Centro de Día y la intervención de los profesionales del mismo, intenta descargar al cuidador principal, pero en muchos casos es necesario suplir las funciones de éste.

Referencias

- Bermejo PF. Aspectos familiares y sociales el paciente con demencia, Díaz de Santos; Madrid 2004.
- Morera J, Matías GJ. Editores, Gestión y asistencia en demencias, sanaded, Madrid 2004.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (coord): Guía de actuación en la enfermedad de Alzheimer; Natural ediciones; Madrid 2003.
- Moya BA, Barbero GJ. Malos tratos a personas mayores: guía de actuación; instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- García FJ. La bioética ante la enfermedad de Alzheimer: Desclée de Brouwer, S.A; Bilbao 2005.

2.13. Centro de Día como factor protector del maltrato hacia las personas mayores

*Burdallo, S; Ballesteros, A; Morales, A; de Prada, I; Igualada, C; Guzmán L.
Eulen Socio-sanitario*

Introducción

Partimos de la base teórica que constata la multiplicidad de factores que generan el maltrato al mayor por parte del cuidador.

Ahondando en este sentido, encontramos que algunas publicaciones señalan el estrés de la persona cuidadora como uno de los factores de riesgo que puede conducir a un posible maltrato, en la medida en que algunos factores que causan estrés, también aumentan el riesgo del maltrato.

Objetivos

- Determinar si la asistencia al Centro de Día de la persona mayor, repercute positivamente en el Cuidador.
- Confirmar si esta asistencia reduce alguno de los factores de riesgo del maltrato al mayor.

Metodología

Para valorar la repercusión de la asistencia al Centro de Día en el cuidador, analizamos los datos obtenidos de la elaboración de un cuestionario, cumplimentado por los familiares de los usuarios que acuden a los Centros de Día Municipales gestionados por la entidad Eulen Sociosanitarios, durante el mes de diciembre de 2007.

En este caso se analizan los datos obtenidos en los Centros de Día de Arganzuela, de Remonta y de Vicálvaro.

Del cuestionario completo, 8 ítem, destacan los más relevantes para este estudio:

- I) ¿En qué aspecto ha repercutido más positivamente el Centro de Día en usted?

Los familiares tenían que responder si el centro les proporcionaba:

- Descarga.
- Mayor tranquilidad.
- Más tiempo para sí mismo.
- Mejora las relaciones familiares con la persona mayor.

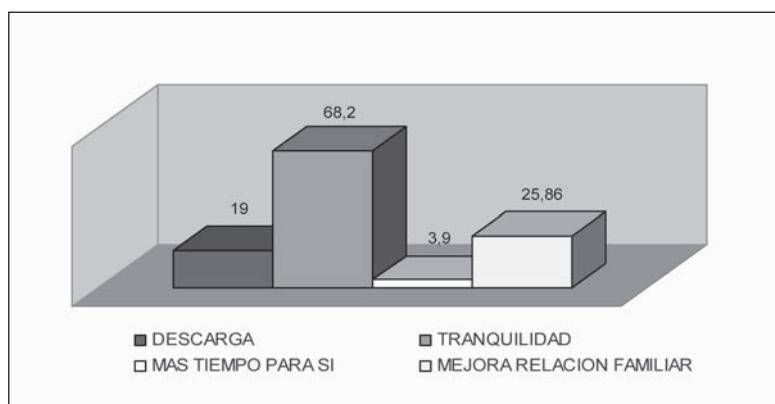
2) ¿Cómo valora la repercusión que ha tenido la asistencia al centro en su familiar?

Con esta pregunta queríamos comprobar si el Centro de Día actuaba reduciendo uno de los factores de riesgo de maltrato como es la dependencia de la persona mayor.

3) ¿Qué valoración general tiene del Centro de día?

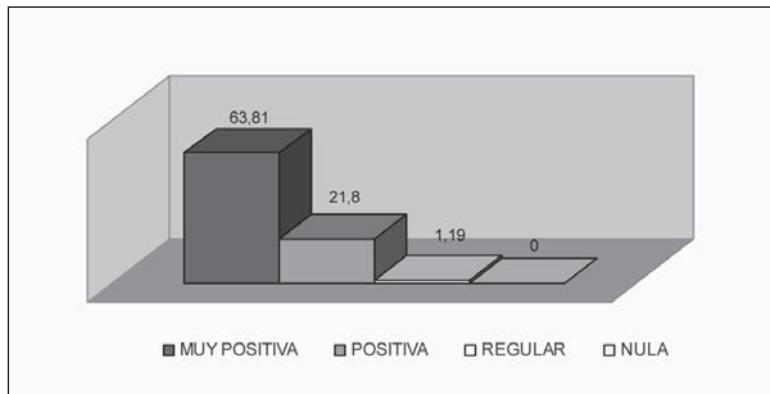
Resultados

Respecto a la primera pregunta, destacamos que en los tres centros la respuesta mayoritaria fue que el Centro de Día les proporciona sobretodo TRANQUILIDAD en un 68,2%.



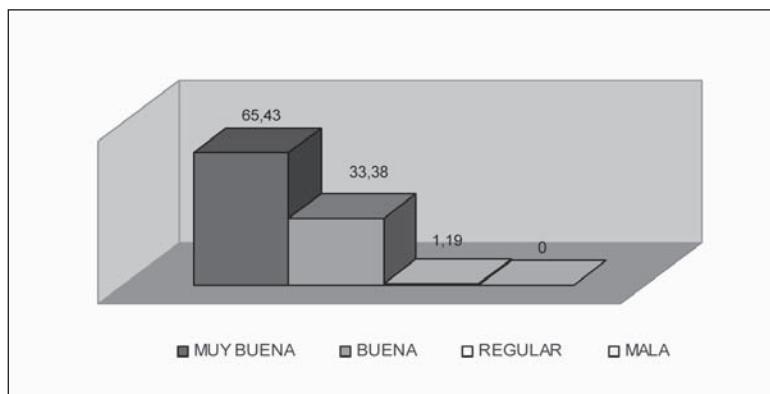
Repercusión en el Cuidador

El segundo ítem analizado, nos muestra una imagen muy favorable de la efectividad percibida por los familiares de los Centros de Día.



Repercusión en el Usuario

En esta tercera Pregunta el 65,43% define como Muy Buena la Valoración que tiene del Centro.



Valoración General del Centro

Conclusiones

Partiendo de los datos analizados podemos determinar que el Centro de día puede ser considerado como un factor reductor de la sensación de estrés del familiar cuidador, en la medida que la asistencia del Mayor al Centro de Día genera en la mayoría de los familiares una sensación de tranquilidad y una percepción en los familiares de mejoría de los usuarios.

5.14. ¿Qué rodea a la sensación de soledad y abandono que afirman vivir algunos de los mayores atendidos por emergencias?

Selles Puig M, Pereyra Macazana EF, Tena Dávila Mata MC, Serrano Garijo P, y Martín Tejedor F.

*Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo.
Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid*

Introducción

Saber como envejecer es un compromiso de uno mismo con la vida, manteniendo una actitud activa, participando con la comunidad y reforzando nuestras redes familiares y sociales, en un palabra participando en y con la sociedad que vivimos.

La persona que envejece se ve sometida a muchos cambios en las distintas dimensiones que componen su vida: familiar, laboral y la salud. Las pérdidas “sociales, de salud, familiares” están relacionadas con sucesos secuenciales y progresivos, a través del ciclo vital, permitiendo la aparición de un **grupo vulnerable**, con necesidades especiales, que como sociedad tenemos la responsabilidad de satisfacer.

En España, en el 28% de los hogares unifamiliares reside una persona mayor de 65 años, estas personas solas suelen cumplir con las siguientes características: mujer, de edad avanzada, en situación de vulnerabilidad económica, sin problemas graves sensoriales o cognitivos, con mayor fragilidad psicológica, con fuertes redes sociales, con apoyo de amigos y dificultades de acceso a la información y servicios. También se ha identificado entre los mayores que viven solos y sienten soledad una peor calidad de vida y peor nivel de satisfacción.

La soledad es una vivencia percibida y sentida, podemos estar con otras personas y sentirnos solos, o estar solos y sentirnos bien; pero generalmente en edades avanzadas estar solo y sentirse solo son conceptos agrupados.

En nuestro país, los mayores reconocen en la familia, hoy por hoy, el mayor punto de apoyo, por ello para muchos la “ausencia” o “alejamiento” de familia es la mayor soledad.

La Soledad de las personas mayores presenta características comunes con el aislamiento, en relación a la falta de redes y acompañamiento personal, además suelen ser mayores

de edad avanzada que tienen problemas de movilidad y por ello dificultades para acceder a los servicios sanitarios y sociales

Desde 2005, la DGM, ha venido desarrollando el Programa de detección de mayores en riesgo de aislamiento social.

Valoramos aquellos casos que han precisado la actuación de los servicios de emergencia municipales en la ciudad de Madrid, y cuantificamos los factores de riesgo en la esfera social, familiar, salud y entorno, para minimizar la vulnerabilidad social.

Entre los factores de vulnerabilidad que buscamos, está la **sensación de soledad y la de abandono que refiere el propio mayor, no la soledad buscada, sino la impuesta y que deteriora la calidad de vida.**

A lo largo de estos años de trabajo hemos observado que los mayores discernían ante las preguntas de "se siente solo" y "se siente abandonado".

Qué situaciones o qué variables se relacionaban con una u otra situación para su capacidad de discriminación, era para nosotros una incógnita.

Objetivo

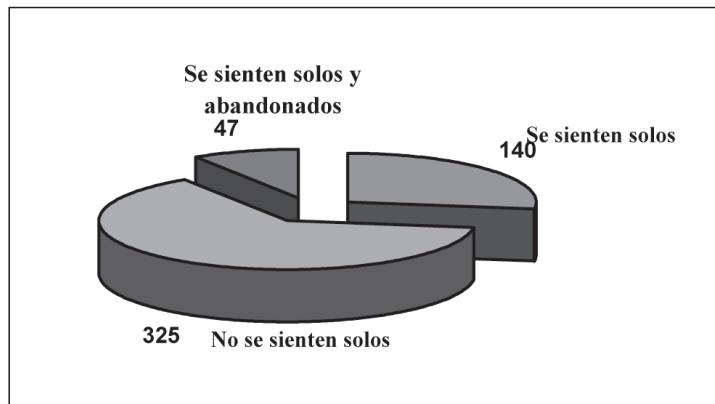
Conocer la frecuencia de los sentimientos de soledad y abandono en las personas mayores de 65 años atendidas por los Servicios de Emergencias mediante el procedimiento de apertura de puertas y las variables relacionadas con ellos.

Material y método

Estudio retrospectivo desde enero 2006 hasta julio de 2008. En los 512 casos estudiados, de los cuales el 80% son mujeres y el 20% son hombres. La edad media es de 84 años. Se analizan datos sociodemográficos y de salud recogidos en un cuestionario diseñado para detectar situaciones de vulnerabilidad y aislamiento, que contiene Barber, Gijón, Lawton, y otras variables. Se compara entre las personas que han manifestado sus sentimientos de soledad y/o abandono con las que no los han manifestado. El análisis estadístico se hace con SPSS, utilizando Anova y X2.

Resultados

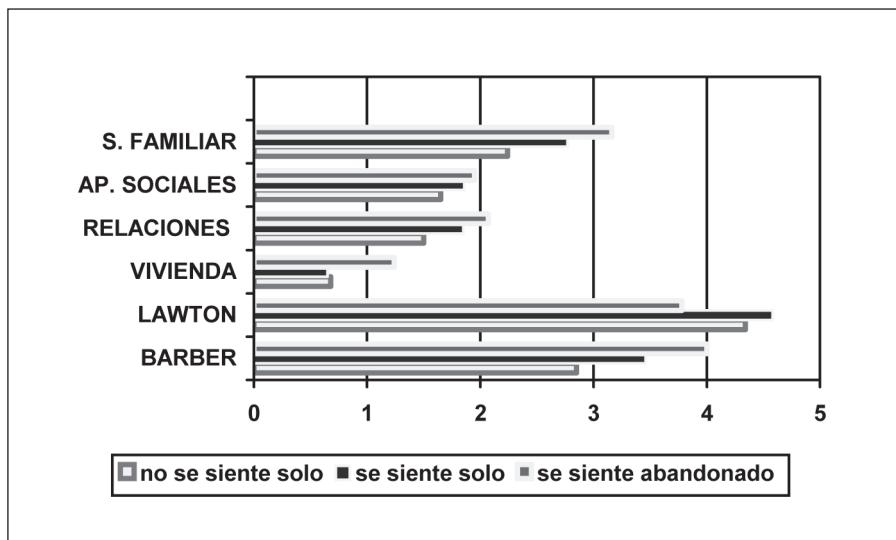
De 512 historias revisadas, 325 personas no se sienten solas (63,5%), 187 (36,5%) dicen sentirse solas, y de éstas, 47 (25%) además se sienten abandonadas, lo cual supone un 9,2% del total de la población estudiada.



Analizamos las diferencias de las medias entre los tres grupos de mayores (tabla I) observamos que el sentimiento de soledad y sobre todo de abandono, se asocia con una puntuación media superior en Barber.

	No se sienten solos	Se sienten solos	Se sienten abandonados	Medias
Barber	2,85	3,46	4	3,12
G. Situación familiar	2,24	2,77	3,16	2,46
G. Apoyo social	1,65	1,86	1,95	1,73
G. Relaciones	1,50	1,85	2,07	1,65
G. Vivienda	0,68	0,65	1,24	0,72
Lawton	4,34	4,58	3,78	4,35

Tabla I



En la Escala de Gijón, hemos de precisar que no se ha valorado la situación económica porque sólo disponemos del 50% de las respuestas a este ítem. Los ítems de situación familiar, vivienda, relaciones sociales y apoyo social marcan diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos ($p > 0,005$).

Es de destacar que respecto a la edad no hay diferencias y con relación a las actividades de la vida diaria instrumentales medidas con la escala de Lawton nos indica que la dependencia en AVDI, aunque con tendencia a elevarse, no alcanza significación estadística.

Analizamos los seis primeros ítems del Barber de riesgo sociosanitario que son los más significativos (tabla 2).

1. Vive solo.
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?
3. ¿Hay más de dos días que no come caliente?
4. ¿Necesita a alguien que le ayude a menudo?
5. ¿Su salud le impide salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?

BARBER	No se sienten solos		Se sienten solos		Se sienten abandonados	
	No/%	Si/%	No/%	Si/%	No/%	Si/%
Item 1	46	54	21,4	78,6	15	85
Item 2	93,6	6,4	92	8	56	44
Item 3 P=0,055	90,6	6,4	88,6	11,4	85	15
Item 4	31,5	68,5	22,5	77,5	17	83
Item 5	58	42	50,4	49,6	46	54
Item 6 P=0,015	50,5	49,5	43,6	56,4	29	71

Tabla 2

Conclusiones

El sentimiento de soledad y abandono se produce en personas en clara desventaja social y fragilidad, acentuándose los problemas sociales y de relación en aquellas que dicen sentirse abandonadas.

Algo que debería inducirnos a valorar con profundidad a estas personas mayores.

Referencias

- Conclusiones de la reunión técnica internacional sobre “las personas mayores frente a la soledad y la insuficiencia de recursos económicos”: dentro de la aplicación del Plan de Acción internacional de Madrid sobre Envejecimiento; Celebrada en Segovia nov. 2006.
- Soledad y aislamiento en las personas mayores españolas. Ramona Rubio Herrera. Aislamiento social de personas mayores en el municipio de Madrid: Aspectos preventivos y asistenciales. Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicio Sociales.
- “La Soledad en las personas mayores”. Estudio cualitativo de Julio Iglesias de Ussel: Facultad de Sociología. Universidad de Granada. En prensa. “La Soledad en las personas mayores”. Estudio nº 2.279 del IMSERSO/CIS.

5.15. Maltrato en personas mayores con aislamiento social

Santos-Olmo Sánchez AB, Ausín Benito B, Muñoz López M y Serrano Garijo P.

Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales

Dirección General de Mayores

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; Universidad Complutense de Madrid

Objetivos

Con el objetivo de evitar las situaciones de aislamiento social de los mayores de 65 años del municipio de Madrid, así como las emergencias y los fallecimientos en aislamiento social o abandono, surge el Servicio de Apoyo Psicológico a Ancianos Frágiles con Aislamiento Social en Madrid (SAP), dentro del Convenio de Colaboración entre el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales y el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Dentro de esta población se dan situaciones de maltrato y se pretende describir la frecuencia de dicho maltrato y las características sociodemográficas de las personas que lo sufren.

En concreto, los objetivos del estudio son:

1. Describir la frecuencia del riesgo de maltrato en la población de personas en aislamiento social en la ciudad de Madrid atendidas por el SAP.
2. Determinar qué tipo de maltrato sufren y en qué proporción.
3. Conocer las características sociodemográficas de las personas en aislamiento social que sufren riesgo de maltrato (distribución por género, edad, estado civil, hijos, convivencia).
4. Conocer las características de las personas en aislamiento social que sufren riesgo de maltrato en cuanto a la presencia de: Deterioro cognitivo; Trastorno mental; Salud y funcionamiento psicosocial; y número de necesidades no cubiertas.

Material y método

Siguiendo una estrategia de búsqueda activa, el estilo de atención es domiciliario, de proximidad, psicosocial, de seguimiento del caso, proactivo, comunitario y de enlace con los servicios socio-sanitarios. Se emplean protocolos de enganche, evaluación e intervención.

En el estudio, se emplearon las siguientes pruebas de evaluación estandarizadas:

- Evaluación del riesgo de maltrato: Cuestionario de Evaluación de Necesidades en Ancianos de Camberwell CANE (Reynolds et al., 2000): Escala 5 (“Cuidado de otra persona”) y Escala 18 (“Abuso económico”).
- Evaluación de salud y funcionamiento psicosocial: Escalas de Evolución para Personas Mayores de 65 años (Burns et al., 1999) HoNOS65+.
- Evaluación de la presencia de algún trastorno mental y/o deterioro cognitivo: Juicio Clínico.

Los análisis de datos consistieron en análisis descriptivos de la muestra de personas mayores en aislamiento social que sufren riesgo / sospecha de maltrato.

Resultados

Entre Junio 2006 y Junio 2008 se atendieron 126 casos de personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid, de los cuales, en 36 se realizó una labor de asesoramiento y en 90 una labor de intervención.

Los análisis que se presentan en este estudio hacen referencia a los 57 casos de aislamiento cerrados en fase de intervención.

A continuación, se describen los resultados de cada uno de los 4 objetivos planteados en este estudio.

De las 57 personas de la muestra, 24 sufren algún tipo de maltrato (42%). Estas 24 personas presentan cada uno de los subtipos de maltrato en la siguiente medida (algunas muestran varios tipos de maltrato): 7 negligencia (29%) y 23 abuso económico (96%).

La mayoría de las personas que sufren maltrato son mujeres (77%), solteras (45%) o viudas (42%), sin hijos (88%), viven solas (54%) y con una edad media de 84 años.

En cuanto al objetivo de conocer las características de las personas en aislamiento social que sufren riesgo de maltrato en cuanto a la presencia de deterioro cognitivo, trastorno mental, salud y funcionamiento psicosocial, y número de necesidades no cubiertas, se encuentran los siguientes resultados:

- El 42% de las personas presenta deterioro cognitivo de moderado a grave.
- En cuanto a las variables de trastorno mental: El 17% muestra síntomas de trastorno del estado de ánimo, el 13% presenta un trastorno psicótico, el 17% sufre problemas

de abuso de alcohol, el 13% presenta un trastorno de ansiedad, el 13% presenta un trastorno de personalidad y ninguna persona sufre retraso mental.

En cuanto al nivel de salud y funcionamiento psicosocial, se evalúan a las 24 de la muestra con las escalas HoNOS65+, que se puntuán de 0 (sin problema) a 48 (problema grave). La puntuación media en estas escalas de la población en aislamiento víctima de un supuesto maltrato es de 22,8. Estos resultados señalan que las personas de la muestra presenta unos niveles de salud y funcionamiento psicosocial bajos.

Al estudiar las necesidades no cubiertas de estas 24 personas, se emplea el CANE que se puntuá de 0 (sin necesidades no cubiertas) a 24 (máximo nº de necesidades no cubiertas). La puntuación media de la población en aislamiento víctima de un supuesto maltrato es de 11,7. Lo que supone un número muy elevado de necesidades no cubiertas.

Conclusiones

Dado:

- El riesgo que supone la situación de maltrato para la vida de estas personas,
- el deterioro cognitivo y físico que presentan y la presencia de algún trastorno mental,
- el alto nº de necesidades no cubiertas,
- y otras consecuencias adversas del aislamiento.

Este Servicio busca servir de enlace entre los mayores y la red socio-sanitaria normalizada; y en los casos extremos la salida a estas situaciones límite se busca a través de Fiscalía de Mayores.

Por último, señalar que es necesario continuar el trabajo de detección e intervención con las personas en aislamiento social que sufren no sólo las consecuencias de la exclusión social, sino también las del maltrato.

Referencias

- Ausín B, Muñoz M. y Quiroga MA. Adaptación Española De Las Escalas De Resultados Para Personas Mayores Honos65+ (Health OfThe Nation Outcome Scales For Older Adults) (2007). Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; p. 42, 88-95.
- Burns A, Beevor A, Lelliott P, Wing J, Blakey A, Orrell M, Mulinga J y Hadden S. Health of the Nation Outcome Scales for Elderly People (HoNOS65+). Glossary for HoNOS65+ score sheet. British Journal of Psychiatry (1999) p. 174, 435-438.
- Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, Woods B, Hoe J, Leese M y Orrell M. Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. British Journal of Psychiatry 2000. Pág. 176, 444-452.

5.16. Indicadores de riesgo de cuidado inadecuado o actitudes negligentes entre los cuidadores del programa “Cuidando al Cuidador”

García Carpio MS, Molina Díaz E, Serrano Garijo P, Tena-Dávila Mata MC, Martín Tejedor F.

*Departamento de Programación, Evaluación y Desarrollo
Dirección General de Mayores.. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid*

Introducción

A pesar de que la gran mayoría de los familiares cuidan bien de sus parientes mayores, desafortunadamente, en ocasiones, los cuidados pueden derivar en consecuencias negativas y dar como resultado un aumento de tensiones y presiones que pueden desembocar en conductas abusivas debido a la frustración y fatiga.

Una de las líneas de investigación sobre maltrato hacia las personas mayores se centra en el estudio de los factores de riesgo. Las situaciones de dependencia generadas en su mayor parte por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias, hace que estas personas requieran cuidados de intensidad creciente. Esta gran dependencia propicia la aparición de situaciones de estrés en las personas cuidadoras; estrés que puede generar o desembocar en conductas tipificadas como malos tratos. Aspecto esencial a tener en cuenta al elaborarse programas preventivos.

Objetivos

Partiendo de todo esto se realiza un estudio exploratorio que pretende conocer, por un lado, la presencia de factores de riesgo o estresores de malos tratos a mayores en los cuidadores que han asistido al Programa Cuidando al Cuidador y, por otro lado, identificar que relación tiene con la carga de cuidados que presenta el cuidador.

Metodología

Los datos parten de los registros que tenemos sobre los cuidadores que han asistido al Programa Cuidando al Cuidador. De una muestra de 1046 cuidadores, utilizamos los datos de **378** de los que tenemos todos los estresores que hemos analizado. Los datos los extraemos de los cuestionarios que se utilizan en el programa: GHQ-28, Zarit, Test del esfuerzo del cuidador y datos sobre el mayor.

Se tienen en cuenta una combinación de posibles factores de riesgo relacionados con el maltrato a mayores, estos factores pueden agruparse en función de si están presentes en la persona mayor, en el responsable del cuidado o en el contexto de la situación de cuidado. Datos que se reflejan en la (tabla 1).

ASPECTOS	ESTRESORES ANALIZADOS	TEST
Del mayor	Dependencia funcional	Test del esfuerzo del cuidador
	Le molestan los comportamientos del mayor	Test del esfuerzo del cuidador
Del cuidador	Ansiedad	GHQ-28
	Depresión	GHQ-28
	Vergüenza	Zarit
	Enfado	Zarit
	Se siente tenso cuando está cerca del mayor	Zarit
	No se siente capaz de cuidar durante más tiempo (Claudicación)	Zarit
	Está desbordado	Test del esfuerzo del cuidador
Situación de cuidado	Ayuda formal (recursos sociales)	Encuesta de satisfacción
	Ayuda informal (comparte cuidados)	Test del esfuerzo del cuidador
	Dificultades económicas	Test del esfuerzo del cuidador
	Horas de dedicación al día.	Test del esfuerzo del cuidador

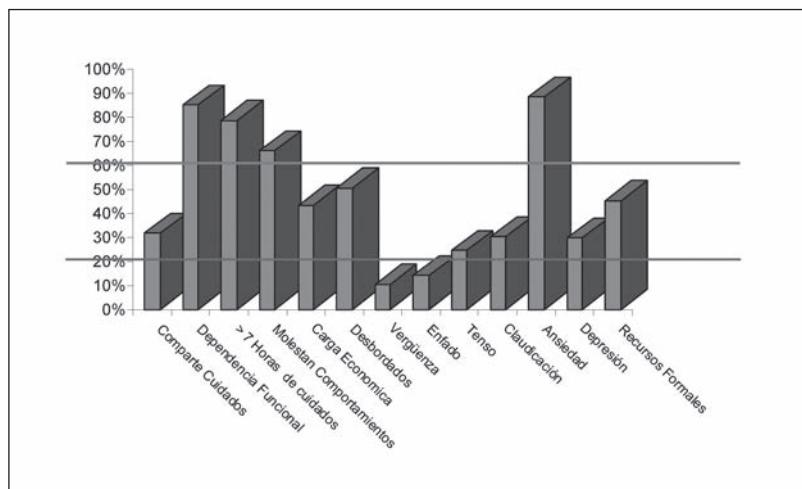
Tabla 1. Explicativa de los estresores analizados y test empleados

Resultados

De los cuidadores analizados el 22% son hombres frente al 78% de mujeres. La media de edad es de 66 años, la media de tiempo de cuidados era de 5.8 años y la media de horas de cuidados es de 9 horas de día y 6.8 horas de noche lo que supone dos jornadas laborales diarias.

Frecuencia de aparición de los estresores analizados

Al analizar la frecuencia con que aparecen los estresores estudiados observamos que la ansiedad por parte del cuidador, la dependencia funcional y trastornos del comportamiento por parte del mayor y la dedicación > de 7 horas/ día, son los que con más alta tasa aparecen siendo esta por encima del 60%. Existen estresores como la vergüenza y el enfado que aparecen de forma relevante en grados altos de sobrecarga (con una frecuencia inferior al 20%).



Si relacionamos el numero de estresores con relación a la carga del cuidador medida con Zarit, observamos como a medida que aumenta la sobrecarga en el cuidador aumenta el n° de estresores. Tabla (2).

Nº Estresores	Carga leve		Carga moderada		Carga grave		Carga severa			
	Nº Usuarios	Frec	Nº Usuarios	Frec	Nº Usuarios	Frec	Nº Usuarios	Frec	Total	Frec
2	0	0,0%	3	2,6%	2	1,1%	0	0,0%	5	1,3%
3	6	18,2%	13	11,3%	5	2,8%	0	0,0%	24	6,3%
4	8	24,2%	23	20,0%	15	8,5%	1	1,9%	47	12,4%
5	11	33,3%	24	20,9%	35	19,8%	2	3,8%	72	19,0%
6	5	15,2%	31	27,0%	42	23,7%	6	11,3%	84	22,2%
7	2	6,1%	12	10,4%	34	19,2%	11	20,8%	59	15,6%
8	1	3,0%	9	7,8%	26	14,7%	10	18,9%	46	12,2%
9	0	0,0%	0	0,0%	16	9,0%	13	24,5%	29	7,7%
10	0	0,0%	0	0,0%	2	1,1%	7	13,2%	9	2,4%
11	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,9%	1	0,3%
12	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,8%	2	0,5%
Total	33		115		177		53		378	

Media: 4.7

Media: 5,2

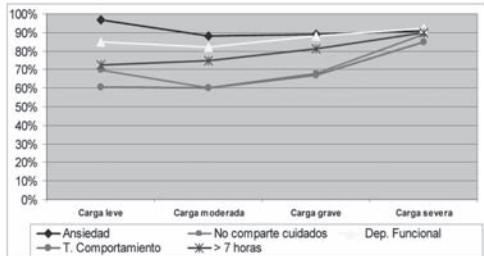
Media: 6.2

Media: 7.6

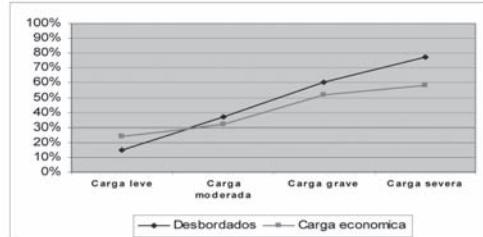
Tabla 2

COMPORTAMIENTO DE LOS ESTRESORES EN RELACION A LA CARGA

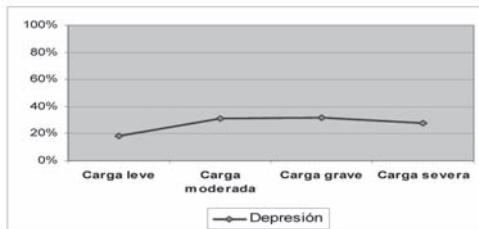
Hemos agrupado los estresores según el comportamiento observado en relación con la carga.



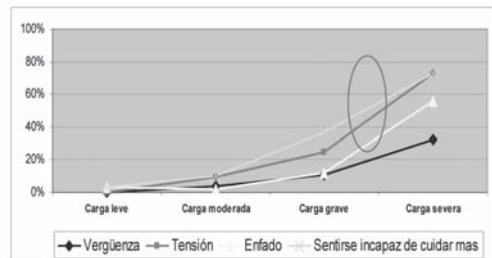
1.- Estresores con alta frecuencia en todos los grados del Zarit



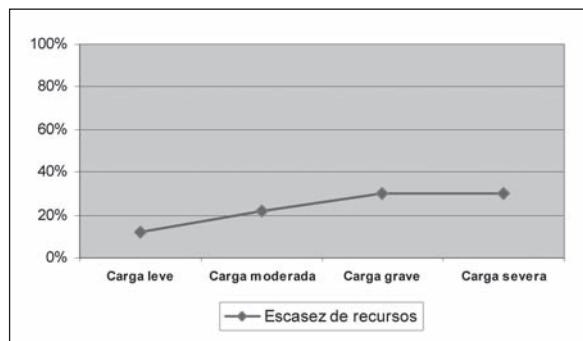
3.-Estresor con baja frecuencia y en la que esta no se modifica prácticamente al aumentar la carga



2.- Estresores que aumentan su frecuencia al aumentar la carga



4.-Estresores que aparecen con mayor frecuencia en grados elevados del Zarit



En cuanto a la falta de recursos como estresor, en general disponen de bastantes recursos; los de carga leve tienen recursos en mayor frecuencia que el resto de cargas.

Conclusiones

Se confirma que según aumenta la sobrecarga del cuidador aumenta el nº de estresores, pudiendo desembocar en conductas tipificadas como malos tratos.

- Los factores de riesgo o estresores deben tenerse presentes en la elaboración de los programas psicoterapéuticos y psicoeducativos dirigidos a cuidadores para trabajarlos como medida preventiva de protección al maltrato, junto con apoyos formales, sea cual sea la situación de sobrecarga del cuidador.
- La importancia de seguir utilizando todos los cuestionarios empleados en el programa, ya que, como se ha podido ver de todos ellos se extraen estresores significativos de posible maltrato siendo importantes para su detección y prevención.