

Universidad de Santiago de Compostela



Facultad de Psicología

**Máster en Psicogerontología**

**“Cuidar sin Descuidarse”: Programa de Intervención Psicoeducativa para el  
Abordaje de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Demencias para  
Cuidadoras/es Formales**

Modalidad 1: “Diseño de un Programa de Intervención original y propio en relación con algún aspecto del trabajo en el centro de Prácticas.”

**Autora: Nazaret Fernández García**

**Tutora: Montserrat Zurrón**

Curso 2024\_2025

Convocatoria Junio

**“Cuidar sin Descuidarse”: Programa de Intervención Psicoeducativa para el  
Abordaje de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Demencias para  
Cuidadoras/es Formales**

"Coidar sen descoidarse": Programa de Intervención Psicoeducativa para o  
Abordaxe de Síntomas Conductuais e Psicolóxicos nas Demencias para  
Coidadoras/es Formais

"Caring Without Self-Neglect": Psychoeducational Intervention Program for Addressing  
Psychological and Behavioral Symptoms in Dementia for Formal Caregivers

## **Resumen:**

Los Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia (SCPD) representan uno de los principales retos en el cuidado de personas mayores institucionalizadas, tanto por su prevalencia como por su impacto en la calidad de vida de los/as residentes y en el desgaste profesional del personal de atención directa. Esta problemática se agrava ante la escasez de formación específica en el abordaje no farmacológico de estos síntomas y la carga emocional, lo que puede derivar en Burnout. El presente Trabajo de Fin de Máster plantea una propuesta de intervención psicoeducativa dirigida al personal de atención directa de la residencia Brión II, con el fin de mejorar el abordaje de los SCPD, reducir el desgaste profesional, y promover una atención más empática y centrada en la persona.

El programa se compone de doce sesiones de una hora de duración, estructuradas en dos bloques con una pausa intermedia. Se ha diseñado desde un enfoque práctico y participativo, que combina breves exposiciones teóricas con el análisis de casos reales, dinámicas de grupo, role-playing y técnicas de autorregulación emocional. La evaluación del programa se realiza mediante un diseño pre-post con herramientas validadas (MBI y CVS-R).

Se espera que el programa aumente la comprensión de los SCPD y beneficie tanto a profesionales como a residentes. Los resultados estimados anticipan una reducción del desgaste profesional y un trato más humanizado en el cuidado diario. Futuros trabajos deberían aplicar esta propuesta en distintos centros y promover su aplicación en los planes de formación en el ámbito residencial.

**Palabras clave:** Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia (SCPD), Intervención Psicoeducativa, Burnout, Calidad de Vida, Residencias de mayores.

## **Resumo:**

Os Síntomas Condutuais e Psicológicos da Demencia (SPCD) representan un dos principais retos no coidado das persoas maiores institucionalizadas, tanto pola súa elevada prevalencia como polo seu impacto na calidade de vida das persoas residentes e no desgaste profesional do persoal de atención directa. Esta problemática vese agravada pola falta de formación específica no abordaxe non farmacolóxico destes síntomas, así como pola carga emocional, o que pode derivar en síndrome de Burnout. Este Traballo de Fin de Máster presenta unha proposta de intervención psicoeducativa dirixida ao persoal de atención directa da residencia Brión II, co obxectivo de mellorar o manexo dos SPCD, reducir o desgaste profesional e promover unha atención máis empática e centrada na persoa.

O programa componse de doce sesións dunha hora de duración, estruturadas en dous bloques cunha pausa intermedia. Está deseñado desde un enfoque práctico e participativo, combinando breves exposicións teóricas co análise de casos reais, dinámicas grupais, role-playing e técnicas de autorregulación emocional. A avaliación do programa realízase mediante un deseño pre-post con instrumentos validados (MBI e CVS-R).

Agárdase que o programa mellore a comprensión dos SPCD e beneficie tanto ao persoal como ás persoas residentes. Os resultados estimados prevén unha redución do desgaste profesional e unha atención máis humanizada na práctica asistencial diaria. Futuros traballos deberían aplicar esta proposta noutros centros e fomentar a súa inclusión nos plans formativos do ámbito residencial.

**Palabras chave:** Síntomas Conductuais e Psicológicos da Demencia (SCPD), Intervención Psicoeducativa, Burnout, Calidade de Vida, Centros residenciais.

### **Abstract:**

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) represent one of the main challenges in the care of institutionalized older adults, both due to their high prevalence and their significant impact on residents' quality of life and the professional burnout of frontline care staff. This issue is exacerbated by the lack of specific training in non-pharmacological approaches to these symptoms, as well as the emotional strain, which may lead to burnout. This Master's Thesis presents a psychoeducational intervention program aimed at direct care staff at the Brión II residential facility, with the goal of improving the management of BPSD, reducing professional burnout, and promoting a more empathetic and person-centered approach to care.

The program consists of twelve one-hour sessions, organized into two blocks with an intermission. It is designed from a practical and participatory perspective, combining brief theoretical presentations with real case analysis, group dynamics, role-playing activities, and emotional self-regulation techniques. Program evaluation is conducted using a pre-post design with validated instruments (MBI and CVS-R).

The intervention is expected to enhance understanding of BPSD and benefit both professionals and residents. Anticipated outcomes include a reduction in caregiver burnout and the promotion of more humanized care in daily practice. Future studies should consider implementing this proposal in diverse care settings and advocate for its integration into training plans within the residential care sector

**Key words:** Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), Psychoeducational intervention, Burnout, Quality of life, Residential care facilities.

# ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Justificación.....	1
1.2. Fundamentación Teórica.....	3
1.2.1. Relevancia del Personal de Atención Directa.....	3
1.2.2. El Síndrome de Burnout.....	4
1.2.3. Calidad de Vida y Modelo ACP.....	6
1.2.4. Intervención Psicoeducativa.....	7
1.3. Objetivos.....	9
2. Programa de intervención.....	9
2.1. Contextualización.....	9
2.2. Objetivos del Programa.....	10
2.3. Destinatarios.....	11
2.4. Recursos.....	11
2.5. Metodología de la Intervención.....	12
2.6. Actividades.....	13
2.7. Temporalización.....	25
2.8. Evaluación.....	28
3. Estimación de Resultados y Discusión.....	30
3.1. Limitaciones.....	33
4. Referencias.....	35
Índice de Tablas.....	39
Anexos.....	40
Anexo I.....	40
Anexo II.....	41
Anexo III.....	42
Anexo IV.....	43
Anexo V.....	44

## **1. Introducción**

Esta propuesta de intervención psicoeducativa está dirigida al personal de atención directa de un centro residencial para adultos mayores, y tiene como finalidad mejorar el abordaje de los comportamientos desafiantes en personas mayores con demencia.

A continuación, se justifica la relevancia temática del programa, seguida de su fundamentación teórica, para finalmente especificar los objetivos principales.

### **1.1 Justificación**

El envejecimiento de la población europea se explica por el aumento de la esperanza de vida junto con una menor tasa de fecundidad, lo que conlleva que en los países desarrollados la proporción de personas mayores se haya acentuado (INE, 2018). En España, se espera que para 2050 la población mayor de 65 años suponga el 58% (INE, 2021). En el caso de Galicia, se trata de una de las comunidades autónomas que más percibe dicho envejecimiento demográfico (Mendoza, 2023).

Este aumento en la población de edad avanzada trae consigo una mayor prevalencia de la demencia (Kim, 2021), por lo que se prevé que en las siguientes décadas el número de personas diagnosticadas aumente de forma considerable (Michael et al., 2023). Según la OMS (2021), actualmente hay 55 millones de personas con demencia a nivel mundial, pero en 2050 podrían superar los 150 millones. La demencia se define como un trastorno neurocognitivo, generalmente degenerativo, que implica deterioro cognitivo (Pinazo et al., 2021). Este deterioro limita drásticamente la capacidad para pedir ayuda en etapas avanzadas (Grootscholten et al., 2023) al aumentar las dificultades para comunicarse, la inconsciencia de experiencias, y los cambios emocionales y de personalidad (Backhouse et al., 2022). Las personas con demencia requieren, por lo general, una mayor asistencia en su cuidado que los adultos mayores sin ese diagnóstico (Backhouse et al., 2022), debido a la afectación progresiva de las esferas funcionales (Grootscholten et al., 2023) junto con la manifestación de comportamientos disruptivos en etapas moderadas y avanzadas (Strijkert et al., 2023). Estas manifestaciones comportamentales se denominan síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) (Yamaguchi et al., 2024) y están presentes en el 90% de las personas diagnosticadas (Murphy et al., 2023).

Los SCPD se encuentran entre las consecuencias más graves de la demencia en etapas moderadas y avanzadas (Michael et al., 2023), entendiéndose como comportamientos problemáticos o desafiantes difíciles de manejar en los adultos mayores (Grootscholten et al., 2023). Entre los más comunes se encuentran la agitación, la agresividad, la depresión, la apatía, la desinhibición, la irritabilidad y el insomnio, (Yamaguchi et al., 2024, Michael et al., 2023, Strijkert et al., 2023). Por otro lado, estos comportamientos tienen múltiples causas. Aunque a menudo son reflejo de necesidades subyacentes no satisfechas, como incomodidad (Murphy et al., 2023), los factores ambientales e individuales también influyen en su aparición (Grootscholten et al., 2023).

El abordaje de los SCPD supone un gran desafío, especialmente en centros de atención a largo plazo como las residencias debido a la atención específica e individual que se requiere (Chan et al., 2022) y, además, las personas institucionalizadas presentan SCPD más graves (Verhees et al., 2024). Si no se abordan de forma adecuada podrían llegar a intensificarse, empeorando la calidad de la atención recibida (Murphy et al., 2023), y también se asociarían con una progresión más rápida de la demencia y disminución de la calidad de vida (Fazio et al., 2020). Es por ello que el reconocimiento temprano de los SCPD es importante para prevenir una mayor escalada (Verhees et al., 2024), y necesario para una gestión integral y personalizada (Grootscholten et al., 2023). En este sentido cobra gran relevancia la figura proveedora de cuidados, ya que el personal de atención directa es clave para la detección temprana gracias a su asistencia en la vida diaria de personas con demencia (Kim, 2021). Sin embargo, los estándares normativos que resultan eficaces en el manejo de los comportamientos desafiantes en la práctica diaria son poco conocidos (Barth, 2024).

Los desafíos en el manejo de estos comportamientos radican principalmente en la escasa formación práctica de los trabajadores de atención directa (Kim, 2021). Los SCPD afectan a las personas con demencia deteriorando su calidad de vida, pero también afectan a las personas cuidadoras debido al estrés y la dificultad de su manejo, aumentando la carga del cuidado y pudiendo derivar en depresión (Yamaguchi et al., 2024). Además, el personal de las residencias se enfrenta a un gran volumen de trabajo y a presiones por completar tareas en un tiempo limitado, lo que compromete la calidad del cuidado. Tanto la figura, mayoritariamente femenina, de gerocultoras y auxiliares como su trabajo suelen encontrarse infravalorados por las empresas, lo que repercute negativamente en su autoeficacia, seguridad, confianza, y en la atención que ofrecen (Backhouse et al., 2022).

Es por ello que la capacitación del personal sobre la demencia y el manejo de SCPD cobra gran relevancia en la mejora de la atención y la calidad de vida de las personas mayores con demencia institucionalizadas.

## **1.2 Fundamentación Teórica**

La demencia implica un deterioro cognitivo degenerativo, afectando a las funciones cognitivas, como memoria, lenguaje o funciones ejecutivas; y también a la funcionalidad, lo que conlleva a una pérdida importante en la calidad de vida, la autonomía y el bienestar de la persona que sufren demencia, repercutiendo en su vida diaria. Los trastornos neurodegenerativos a menudo van acompañados de síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) (Pinazo et al., 2021). Entre estos síntomas comunes se encuentran los trastornos del sueño, agitación, agresividad, sintomatología depresiva, etc., y su elevada prevalencia en la demencia aumenta en el ámbito residencial. Además, se asocian con una disminución en la calidad de vida, así como una mayor morbilidad y mortalidad en personas con demencia (Murphy et al., 2023). Según la Guía de actuación profesional ante síntomas psicológicos y conductuales en las personas con demencia de la Fundación Pílares, para diseñar una correcta intervención ante una determinada conducta es imprescindible conocer sus antecedentes y todos los factores que pueden estar influyendo en su intensidad o en la frecuencia de aparición del SCPD (Pinazo et al., 2021).

Por un lado, los desencadenantes ambientales pueden estar relacionados con el entorno físico (escasez de espacio personal, baños y habitaciones compartidas), o con la interacción con otras personas (residentes, familiares o profesionales del cuidado). En estudios previos también se relacionaron las dificultades para comprender y responder a estos desencadenantes ambientales con un aumento de SCPD. Por ejemplo, ante restricciones físicas (silla de ruedas bloqueada) o sonidos fuertes (teléfono, alarmas...) (Verhees et al., 2024). El reconocimiento temprano de los SCPD es crucial para un abordaje integral y personalizado, por lo que el personal auxiliar de enfermería se encuentra en una posición única para la observación.

### ***1.2.1 Relevancia del Personal de Atención Directa***

El personal técnico (departamento de medicina, psicología...) debe actuar de forma proactiva en el diseño de intervenciones y la realización de investigaciones que permitan una mejor comprensión y abordaje de los SCPD (Grootscholten et al., 2023).

Sin embargo, es el personal de atención directa quien está en un puesto privilegiado de cara a la observación continua del comportamiento de las personas mayores con demencia, por lo que su papel en la detección temprana es crucial. Este hecho ampara la necesidad de formar en la observación, desde una perspectiva grupal analizando interacciones físicas y verbales/no verbales entre residentes, y en el registro, recogiendo la duración, intensidad y grado de perturbación (Bilal et al., 2024).

Las intervenciones para disminuir los SCPD a largo plazo requieren abordar las causas subyacentes y centrarse en las necesidades individuales, en lugar de en el comportamiento en sí mismo. El personal de atención directa suele emplear actuaciones reactivas, orientadas a suprimir el desencadenante para disminuir los SCPD en un período breve, sin explorar las causas y necesidades individuales. Es por ello que, para implementar intervenciones a largo plazo siguiendo un enfoque integral y personalizado, se debe capacitar al personal para observar de forma estructurada, identificar necesidades no satisfechas y comprender los SCPD (Grootscholten et al., 2023).

La evidencia empírica sobre la eficacia de intervenciones no farmacológicas para reducir la prevalencia de SCPD es escasa, pero existe evidencia más sólida en cuanto al empleo de un enfoque personalizado para su manejo. La literatura previa reciente respalda un efecto estadísticamente significativo con intervenciones que incluyeron la formación del personal en distintas actuaciones no farmacológicas (entre ellas la estimulación multisensorial, el reconocimiento del dolor con un manejo adecuado, o el baño personalizado) siguiendo un enfoque multidimensional (Bilal et al., 2024).

### ***1.2.2 El Síndrome de Burnout***

El síndrome de Burnout, según la Organización Mundial de la Salud, se define como un “resultado del estrés laboral crónico que no se ha gestionado con éxito”. Este síndrome se caracteriza por las siguientes dimensiones: sensación de agotamiento o falta de energía, mayor distanciamiento mental del trabajo o sentimientos de negativismo relacionados con él, y la reducción de la eficacia profesional (OMS, 2019). La literatura previa ha constatado que el Burnout se relaciona con el deterioro de la memoria, la disminución de las funciones ejecutivas y aumenta la rotación laboral en profesionales sanitarios (Kent et al., 2025). Esto afecta a la atención brindada a las personas residentes, suponiendo una disminución en la calidad asistencial (Sarabia et al., 2021).

El personal de atención directa de las residencias de mayores, es decir, la figura de auxiliares de enfermería en el ámbito gerontológico, representa una de las poblaciones más vulnerables ante el Burnout (Sarabia et al., 2021). Aunque la enfermería en sí misma es una profesión altamente ligada a este síndrome, con una prevalencia de entre el 50% y el 60% (Kent et al., 2025), estudios previos indican que el personal de enfermería en entornos relacionados con cuidados a largo plazo refleja un mayor agotamiento y niveles de estrés más elevados que en otros campos de atención no institucional (Chao, 2019). Así mismo, investigaciones mundiales sugieren que el agotamiento emocional y la despersonalización tienen mayor incidencia en profesionales que trabajan en residencias de personas mayores (Harrad y Sulla, 2018).

La alta prevalencia del Burnout en este gremio se debe a la exposición de factores estresantes, como las cargas de trabajo elevadas, rotación de turnos, presión en el tiempo de las tareas, cansancio físico, etc. (Chao, 2019). Así mismo, el entorno residencial se encuentra ligado a otros factores de índole psicosocial, como el contacto continuo y directo con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte (Kent et al., 2025); y de carácter organizacional, como la sobrecarga de trabajo y la falta de reconocimiento profesional (Sarabia et al., 2021).

Para apoyar un buen desempeño de sus funciones en el ámbito residencial, es importante analizar su situación velando por el bienestar mutuo, tanto del personal como de residentes. Si no se aborda adecuadamente, este síndrome puede desencadenar en la desmotivación profesional, deterioro de la calidad de vida y de la calidad asistencial. (Sarabia et al., 2021). En caso de prolongarse de forma crónica en el tiempo, el Burnout supondrá a nivel profesional un mayor aumento de la rotación y ausentismo, accidentes laborales, escasez de personal y depresión. Así mismo, también se asocia con eventos adversos en pacientes o fallecimientos (Kent et al., 2025).

En las investigaciones que evaluaron la relación entre el agotamiento del personal de atención directa y el bienestar de las personas mayores en entornos residenciales, se encontró que mayores niveles del Burnout se asociaban con una menor calidad de vida percibida, aumentando los síntomas depresivos en residentes y la disminución de la satisfacción residencial (Chao, 2019).

### ***1.2.3 Calidad de Vida y Modelo de Atención Centrada en la Persona***

Teniendo en cuenta que las personas mayores institucionalizadas en centros de atención residencial tienen más posibilidades de experimentar una disminución en la calidad de vida, es importante conocer el impacto añadido de los SCPD. Estos comportamientos, además de asociarse con una mayor morbilidad y mortalidad, también implican una calidad de vida reducida. Es por ello que resulta relevante explorar intervenciones que han demostrado reducir significativamente la prevalencia de estos comportamientos, como terapias asistidas con animales y robots, con música o muñecas. Este tipo de intervenciones están diseñadas bajo un enfoque de calidad atencional para personas con demencia, buscando minimizar la angustia, conocer a la persona, preservar el confort y mantener la calidad de vida (Murphy et al., 2023). En algunas intervenciones, como musicoterapia, arteterapia u otras basadas en el análisis funcional, además de observarse beneficios a nivel comportamental y una mejora en la calidad de vida de los residentes, también se valoró un impacto positivo en los profesionales y las familias (Harrison et al., 2022).

Si se persigue una mejora en la calidad de vida de adultos mayores con demencia, la atención no debe recaer exclusivamente en factores biológicos y funcionales, sino también en la identidad y la propia persona (Maya, 2020). Según el Plan Global de Acción de la OMS (2017), en todos los entornos en los que residen personas con demencia se requiere una atención centrada en la persona (ACP) basada en la evidencia. Aunque la ACP se toma como un modelo estándar de atención en la demencia, en situaciones específicas que involucran SCPD se precisa concretar cómo respetar la dignidad de la persona en ese contexto (Barth, 2024). La ACP se trata de un enfoque diseñado para mantener la calidad de vida, que también puede reducir el comportamiento desafiante personalizando la atención, adaptando el entorno y priorizando la relación interpersonal frente a la tarea (Richter et al., 2022). En comparación con otros enfoques, la ACP muestra mayores evidencias en cuanto al manejo de SCPD. Esto se ha demostrado mediante programas de capacitación enfocados en áreas de cuidado concretas, por ejemplo el baño o la hora de comer (Burshnic et al., 2018). Otros estudios establecen que intervenciones basadas en la ACP no solo han mejorado significativamente las habilidades de comunicación verbal y no verbal, la empatía y la actitud del personal hacia los residentes, sino que también ha reflejado mejoras en el bienestar mutuo (Brown et al., 2020). La capacitación en este enfoque atencional permitirá al personal comprender

y relacionarse mejor con la persona con demencia, siendo para ello necesario conocer la historia personal, mantener el respeto individual y una buena colaboración entre todos los roles profesionales (Backhouse et al., 2022).

Para implementar el modelo de ACP en centros residenciales se requiere de un equipo interprofesional que apoye al personal directo, permitiendo así ofrecer una mejor atención y anticipar más fácilmente los SCPD (Murphy et al., 2023). Desde la ACP, estos comportamientos se conciben como expresiones conductuales de necesidad, entendidas como una respuesta ante demandas ambientales y sociales (Fazio et al., 2020). Sin embargo, en algunos estudios se han encontrado dificultades en la implementación de la ACP en residencias de mayores. Las principales barreras encontradas han sido la percepción de una mayor carga de trabajo, por falta de tiempo, apoyo y colaboración; dudas sobre su viabilidad teniendo en cuenta los escasos recursos humanos; y una limitada actitud colectiva, reflejada en dificultades comunicativas entre el equipo y falta de implicación interprofesional. Por otro lado, los factores que facilitaron la implementación de la ACP han sido el trabajo en equipo y la colaboración del personal, desarrollar la tolerancia ante las conductas desafiantes, experimentar soluciones y enfoques novedosos, y ampliar la visión de la atención asistencial, permitiendo la participación de familiares (Richter et al., 2022).

#### ***1.2.4 Intervención Psicoeducativa***

La psicoeducación se define como una forma de educación basada en la concienciación y la capacitación. Esta combina elementos de la terapia de grupo, la pedagogía y el enfoque cognitivo-conductual, promoviendo la participación y brindando las herramientas necesarias (Oliveira et al., 2024). Un programa psicoeducativo se basa en una intervención estructurada con un número de sesiones delimitadas. Para llevarlo a cabo es necesario diseñar y estructurar el programa, formular objetivos concretos, planificar la intervención y pautar el método de evaluación de las actividades realizadas (Trigoso y Vásquez, 2024).

El diseño de las intervenciones psicoeducativas (Oliveira et al., 2024) puede variar según diversos factores:

- Según el formato: puede desarrollarse de forma individual o en grupo. La psicoeducación grupal suele ser el formato más elegido ya que facilita la

interacción entre los miembros, creando una dinámica en la que compartir ideas, experiencias y problemas

- Según el modelo: modelo de información (conocimiento general), modelo de capacitación (adquisición de habilidades y autocompetencias), modelo de apoyo (grupo de apoyo/autoayuda) y modelo integral (combinación de los anteriores).
- Según el rol: psicoeducación activa (el facilitador psicoeducativo participa activamente) o pasiva (asimilación de información de manera independiente, mediante lectura de folletos, material audiovisual, etc.).
- Según el enfoque: paternalista (no se consideran las preferencias de los participantes) o colaborativo (diálogo, reflexión y co-construcción).
- Según la estructura: el programa psicoeducativo se compone de varias sesiones, previamente planificadas. Generalmente comienza con el contenido teórico y termina con el entrenamiento en habilidades, poniendo en práctica los conocimientos adquiridos.
- Según la temporalización: la psicoeducación breve (10 sesiones o menos) y la psicoeducación media (12 sesiones o más). El número de sesiones puede variar entre 5 y 24, agrupadas principalmente de forma semanal o mensual.
- Según la duración: las sesiones grupales suelen tener una duración aproximada de 40/60 minutos cada una.

En estudios previos se constata que los programas de intervención psicoeducativa han resultado eficaces en la concienciación del personal de cuidados de larga duración. Esto se confirma mediante la comparación de resultados pre-programa y post-programa, observándose mejoras tanto en la calidad de vida como en el conocimiento relacionado con los cambios del envejecimiento en los residentes de centro geriátricos y su manejo (Fathy, 2021). Son diversas las investigaciones enfatizan en la importancia de formar a las profesionales de atención directa en el abordaje de conductas desafiantes y el manejo del estrés, ya que la psicoeducación y una buena capacitación puede amortiguar el estrés derivado del Burnout, mejorando la salud mental del personal de atención directa y la calidad atencional (Sarabia et al., 2021). Por otro lado, los programas psicoeducativos basados en la relajación han tenido un impacto positivo en profesionales de enfermería, reduciendo el estrés y mejorando la calidad de la atención brindada (Abdullah et al., 2024).

### **1.3 Objetivos**

El objetivo principal de este Trabajo Fin de Máster es desarrollar un programa de formación para el abordaje y manejo de los SCPD de los residentes. Esta propuesta de intervención está dirigida a profesionales de atención directa en residencias de personas mayores, pretendiendo mejorar la calidad de vida de los residentes y reducir el desgaste profesional y agotamiento emocional en el personal cuidador.

## **2. Programa de Intervención**

### **2.1 Contextualización**

En el panorama actual de envejecimiento poblacional, los SCPD representan un desafío en el ámbito de los cuidados de larga duración. Las personas mayores que residen en entornos institucionalizados suelen presentar una alta prevalencia de estos comportamientos desafiantes, los cuales afectan tanto a su bienestar como al del personal, generando un gran impacto en la calidad asistencial. En este sentido, el perfil profesional de atención directa desempeña un papel fundamental al establecer un vínculo más estrecho y continuo con las personas mayores. Son, por tanto, quienes afrontan con mayor frecuencia la gestión de estos comportamientos. Sin embargo, la falta de recursos formativos y el elevado desgaste emocional derivado del manejo de estas situaciones aumentan el estrés y el síndrome de Burnout.

En respuesta a ello, se plantea un programa de intervención psicoeducativa orientado a mejorar la comprensión y el manejo de los SCPD más frecuentes, ofreciendo herramientas que faciliten su detección y prevención. Entre los SCPD más frecuentes se encuentran la agresividad física y/o verbal, la agitación, la ansiedad, la depresión, la apatía y el negativismo. También son muy comunes los trastornos relacionados con el sueño o la conducta alimentaria, así como la labilidad emocional y la irritabilidad. Además, el programa pretende promover un cuidado de calidad basado en la empatía, fortaleciendo a su vez el bienestar del personal y la calidad de vida de las personas mayores con demencia.

Cabe destacar desde un inicio que la redacción de este texto pretende contemplar la importancia del lenguaje inclusivo, a la vez de ofrecer una lectura ágil. Es por ello que, ya que la mayoría de usuarios/as de la residencia son hombres, cada vez que se haga alusión a los/as residentes del centro se empleará el masculino. Por otro lado, debido a

que la totalidad de trabajadores/as en el centro son mujeres, cuando se haga referencia a las/os profesionales gerocultores o auxiliares de enfermería, se utilizará el femenino.

Este programa está diseñado para su implementación en la Residencia ServiSenior Brión II, la cual se considera una mini residencia al tener 59 plazas, y presta atención socioasistencial a personas mayores que precisan cuidados y atención especializada. Entre la oferta asistencial se encuentran servicios asistenciales como medicina y enfermería general, fisioterapia, depósito de medicamentos, personal gerocultor y auxiliar de enfermería. También existen otro tipo de servicios como animación sociocultural peluquería, podología, lavandería y acompañamiento hospitalario.

Por otro lado, el centro cuenta con numerosos protocolos, tales como ingreso y acogida, prevención de caídas, de úlceras por presión (UPP), cambios posturales, atragantamiento, fuga, malos tratos, sujeciones físicas y buenas prácticas. A pesar de ello, no existe un protocolo específico al alcance del personal del centro que indique pautas concretas que sirvan de guía para abordar correctamente los SCPD. Concretamente, en esta residencia se observa una alta prevalencia en el negativismo, la agitación, agresividad verbal, depresión, irritabilidad, y en relación con la conducta alimentaria. Por tanto, queda plasmada la necesidad de formar a los profesionales del centro este aspecto para conseguir una mejor actuación e incrementar la calidad de vida, tanto de residentes como de trabajadores. Aunque el programa se encuentra mayoritariamente orientado a los SCPD más frecuentes en este centro, ya comentados, también se incluyen otros comportamientos como la ansiedad, la apatía, labilidad emocional, o trastornos del sueño. Se trata de manifestaciones cuya presencia suele conllevar la aparición de otras conductas (por ejemplo, la apatía puede derivar en negativismo), o de comportamientos puntuales cuyas repercusiones adversas son relevantes (por ejemplo, agresividad física).

## **2.2 Objetivos del Programa**

El objetivo del programa es la capacitación del personal de atención directa en el abordaje de los SCPD de mayor prevalencia, mejorando las habilidades en su detección, manejo y prevención desde un enfoque integral.

Por otra parte, los objetivos específicos son:

- Familiarizar y capacitar al personal con estrategias prácticas y propuestas no farmacológicas que permitan una mejor intervención en el manejo de SCPD.

- Aumentar sus competencias en la detección y modificación de factores desencadenantes de los SCPD.
- Mejorar las habilidades comunicativas y fomentar la empatía entre las profesionales y los residentes.
- Afianzar conocimientos básicos sobre las características de la demencia.
- Concienciar sobre la preservación de la calidad de vida, tanto de los residentes como del personal de atención.
- Adquirir estrategias de control emocional y autorregulación, útiles en la prevención del síndrome de Burnout por parte de las profesionales.

### **2.3 Destinatarios**

Esta propuesta de intervención psicoeducativa está dirigida al personal de atención directa de la residencia Servisenior de Brión II con implicación en el cuidado de los residentes. Concretamente a las auxiliares de enfermería y gerocultoras, contemplando tanto perfiles activos (trabajando actualmente en el centro) como otros perfiles (estudiantes en prácticas, trabajadores eventuales que cubren bajas laborales, bajas por maternidad...).

Se requiere valorar inicialmente el grado de colaboración y compromiso, ya que una buena predisposición a la participación activa a lo largo de todo el programa actuará como precursor sobre la implementación del programa en la práctica diaria.

### **2.4 Recursos**

Los recursos necesarios para llevar a cabo el programa son, en primer lugar, contar con un espacio amplio, una sala o habitación que tenga la capacidad de albergar la totalidad de participantes, permitiendo una distribución dinámica para las actividades grupales.

Por otra parte, los recursos materiales consistirán en un proyector o pantalla digital, además de altavoces y un ordenador o dispositivo que permita la presentación del material didáctico previamente diseñado (PowerPoint, casos prácticos, etc.). También se precisarán mesas, sillas, folios, bolígrafos, y una pizarra o pantalla de gran tamaño para anotaciones.

Además, se distribuirá impreso el material de evaluación en las sesiones correspondientes, así como resúmenes escritos a modo de píldoras informativas. Finalmente, es necesario tener en cuenta posibles recursos económicos, como el desplazamiento del profesional o el coste del material facilitado.

## **2.5 Metodología de la Intervención**

La metodología de la intervención está basada en un enfoque psicoeducativo. El programa contará con doce sesiones grupales presenciales, combinando actividades teóricas y prácticas que fomenten la participación. Las sesiones quedarán divididas en dos fases:

- Primera fase: abarcará los dos primeros meses, se impartirán seis sesiones con la finalidad de motivar al personal y fomentar su adherencia al programa. Para comprobar si el programa está resultando eficaz, en la primera y última sesión de la primera fase se llevará a cabo la aplicación de los cuestionarios de calidad de vida (**Anexo I**) y de Burnout (**Anexo II**).
- Pausa: seguidamente, se hará una pausa de dos meses para evitar la saturación de las profesionales y garantizar la continuidad de la asistencia. También será útil para comprobar en el desempeño de las futuras sesiones si se han integrado correctamente los aprendizajes de la primera fase.
- Segunda fase: se impartirán las seis sesiones restantes, continuando con el desarrollo del programa. En la última sesión de esta segunda fase, se aplicarán nuevamente los cuestionarios de calidad de vida (**Anexo I**) y de Burnout (**Anexo II**).

Cada sesión comenzará con una introducción breve, seguida de la exposición de la parte teórica a modo de píldora informativa. Luego, tendrán lugar las actividades prácticas relacionadas con cada tema mediante la presentación de un caso, y posteriormente dinámicas grupales y ejercicios de simulación. Finalmente, al término de cada una se dejará espacio de cierre para compartir dudas o intercambiar aportaciones, fomentando el diálogo y la participación.

Para permitir un muestreo de la frecuencia de los SCPD, se ha diseñado una ficha de registro basada en el análisis funcional de conducta (**Anexo III**). Esta herramienta tiene como base la metodología observacional y permite registrar de forma sencilla la frecuencia de SCPD en la residencia.

En la sesión final de la segunda fase se administrará un cuestionario para evaluar la satisfacción de las participantes con el programa (**Anexo IV**). Así mismo, al finalizar cada una de las sesiones de ambas fases el profesional que imparta el programa, un psicogerontólogo o psicólogo experto en psicogerontología, se encargará de cubrir un formulario de registro de participación y asistencia (**Anexo V**).

## 2.6 Actividades

Las actividades psicoeducativas contarán con una explicación y definición de los principales SCPD (negativismo, agresividad, depresión, ansiedad, irritabilidad, agitación, trastornos de la conducta alimentarias, etc.), junto con estrategias básicas de manejo. Además, en cada sesión se incluirán casos prácticos con ejemplos que faciliten la integración del aprendizaje y la aplicabilidad de las estrategias. A continuación, se detalla el contenido, la duración y objetivos de cada una de las actividades propuestas en las sesiones.

**Tabla 1. Evaluación y Sesión 1: Presentación del Programa y Conceptos Clave**

<b>Objetivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar a las participantes sobre la utilidad del programa y facilitar su adherencia a él.</li> <li>• Presentar las diversas sesiones, explicando conceptos básicos iniciales.</li> </ul>
<b>Descripción</b>
<p>Tendrá lugar la presentación del programa, fundamentando su utilidad y la importancia de los objetivos. A continuación, se llevará a cabo la evaluación, seguida de una introducción teórica a modo de píldora informativa con el fin de explicar conceptos clave acerca de la demencia, su evolución y conceptualización de los SCPD. Así mismo, se explicará la forma en la que se registrarán los comportamientos más frecuentes y cómo identificarlos. Al final, se reservarán unos minutos para intercambiar dudas y aportaciones.</p>
<b>Actividades a Realizar</b>
<p><b>1) Presentación del programa (20 minutos)</b></p> <p>Inicialmente se llevará a cabo la presentación entre la persona que imparte el programa y las participantes. Luego, se explicará la finalidad, estructura e importancia del programa, además de enfatizar en los beneficios de una implicación y participación activa.</p>

---

**2) Evaluación (15 minutos)**

La evaluación consistirá en administrar el cuestionario de Burnout (MBI) y la escala de calidad de vida (CVS-R), de aplicación individual.

**3) Introducción teórica (20 minutos)**

Siguiendo la presentación PowerPoint, se proporcionarán píldoras informativas sobre la demencia y su evolución, pretendiendo sensibilizar y concienciar. Además, se facilitará la comprensión de los SCPD como una manera de comunicar necesidades, estableciendo una relación entre el deterioro cognitivo y la aparición de estas conductas.

**4) Debate y cierre (5 minutos)**

Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de las participantes.

---

**Duración**

---

60 minutos

---

**Tabla 2. Sesión 2: Estrategias Básicas de Comunicación**

---

**Objetivos**

---

- Adquirir habilidades comunicativas adaptadas a la demencia.
  - Reforzar el vínculo relacional y mejorar el bienestar.
- 

**Descripción**

---

En esta sesión se proporcionarán estrategias básicas para mantener una comunicación efectiva con adultos mayores con demencia, ya que supone un aspecto clave en la prevención y manejo de los SCPD. Al final, se reservarán unos minutos para intercambiar dudas y aportaciones.

---

**Actividades a Realizar**

---

**1) Presentación de la sesión (10 minutos)**

Inicialmente se presentará la temática y el formato de la sesión. También se explicará en qué consistirá la actividad práctica.

**2) Introducción teórica (20 minutos)**

Siguiendo la presentación PowerPoint, se proporcionarán píldoras informativas sobre las herramientas básicas para comunicarse a nivel verbal y no verbal, incidiendo en las posibles limitaciones que se presentan en la demencia.

---

---

**3) Actividad práctica (25 minutos)**

La actividad práctica consistirá en un Role-playing grupal, en el que se simularán situaciones reales de posibles conflictos en la comunicación con residentes que tengan distintos niveles de déficits en el uso del lenguaje con el fin de buscar y adaptar nuevas alternativas comunicativas.

**4) Debate y cierre de sesión (5 minutos)**

Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de las participantes, y recoger las principales conclusiones de la sesión.

---

**Duración**

---

60 minutos

---

**Tabla 3. Sesión 3: Aplicación Práctica del Modelo ACP**

---

**Objetivos**

---

- Comprender el modelo ACP y cómo aplicarlo en el abordaje de SCPD.
- Diseñar pequeñas acciones para facilitar su implementación en el ámbito residencial.

---

**Descripción**

---

En esta sesión se proporcionará información acerca del modelo ACP desde un enfoque práctico, empleando casos reales para analizar de manera grupal. También se debatirá acerca de los desafíos en su implementación y cómo pequeñas acciones pueden marcar la diferencia. Al final, se reservarán unos minutos para intercambiar dudas y aportaciones.

---

**Actividades a Realizar**

---

**1) Presentación de la sesión (10 minutos)**

Inicialmente se presentará la temática y el formato de la sesión. También se explicará en qué consistirá la actividad práctica.

**2) Introducción teórica (20 minutos)**

Siguiendo la presentación PowerPoint, se proporcionarán píldoras informativas sobre el modelo de ACP y su relación con el abordaje de SCPD. Se hará hincapié en las

---

---

principales barreras para su implementación, explorando posibles alternativas con bajo coste de recursos que permitan realizar pequeños cambios de manera progresiva.

**3) Actividad práctica (25 minutos)**

Se realizará una dinámica grupal en la que, mediante la presentación de casos prácticos reales, se trabajará conjuntamente en la aplicación del modelo ACP en diversas situaciones del ámbito residencial. Por ejemplo, en el aseo (regular temperatura del agua), la toma de decisiones (ofrecer varias posibilidades a elegir), reconducción conductual ( a través del control estimular), etc. Para ello es importante tener en cuenta la historia de vida individual de cada residente, conocer qué estímulos son relevantes y agradables para cada uno de ellos , y permitir su implicación en las tareas de la vida diaria, incluso en las que no puedan realizar de manera autónoma.

**4) Debate y cierre de sesión (5 minutos)**

Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de las participantes, y recoger las principales conclusiones de la sesión.

---

**Duración**

---

60 minutos

---

**Tabla 4. Sesión 4: Importancia y Prevención de los SCPD**

---

**Objetivos**

- Comprender la prevalencia y el impacto de los SCPD, identificando factores de riesgo y de protección.
- Reconocer la importancia de la prevención y la detección temprana.

---

**Descripción**

En esta sesión se analizará la elevada frecuencia de las SCPD (especialmente las conductas de negativismo, agitación, agresividad verbal, depresión e irritabilidad) y sus repercusiones. Además de una introducción teórica, también se trabajarán casos prácticos para analizar factores que pueden influir en la manifestación de los SCPD. Al final, se reservarán unos minutos para intercambiar dudas y aportaciones.

---

**Actividades a Realizar**

---

**1) Presentación de la sesión (10 minutos)**

Inicialmente se presentará la temática y el formato de la sesión. También se explicará en qué consistirá la actividad práctica.

---

---

**2) Introducción teórica (20 minutos)**

Siguiendo la presentación PowerPoint, se proporcionarán píldoras informativas sobre la prevalencia y el impacto de los SCPD en el bienestar, tanto de residentes (menor calidad de vida, etc.) como del personal (burnout, etc.), haciendo énfasis en la importancia de la prevención. Se detallarán factores de riesgo y de protección (ambientales, personales...) que permitirán una detección temprana.

**3) Actividad práctica (25 minutos)**

Se realizará una dinámica grupal empleando vídeos sobre casos prácticos. Esta consistirá en analizar posibles desencadenantes mediante la observación, acompañado de un debate grupal en el que se deberá de relacionar la prevención de los SCPD con las sesiones anteriores (estrategias de comunicación y modelo ACP).

**4) Reflexión y cierre de sesión (5 minutos)**

Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de las participantes.

---

**Duración**

60 minutos

---

**Tabla 5. Sesión 5: Abordaje de Agresividad y Agitación**

---

**Objetivos**

- Identificar factores desencadenantes en SCPD concretos.
- Adquirir estrategias en el abordaje de la agresividad y la agitación.

---

**Descripción**

En esta sesión se comenzará con la implementación de las estrategias para manejar diversos SCPD, concretamente agresividad y agitación. Se comenzará con una introducción teórica para conceptualizar y reconocer ambas conductas, seguida de casos prácticos con el fin de diseñar un abordaje integral. Al final, se reservarán unos minutos para intercambiar dudas y aportaciones.

---

**Actividades a Realizar****1) Presentación de la sesión (10 minutos)**

Inicialmente se presentará la temática y el formato de la sesión. También se explicará en qué consistirá la actividad práctica.

---

---

**2) Introducción teórica (20 minutos)**

Siguiendo la presentación PowerPoint, se proporcionarán píldoras informativas sobre los conceptos de agresividad y agitación, claves para reconocerlos y los principales desencadenantes. Así mismo, se proporcionarán estrategias de abordaje desde un enfoque integral.

**3) Actividad práctica (25 minutos)**

Se realizará una dinámica grupal empleando casos prácticos concretos en los que se observen diversas manifestaciones de agresividad, por un lado, y agitación, por otro. En cada caso, se debatirá en grupo cuáles de las estrategias comentadas se podrían aplicar y cuáles serían los pasos a seguir para intervenir de forma eficaz.

**4) Reflexión y cierre de sesión (5 minutos)**

Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de las participantes.

---

**Duración**

---

60 minutos

---

**Tabla 6. Evaluación y Sesión 6: Abordaje de Negativismo y Apatía**

---

**Objetivos**

- Identificar factores desencadenantes en SCPD concretos.
- Adquirir estrategias en el abordaje de la apatía y la negación.

---

**Descripción**

En esta sesión se trabajará la adquisición de estrategias para el manejo de SCPD, concretamente apatía y negación. Se comenzará con una introducción teórica para conceptualizar y reconocer ambas conductas, seguida de casos prácticos con el fin de diseñar un abordaje integral. Al final, se realizará una evaluación para comprobar si la aplicación de las seis primeras sesiones ha tenido un impacto significativo, y se reservarán unos minutos para intercambiar dudas y aportaciones.

---

**Actividades a Realizar**

---

**1) Presentación de la sesión (10 minutos)**

Inicialmente se presentará la temática y el formato de la sesión. También se explicará en qué consistirá la actividad práctica.

---

---

**2) Introducción teórica (15 minutos)**

Siguiendo la presentación PowerPoint, se proporcionarán píldoras informativas sobre los conceptos de apatía y negación, claves para reconocerlos y los principales desencadenantes. Así mismo, se proporcionarán estrategias de abordaje desde un enfoque integral.

**3) Actividad práctica (15 minutos)**

Se realizará una dinámica grupal empleando casos prácticos concretos en los que se observen diversas manifestaciones de apatía, por un lado, y negación, por otro. En cada caso, se debatirá grupalmente cuáles de las estrategias comentadas se podrían aplicar y cuáles serían los pasos a seguir para intervenir de forma eficaz.

**4) Evaluación (15 minutos)**

La evaluación consistirá en administrar el cuestionario de Burnout (MBI) y la escala de calidad de vida (CVS-R), de aplicación individual.

**5) Reflexión y cierre de sesión (5 minutos)**

Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de las participantes.

---

**Duración**

---

60 minutos

---

**Tabla 7. Sesión 7: Estrategias de Manejo Emocional**

---

**Objetivos**

---

- Prevenir el desgaste emocional ocasionado por el manejo de SCPD.
  - Adquirir competencias en el autoconocimiento y la regulación emocional.
- 

**Descripción**

---

Esta sesión, la primera de la segunda fase tras el descanso de dos meses, se centrará en dotar a las profesionales con herramientas para reconocer el propio desgaste emocional. Además, se explicará de manera dinámica aspectos esenciales para el manejo emocional, seguido de una actividad práctica para ejercitar la autorregulación. Al final, se reservarán unos minutos para intercambiar dudas y aportaciones.

---

**Actividades a Realizar**

---

---

**1) Presentación de la sesión (10 minutos)**

Inicialmente se presentará la temática y el formato de la sesión. También se explicará en qué consistirá la actividad práctica.

**6) Introducción teórica (20 minutos)**

Siguiendo la presentación PowerPoint, se proporcionarán píldoras informativas sobre el impacto de los SCPD en el desgaste emocional del personal y cómo prevenirlo desde el autoconocimiento. También se explicarán las principales estrategias de regulación emocional, para luego ponerlas en práctica.

**7) Actividad práctica (25 minutos)**

Se realizará una dinámica grupal en la que se pondrán en práctica las estrategias de regulación expuestas anteriormente. Se realizarán actividades de manera individual (como respiraciones guiadas), y también de un roll-playing, planteando diversas reacciones en el abordaje de SCPD y cómo reconducirlas (por ejemplo, si un residente me está gritando o insultando, ¿cómo reacciono yo? ¿Grito más alto, o cambio de lugar unos minutos para tomar aire y regularme?).

**8) Debate (5 minutos)**

Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de los participantes.

---

**Duración**

60 minutos

---

**Tabla 8. Sesión 8: Método de Validación**

---

**Objetivos**

- Conocer los fundamentos básicos del Método de Validación de Naomi Feil (Feil, 2002).
- Poner en práctica técnicas básicas de validación emocional, acompañamiento empático y escucha activa.

---

**Descripción**

En esta sesión se explorará el Método de Validación emocional, con el fin de mejorar el vínculo y la comunicación con la persona con demencia, especialmente en fases avanzadas. Tras plantear un acercamiento teórico, se realizarán una serie de ejercicios prácticos para fomentar el respeto hacia la realidad subjetiva de cada persona,

---

---

aceptando y acompañando su vivencia emocional. Se destacará la importancia de observar atentamente el lenguaje no verbal, y de cómo establecer una conexión significativa mejorará el bienestar de la persona y reducirá la frustración en las profesionales. Finalmente, se reservará un tiempo de reflexión y posibles dudas.

---

### **Actividades a Realizar**

---

#### **1) Presentación de la sesión (10 minutos)**

Se comentará la importancia de la validación en contextos de personas con demencia, así como la estructura y contenido de la sesión.

#### **2) Introducción teórica (20 minutos)**

Mediante el apoyo de una presentación audiovisual, se explorará el origen y los objetivos del Método de Validación de Naomi Feil. También se mostrarán ejemplos concretos de su aplicación mediante técnicas concretas (reformulación empática, contacto visual...).

#### **3) Actividad práctica (25 minutos)**

En la actividad práctica se trabajará por parejas mediante un role-playing. Una persona deberá asumir el rol de paciente con demencia, siguiendo un diálogo que simule una situación de confusión, miedo, repetición..., mientras que la otra persona pondrá en práctica las estrategias de validación emocional. Finalmente, cada pareja comentará cómo ha cambiado la dinámica en los casos en los que se ha validado la emoción frente a los que solo trataban de corregir la situación.

#### **4) Reflexión y cierre de sesión (5 minutos)**

Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de las participantes.

---

### **Duración**

---

60 minutos

---

**Tabla 9. Sesión 9: Abordaje de Ansiedad y Depresión**

### **Objetivos**

---

- Identificar signos depresivos y síntomas ansiosos en personas mayores.
  - Adquirir estrategias en el abordaje de la depresión y la ansiedad.
-

---

### **Descripción**

---

En esta sesión se proporcionarán estrategias para el reconocimiento y manejo de síntomas depresivos y ansiosos contextualizados como SCPD. Se comenzará con una introducción teórica para conceptualizar y reconocer la sintomatología principal, diferenciándola de otras manifestaciones emocionales propias del envejecimiento. Seguidamente, se trabajarán una serie de casos prácticos basados en situaciones reales con el fin de fomentar un acompañamiento basado en la empatía y afianzar habilidades de observación. Al final, se reservarán unos minutos para intercambiar dudas y aportaciones.

---

### **Actividades a Realizar**

---

#### **5) Presentación de la sesión (10 minutos)**

Inicialmente se presentará la temática y el formato de la sesión. También se explicará en qué consistirá la actividad práctica.

#### **6) Introducción teórica (20 minutos)**

Siguiendo la presentación PowerPoint, se proporcionarán píldoras informativas sobre los conceptos de ansiedad y depresión, así como algunas claves para reconocerlos en la demencia. Así mismo, se proporcionarán estrategias de abordaje desde un enfoque integral.

#### **7) Actividad práctica (25 minutos)**

Se realizará una dinámica grupal empleando casos prácticos concretos en los que se observen diversas manifestaciones de sintomatología depresiva y ansiosa, respectivamente. En cada caso, se trabajará por subgrupos en la observación y detección de síntomas emocionales con ayuda de fichas. Luego, se debatirá en grupo cuáles de las estrategias no farmacológicas se podrían aplicar a cada caso y la importancia de la empatía y la contención/soporte emocional como base de la intervención.

#### **8) Reflexión y cierre de sesión (5 minutos)**

Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de los participantes.

---

### **Duración**

---

60 minutos

---

**Tabla 10. Sesión 10: Abordaje de la Conducta Alimentaria y Trastornos del Sueño**

<b>Objetivos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar alteraciones frecuentes en la demencia relacionadas con la conducta alimentaria y trastornos del sueño.</li><li>• Adquirir estrategias no farmacológicas para su abordaje.</li></ul>
<b>Descripción</b>
En esta sesión se abordarán los comportamientos relacionados con el sueño y la alimentación. En primer lugar se planteará un recorrido teórico acerca de las causas y las conductas más frecuentes, seguido de una actividad práctica basada en la aplicación de estrategias de intervención ACP, respetando ritmos y necesidades. Al final, se reservarán unos minutos para intercambiar dudas y aportaciones.
<b>Actividades a Realizar</b>
<b>1) Presentación de la sesión (10 minutos)</b> Inicialmente se presentará la temática y el formato de la sesión. También se explicará en qué consistirá la actividad práctica.
<b>2) Introducción teórica (20 minutos)</b> Con el apoyo de una presentación didáctica, se abordarán los principales desafíos en la conducta alimentaria (rechazo, atracones...) y en las alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia diurna...).
<b>3) Actividad práctica (25 minutos)</b> Se llevará a cabo un análisis grupal de casos prácticos específicos, dos de cada modalidad, en los que se deberá trabajar en la identificación de señales de alerta que permitan la anticipación, y la implementación de estrategias no farmacológicas basadas en las rutinas y modificaciones ambientales.
<b>4) Reflexión y cierre de sesión (5 minutos)</b> Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de las participantes.
<b>Duración</b>
60 minutos

**Tabla 11. Sesión 11: Abordaje de la Irritabilidad y la Labilidad Emocional**

<b>Objetivos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Comprender las causas de la irritabilidad y la labilidad emocional en personas mayores con demencia.</li><li>• Familiarizarse con recursos de intervención emocional.</li></ul>
<b>Descripción</b>
Esta sesión se enfoca en la comprensión y abordaje de reacciones emocionales intensas, concretamente estados de irritabilidad y labilidad emocional. Tras una exposición teórica inicial, se trabajará ese contenido de manera práctica mediante casos y propuestas de abordaje de regulación y validación.
<b>Actividades a Realizar</b>
<b>1) Presentación de la sesión (10 minutos)</b> Se presentará de forma breve la sesión, explicando la temática y la dinámica grupal.
<b>2) Introducción teórica (20 minutos)</b> Siguiendo la presentación PowerPoint, se proporcionarán píldoras informativas sobre los conceptos básicos de labilidad emocional, diversas manifestaciones de la irritabilidad y factores desencadenantes (dolor, frustración...). Así mismo, se propondrán diferentes propuestas que permitan anticipar y manejar estos comportamientos.
<b>3) Actividad práctica (25 minutos)</b> La actividad práctica consistirá en la visualización de episodios reales de irritabilidad y cambios emocionales bruscos. Se debatirá por subgrupos qué estrategias emplear para reconducir, analizando el impacto de la comunicación verbal y no verbal, así como posibles desencadenantes.
<b>4) Reflexión y cierre de sesión (5 minutos)</b> Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de las participantes.
<b>Duración</b>
60 minutos

**Tabla 12. Sesión 12: Cierre del Programa**

<b>Objetivos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Favorecer la integración de los aprendizajes adquiridos.</li><li>• Valorar los aportes individuales y colectivos.</li><li>• Recibir <i>feedback</i> profesional acerca del programa.</li></ul>
<b>Descripción</b>
En la última sesión se facilitará la revisión de los temas tratados, resumiendo y refrescando lo esencial de las sesiones previas. También se reflexionará sobre el impacto del curso y el recorrido realizado. Finalmente, se culminará el programa con un tentempié a modo de aperitivo.
<b>Actividades a Realizar</b>
<p><b>1) Repaso teórico (25 minutos)</b></p> <p>Con la ayuda de la presentación PowerPoint, se hará un breve recorrido a modo de resumen de las sesiones anteriores, destacando las pinceladas más importantes de cada una.</p> <p><b>2) Evaluación post-programa (25 minutos)</b></p> <p>La evaluación consistirá en administrar el cuestionario de Burnout (MBI) y la escala de calidad de vida (CVS-R), de aplicación individual. Además, cubrirán un cuestionario de satisfacción.</p> <p><b>3) Cierre (10 minutos)</b></p> <p>Finalmente, se reservarán unos minutos para compartir dudas, sugerencias o aportaciones de las participantes. Se procederá a la degustación de un tentempié.</p>
<b>Duración</b>
60 minutos

## **2.7 Temporalización**

En un primer momento se había diseñado el programa en una única fase de 12 sesiones continuas. Sin embargo, reconociendo las limitaciones en la asistencia y el mantenimiento de la motivación, con el fin de garantizar la asistencia al programa completo y evitar la saturación del personal se consideró dividir la intervención en dos partes (**Tabla 13**), dejando una pausa de dos meses entre ambas fases (**Tabla 14**).

Finalmente, la programación se establece en 12 sesiones grupales, de 60 minutos de duración cada una, distribuidas en dos fases. En ambas fases se impartirá una sesión semanal durante seis semanas, por lo que cada fase durará un mes y medio, aproximadamente.

En una propuesta inicial se contemplaba impartir las sesiones los miércoles entre las 14:00 y las 15:00, por ser el horario que permitiría la mayor participación al coincidir con el cambio de turno y la siesta de los residentes. Sin embargo, tras valorar la realidad organizativa del centro resultó inviable impartir las sesiones grupales sin añadir un incentivo más allá de los beneficios que podría aportar el programa, ya que para las dos auxiliares que ese día terminan su jornada a las 14:00 las sesiones tendrían lugar fuera de su horario laboral. Es por ello que se han planteado dos alternativas realistas en función de la disponibilidad del centro:

- Sesiones en horario laboral: en coordinación con la dirección del centro, se propone integrar las sesiones dentro del horario laboral de las auxiliares. Esto supone la adaptación de turnos, para que la atención directa no se vea afectada, y también organizar relevos temporales que permitan la asistencia a las sesiones. En este caso, se descarta el horario de mañana debido a que existe más carga de trabajo (demanda de aseos, hacer camas, podología/peluquería, etc.). Por tanto, se plantea la franja horaria entre las 15:30 (momento en el que se incorpora la animadora sociocultural) y las 16:30 (justo antes de la merienda).
- Incentivo temporal: para mantener la propuesta inicial, impartiendo el programa fuera del horario laboral para las auxiliares que terminan el turno a las 14:00, se propone como incentivo una modificación temporal en el horario. Para compensar esa hora a mayores fuera de su horario laboral, las auxiliares afectadas podrán salir una hora antes de su jornada otro día de la semana, siempre y cuando no coincidan ambas en el día elegido. (Por ejemplo, si el programa se imparte los miércoles, una de ellas podría salir una hora antes el lunes y otra el jueves).

En el planteamiento de este programa, tras exponer las opciones tanto al personal de atención directa como al departamento directivo, se eligió de forma unánime la segunda opción: el incentivo temporal. Por tanto, las trabajadoras con horario de tarde comenzarían a las 14:00 y las del turno de mañana terminaban a las 15:00, por lo que el

programa se impartiría en su horario laboral; y quienes terminaban su turno a las 14:00 podrían salir una hora antes otro día de la semana a cambio de asistir al programa fuera de su horario laboral.

Además de estas propuestas planteadas, que pretenden evitar la percepción de que el programa supondrá una sobrecarga laboral adicional, se proponen otros incentivos como un diploma/certificado de participación que acredite su formación, y el reconocimiento profesional del centro, permitiendo que la asistencia al programa repercuta en la puntuación de los procesos de promoción interna.

Por otro lado, la temporalización de la evaluación del programa se llevará a cabo en tres momentos distintos:

- Evaluación pre-programa, en la primera sesión de la primera fase (sesión 1).
- Evaluación intermedia, en la última sesión de la primera fase (sesión 6).
- Evaluación post-programa, en la última sesión de la segunda fase (sesión 12).

**Tabla 13. Cronograma Fase 1**

Actividades	Mes 1				Mes 2	
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2
Evaluación Pre y Sesión 1						
Sesión 2						
Sesión 3						
Sesión 4						
Sesión 5						
Evaluación y Sesión 6						

**Tabla 14. Cronograma Fase 2**

Actividades	Mes 5				Mes 6	
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 1	Semana 2
Sesión 7						
Sesión 8						
Sesión 9						
Sesión 10						
Sesión 11						
Evaluación Post y Sesión 12						

## 2.8 Evaluación

Con el fin de evaluar la eficacia del presente programa de intervención y valorar si se han cumplido los objetivos, se realizarán diversas evaluaciones en las sesiones 1, 6 y 12, como se ha explicado anteriormente.

A pesar de realizarse en momentos distintos se emplearán los mismos instrumentos, detallados a continuación, para permitir una comparación fiable durante todo el programa. Como añadido, en la evaluación tras finalizar el programa (*post*) se administrará un cuestionario de satisfacción para valorar la conformidad de los participantes del programa. Así mismo, al final de todas las sesiones, la persona que imparta el programa registrará el desempeño general de los asistentes cubriendo fichas de evaluación continua.

Los instrumentos empleados, adjuntos en el apartado de Anexos, son los siguientes:

- **CVS-R: Escala de Calidad de Vida Subjetiva en Residencias de personas mayores** (Gonzalez et al., 2021) (**Anexo I**).

Este instrumento, dirigido al personal de atención directa, evalúa la importancia que se le atribuye a distintos factores que influyen en la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas. A través de él se pretende conocer cómo de relevante considera el profesional la presencia de esos elementos (por ejemplo, el trato recibido, el respeto a la autonomía, entorno físico, participación...) en relación con el bienestar de los

residentes. Resulta de utilidad para valorar cambios en la actitud del personal con respecto a la calidad de vida y atención residencial.

- **MBI: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory** (Seisdedos, 1997) (**Anexo II**).

Se trata de un cuestionario diseñado para evaluar la presencia y gravedad del desgaste profesional, denominado Burnout, así como el grado de implicación y satisfacción profesional. Cuenta con 22 ítems, en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del personal en su trabajo, aunque de forma general se centra en la medición de tres dimensiones distintas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Resulta de gran utilidad para la prevención del Burnout al identificar el riesgo de desgaste profesional, para el diseño de intervenciones específicas, y para evaluar la eficacia de programas de prevención.

- **Herramienta de registro de SCPD (Anexo III).**

La ficha de registro observacional, elaborada ad hoc, recogerá los SCPD más frecuentes para evaluar la prevalencia diaria de las conductas en la residencia. Esta ficha se cubrirá en tres ocasiones, durante la primera semana de la primera fase (tras impartir la primera sesión y formar en el registro e identificación de los SCPD), durante la primera semana de la segunda fase, y la última semana del programa. De este modo, se podrá analizar la evolución de estas conductas a lo largo del tiempo, comprobando si se produce una disminución en la aparición de SCPD tras la intervención.

- **Cuestionario de satisfacción (Anexo IV)**

Una encuesta individual para valorar la utilidad del programa. Cuenta con diez ítems en escala tipo Likert (del uno al siete) y dos preguntas de respuesta abierta.

- **Ficha de evaluación continua (Anexo V).**

Se trata de una ficha de elaboración propia diseñada para el registro de este programa. Consta de 10 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) que evalúan el nivel de participación, comprensión y desempeño de los profesionales a lo largo de las sesiones.

### 3. Estimación de Resultados y Discusión

La finalidad de esta propuesta de intervención psicoeducativa, dirigida al personal de atención directa del ámbito residencial, es mejorar su bienestar emocional y promover un abordaje más humano y eficaz en los SCPD. Dado que se trata de un diseño teórico del programa y que la intervención no se ha implementado de forma práctica, es necesario tener en cuenta que los resultados que se presentan a continuación son estimaciones basadas en estudios e intervenciones previas. La presente propuesta se apoya en la revisión de literatura científica y en el conocimiento previo del entorno en el que se plantea, por lo que la estimación de resultados se sustenta en lo esperable tras una hipotética aplicación del programa.

A pesar de las evidentes limitaciones organizativas a las que se enfrenta el funcionamiento de una residencia (excesiva carga laboral, alta rotación del personal, limitación de tiempo, ratios elevadas...), existen pequeños cambios significativos que se pueden llevar a cabo. Por ejemplo, partiendo de una forma más humana y consciente a la hora de comunicarse o realizando una mejor lectura emocional a través de la empatía, se puede generar un gran impacto en el trato directo. Es por ello que se prevé que la aplicación de este programa permita una intervención más centrada en la persona, permitiendo el predominio de un abordaje no farmacológico frente a la medicalización excesiva.

Se espera que la combinación de estrategias prácticas con el contenido teórico y la capacitación en aspectos de regulación emocional, traiga consigo una concienciación del personal con su propio bienestar y el ajeno, descubriendo que es posible cuidar sin descuidarse. Que las trabajadoras sean conscientes de que su situación laboral puede estar suponiéndole una sobrecarga, y que sean capaces de identificarla, además de ponerle nombre, es el primer paso para trabajar en su mejora. Es por ello que, aunque habría que explorar los resultados a largo plazo, el Burnout del personal podría disminuir con la ayuda de este programa gracias a la toma de conciencia, la voluntad de autocuidado y la adquisición de herramientas frente a la saturación.

Por otro lado, además de mejorar el bienestar emocional de las profesionales reduciendo las consecuencias del estrés y la sobrecarga laboral, este cambio traería consigo un aumento en la calidad de vida de los residentes; el cual se vería reflejado en una posible disminución de la frecuencia de los SCPD más desafiantes. Mediante la comparación de los registros observacionales sobre la periodicidad de estos comportamientos antes y después del programa, se prevé obtener una menor frecuencia en las conductas como la agresividad física, la agitación o el negativismo. Esta reducción en el último registro, reflejaría un impacto positivo de la formación del personal en la práctica diaria.

En cuanto a los resultados esperados en el MBI, que evalúa el Burnout, estos se podrían dividir en tres subapartados: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Tras la implementación del programa se espera que al comparar las puntuaciones previas (Sesión 1) con las evaluaciones posteriores (Sesiones 6 y 12), se

observe una disminución en el agotamiento emocional y la despersonalización, acompañado de un aumento en la realización personal. Estos cambios se lograrían gracias a los contenidos del programa centrados en la regulación emocional, permitiendo identificar factores estresores y desarrollar estrategias de afrontamiento que poner en práctica. Así mismo, esta intervención promueve un ambiente autoreflexivo que invita a comprender el origen del malestar laboral que pueden llegar a experimentar, reconociendo sus necesidades en el entorno de trabajo y validando la importancia de su rol profesional. Se pretende que esta propuesta de intervención permita crear un clima laboral más saludable y sostenible al reducir el impacto del Burnout, obteniendo un impacto positivo en el bienestar profesional, la realización personal y el autocuidado.

Con respecto a los resultados del CVS-R, que evalúa calidad de vida percibida en el entorno residencial, se anticipa una mejoría progresiva en las dimensiones relacionadas con los beneficios individuales (satisfacción con el entorno y el clima laboral) y globales (percepción del bienestar emocional de los residentes). De este modo, en la comparación entre puntuaciones pre-post se observaría una mayor concienciación del personal con los aspectos relativos a la calidad de vida subjetiva de los residentes. Este cambio en la percepción se lograría gracias a la reflexión sobre el papel profesional que se promueve desde el programa, alejado de un planteamiento puramente teórico y de transmisión. Se pretende que generar conciencia sobre las propias actitudes, el estilo de comunicación y de cuidado, así como los vínculos emocionales, permita desarrollar una visión más amplia e integral acerca de la calidad de vida, comprobando que su impacto en las personas mayores va más allá del cumplimiento de tareas básicas. Todo ello se lograría mediante una intervención que parte de la empatía, enfatizando en la validación emocional, para crear una interacción más significativa en el cuidado. De este modo, no solo mejoraría el clima laboral, sino que esa mayor implicación, tanto emocional como profesional, se vería reflejada en un acompañamiento más humano, consciente y personalizado que repercutiría positivamente en la calidad de vida de las personas mayores en su día a día. Por tanto, formar al personal para realizar una mejor lectura emocional y aplicar una cultura centrada en la persona, podría modificar su percepción con respecto a la toma de decisiones por parte de los residentes, la preservación de su libertad, la participación en las actividades cotidianas, y otros aspectos que se evalúan mediante el CVS-R para constatar un posible cambio de perspectiva.

Para determinar la eficacia de la intervención, se debería llevar a cabo un análisis estadístico que permita comparar las puntuaciones del MBI y el CVS-R, obtenidas en tres momentos distintos (evaluación preprograma, intermedia y postprograma). Para ello, se podría emplear un ANOVA de medidas repetidas para analizar si existen diferencias significativas entre las puntuaciones de un mismo grupo a lo largo del tiempo. En el caso del registro observacional de la frecuencia de SCPD, elaborado ad hoc para este programa, al tratarse de un instrumento no estandarizado los resultados se analizarían de forma descriptiva y exploratoria.

Un programa psicoeducativo orientado al abordaje de los SCPD podría, por tanto, actuar como herramienta preventiva y terapéutica frente al desgaste emocional del

personal de atención directa, pudiendo constatarse mediante el empleo del MBI, que evalúa el síndrome de Burnout. Se ha constatado que la sobrecarga emocional, la ansiedad y los síntomas depresivos tienen una elevada prevalencia en quienes atienden a personas con demencia (Sarabia et al., 2021), por lo que analizar el impacto que estas intervenciones tienen sobre la salud mental de los profesionales cuidadores es relevante. En este sentido, las intervenciones con enfoque integral que promueven la reflexión, la resiliencia y la autocompasión han demostrado reducir el agotamiento y el estrés, favoreciendo un mayor bienestar personal y profesional en el ámbito del cuidado (Sawyer, 2023).

Estas intervenciones también han demostrado reducir el impacto emocional negativo en quienes trabajan con pacientes con delirio u otros cuadros neuropsiquiátricos, como los SCPD, contribuyendo a una mejor calidad del cuidado brindado (Abdullah, 2024). Esta mejora atencional, por otra parte, tendría un impacto directo en la calidad de vida de los residentes. Se han evidenciado mejoras significativas en la calidad de vida tras una intervención psicoeducativa y también en la reducción de síntomas depresivos en cuidadores de personas con demencia, lo que valida la eficacia de estas iniciativas evaluando su impacto en el bienestar emocional (Huang, 2023).

Además, se ha señalado que al facilitar el acceso al apoyo social y promover una mejora de la autoeficacia mediante estos programas, se reducen significativamente estos efectos negativos fomentando el bienestar psicológico (Nasreen, 2024). De este modo, se podría evitar una escalada de las alteraciones conductuales, ya que las actitudes inmediatas del personal frente a estos comportamientos determinan, en cierto modo, su evolución. Aunque no se han encontrado estudios recientes que relacionen de forma causal los programas psicoeducativos con una menor frecuencia de SCPD, siguiendo la lógica de esta intervención al mejorar el bienestar psicológico y el abordaje práctico del personal de atención, se espera una posible reducción de la prevalencia de estas conductas, reduciendo sus consecuencias y evitando la vivencia del malestar a los residentes.

Con respecto a la satisfacción del personal con el programa, se espera una valoración positiva, especialmente en aspectos como la aplicabilidad de los contenidos y la percepción de mejora profesional. Se ha comprobado que una mayor interacción directa y cercana con el profesional especializado puede mejorar la asimilación de la información en los participantes y fortalecer el vínculo con el proceso de formación (Meyer, 2022). Además, si el programa se basa en una metodología participativa, las intervenciones psicoeducativas permiten mejorar los conocimientos, actitudes y competencias prácticas de los cuidadores en el trato con personas mayores con alteraciones conductuales o emocionales (Riasmi, 2020).

El interés en reducir el abordaje exclusivamente farmacológico de los SCPD radica en sus efectos secundarios: mayor número de caídas, incremento en el riesgo de accidentes cerebrovasculares, ansiedad o depresión en mujeres con mayor prescripción de psicofármacos... (Pinazo et al., 2021) y su comorbilidad con otras medicaciones. Es

por ello que este programa se ha centrado en capacitar al personal de estrategias alternativas para manejar las alteraciones comportamentales desde una perspectiva centrada en el enfoque psicoeducativo, de la mano del modelo de atención centrado en la persona. Por tanto, se espera que tras la intervención el abordaje farmacológico no sea considerado como el primer recurso y el personal de atención directa cuente con las estrategias prácticas necesarias para garantizar una mayor autoeficacia.

La elaboración de este programa de intervención psicoeducativa ha surgido como respuesta ante una necesidad observada en el entorno residencial: la dificultad del personal de atención directa para gestionar de manera adecuada los SCPD y sus implicaciones. Mi pretensión es que esta propuesta teórico-práctica pueda sea replicada, evaluada y perfeccionada en el futuro, convirtiéndose en una herramienta de cambio y transformación dentro del ámbito residencial.

### **3.1 Limitaciones**

A pesar de la aplicabilidad y el potencial práctico de esta intervención psicoeducativa, existen una serie de limitaciones que podrían condicionar su implementación e impacto.

En primer lugar, es probable encontrar un apoyo institucional limitado de cara a la aprobación de las medidas propuestas. A pesar de que este programa pretende contribuir a la reducción del Burnout, no prevé eliminar barreras estructurales internas ligadas al entorno residencial (escasez de personal, ratios reducidas, alta carga laboral, falta de reconocimiento personal...). Estas condiciones podrían reducir la continuidad del programa y la efectividad de la intervención.

Por otro lado, la disponibilidad horaria del personal también constituye una de las principales barreras a la hora de la participación. La implementación del programa requeriría una negociación institucional previa para reestructurar turnos, liberar tiempo de trabajo o permitir otro tipo de incentivos. Una propuesta fuera del horario laboral generaría rechazo ante las personas afectadas, conllevando desmotivación y una baja adherencia al programa.

Además, es posible que se observe una implicación desigual entre las participantes, ya que entran en juego factores personales (motivación, estado emocional, percepción de su posible utilidad, experiencias previas, etc.). La participación y el compromiso con el programa también podrían verse limitados por la posible presencia de síntomas depresivos o fatiga crónica.

A nivel metodológico, los puntos débiles de esta propuesta son la falta de un grupo control, lo que impide atribuir exclusivamente a la intervención los posibles efectos obtenidos; y que a pesar de emplear herramientas validadas estas son autoadministradas y podrían estar sujetas a la deseabilidad social. Así mismo, el registro observacional de la frecuencia de SCPD carece de validación psicométrica.

Por último, al estar planteado en un contexto concreto, es posible que la transferencia de este programa a otros entornos residenciales se vea limitada.

En resumen, a pesar de que estas limitaciones no invalidan el valor de la presente propuesta, es necesario tenerlas en cuenta a la hora de planificar posibles estrategias de mejora en futuras revisiones para mejorar su aplicación práctica y generalidad.

#### 4. Referencias

- Abdullah, S. O., El Din M Darweesh, A., A Mohammed, N., A Alkubati, S., & Alrasheeday, A. M. (2024). Effect of psychoeducational program and relaxation training on critical care nurses' stress regarding care of patients with delirium. *Journal of the Intensive Care Society*, 25(4), 399-406.
- Backhouse, T., Jeon, Y. H., Killett, A., & Mioshi, E. (2022). How do family caregivers and care home staff manage refusals of personal care in people with advanced dementia? *Dementia*, 21(8), 2458–2475.
- Barth, J. (2024). “Challenging behavior” in dementia care: Ethical complications of a well-intentioned concept. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1485319.
- Bilal, S., Obieta, A., Santos, T., Ahmad, S., & Elliot Ibrahim, J. (2022). Effects of nonpharmacological interventions on disruptive vocalisation in nursing home patients with dementia. A systematic review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 2, 718302.
- Brown, Ellen L. x, Agronin, M. E., & Stein, J. R. (2020). Interventions to Enhance Empathy and Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 13(3), 158-+.
- Burshnic, V. L., Douglas, N. F., & Barker, R. M. (2018). Employee attitudes towards aggression in persons with dementia: Readiness for wider adoption of person-centered frameworks. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(3), 176-187.
- Chan, D. K. Y., Chan, L. K. M., Kuang, Y. M., Le, M. N. V., & Celler, B. (2022). Digital care technologies in people with dementia living in long-term care facilities to prevent falls and manage behavioural and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *European Journal of Ageing*, 19(3), 309–323.
- Chan, H. M., Ho, K. H. M., Pang, R. C. K., & Chan, H. Y. L. (2024). Strategies and factors to enhance active participation of family caregivers of people with dementia in psychoeducation: A scoping review. *Dementia*, 23(2), 272-291.
- Chao, S. F. (2019). Does geriatric nursing staff burnout predict well-being of LTC residents? *Geriatric Nursing*, 40(4), 360-366.
- Fathy, A. (2021). Psycho-educational Program for Enhancing Quality of Life for Elderly at Geriatric Home. *NILES journal for Geriatric and Gerontology*, 4(1), 59-72.
- Fazio, S., Zimmerman, S., Doyle, P. J., Shubeck, E., Carpenter, M., Coram, P., ... & Pike, J. (2020). What is really needed to provide effective, person-centered care for behavioral expressions of dementia? Guidance from the Alzheimer's Association dementia care provider roundtable. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1582-1586.

- Feil, N. (2002). *Validación: Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas* (L. P. C. Andreu, Trad.). Herder Editorial. (Obra original publicada en inglés como *Validation. The Feil Method. How to Help Disorient*)
- González, N., Meilán, J., Ramos, J., Nicolás, I., & Llorente, T. (2021). Desarrollo de una escala de calidad de vida subjetiva en residencias de personas mayores (CVS-R). *Revista Española de Salud Pública*, (95), 172.
- Grootscholten, E., Poslawsky, I., & Bakker, T. (2023). Nursing staff's observations of BPSD amongst older adults with dementia living in a nursing home: A qualitative study. *Nursing Reports*, 13(1), 166–178.  
<https://doi.org/10.3390/nursrep13010018>
- Harrad y Sulla (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89 (Suppl 7), 60.
- Harrison, S. L., Dyer, S. M., Laver, K. E., Milte, R. K., Fleming, R., & Crotty, M. (2022). Physical environmental designs in residential care to improve quality of life of older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(3), CD012892.
- Huang, K. H., Saragih, I. D., Suarilah, I., Son, N. T., & Lee, B. O. (2023). Systematic review and meta-analysis of effects of nurse-led intervention for people with dementia. *Nursing Research*, 72(6), 430-438.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2018). *Proyecciones de población 2018*.  
[https://www.ine.es/prensa/pp\\_2018\\_2068.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). *Estadística del padrón continuo*.  
[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/en/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/en/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990)
- Kent, K. B., Goetzel, R. Z., Roemer, E. C., & Wong, A. (2025). Burnout among Healthcare Workers: Unavoidable and Solvable. *Epidemiologic Reviews*, Volume 47, Issue 1, mxaf005.
- Kim, D. (2021). Development and effect of virtual reality practice program for improving practical competency of caregivers specializing in dementia. *Healthcare (Basel)*, 9(10), 1390.
- Maya Rivero, A. (2020). El diseño para adultos mayores: un enfoque centrado en la persona. *Kepes*, 17(22), 140–160. <https://doi.org/10.17151/kepes.2020.17.22.6>
- Mendoza Cortés, S. (2023). *Galicia 1991–2021: Análisis demográfico de las tres últimas décadas y perspectivas de futuro* (Trabajo Fin de Grado). Universidade da Coruña, Facultad de Sociología. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/34621>
- Meyer, K., Glassner, A., Norman, R., James, D., Sculley, R., LealVasquez, L., ... & White, C. (2022). Caregiver self-efficacy improves following complex care training: Results from the Learning Skills Together pilot study. *Geriatric nursing*, 45, 147-152.

- Michael, A. E., Michael, N., Erfurth, A., & Kujovic, M. (2023). Clozapine for the treatment of aggressiveness and agitation in advanced dementia. *Psychogeriatrics*, 23(6), 963–972.
- Moreno Toledo, Á. (2020). *Manejo de comportamientos difíciles en la enfermedad de Alzheimer* [Manual de curso no publicado]. Neurama – Revista Electrónica de Psicogerontología.
- Murphy, K. S., Atkinson, D. M., Starks, J., & Atkinson, D. (2023). The importance of person-centered approaches to managing behavioral and psychological symptoms of dementia: A case report. *Cureus*, 15(4).
- Oliveira, P., Pires, R., Silva, R., & Sequeira, C. (2024). Design of a nursing psychoeducation program to reduce preoperative anxiety in adults. *Frontiers in Public Health*, 12, 1391764.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Burn-out an “Occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Demencia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Pinazo S., Pinazo, C., Sales, A., Facal, D., & Olivera, J. (2021). Cuidados centrados en las personas con demencia. Guía de actuación profesional ante síntomas psicológicos y conductuales.
- Riasmini, N. M. (2020). Improvement of family care ability for elderly with depression through psychoeducation intervention program. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 8(1), 80-89.
- Richter, C., Fleischer, S., Langner, H., Meyer, G., Balzer, K., Köpke, S., ... & Berg, A. (2022). Factors influencing the implementation of person-centred care in nursing homes by practice development champions: A qualitative process evaluation of a cluster-randomised controlled trial (EPCentCare) using Normalization Process Theory. *BMC Nursing*, 21(1), 182.
- Sarabia, C., Pérez, V., de Lorena, P., Fernández, Á., González, J. R., & González, J. (2021). Burnout, compassion fatigue and psychological flexibility among geriatric nurses: A multicenter study in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7560.
- Sawyer, A. T., Bailey, A. K., Green, J. F., Sun, J., & Robinson, P. S. (2023). Resilience, insight, self-compassion, and empowerment (RISE): A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 29(4), 314-327.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI inventario burnout de Maslach*. Madrid: Ediciones TEA.
- Strijkert, F., Huitema, R. B., van Munster, B. C., & Spikman, J. M. (2023). Impaired emotion recognition: A potential marker for social behavioral problems in

patients with amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer disease?  
*Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 37(3), 189–194.

Trigoso, A. E. R., & Vásquez, L. M. V. (2024). Programa psicoeducativo “Movi-Relax” para disminuir el estrés laboral de los docentes de la Institución Educativa N. ° 00744–Rioja. repositorio.unsm.edu.pe

Verhees, H., Banning, C., Stalman, H., Koopmans, T., & Gerritsen, L. (2024). Transferring people with dementia to severe challenging behavior specialized units, an in-depth exploration. *Aging & Mental Health*, 28(5), 838-848.

Yamaguchi, J., Sadahiro, R., Hirayama, T., Wada, S., Nakahara, R., & Matsuoka, H. (2024). Severe behavioral and psychological symptoms of dementia successfully treated at home with a blonanserin transdermal patch: A case report. *Neuropsychopharmacology Reports*, 44(2), 474–478.

## Índice de tablas

Tabla 1: Sesión 1

Tabla 2: Sesión 2

Tabla 3: Sesión 3

Tabla 4: Sesión 4

Tabla 5: Sesión 5

Tabla 6: Sesión 6

Tabla 7: Sesión 7

Tabla 8: Sesión 8

Tabla 9: Sesión 9

Tabla 10: Sesión 10

Tabla 11: Sesión 11

Tabla 12: Sesión 12

Tabla 13: Cronograma Fase 1

Tabla 14. Cronograma Fase 2

## Anexos

### Anexo I: Escala de Calidad de Vida Subjetiva en Residencias de personas mayores (CVS-R)

**Instrucciones:**

Por favor, responda a las siguientes preguntas. Tenga en cuenta que el inicio de la pregunta siempre será el mismo:

*¿Cómo de importante considera usted que su residencia...?*

Sus respuestas pueden ir desde (1) *Debería mejorar* a (5) *Es sobresaliente\**.

Nº ítem	Enunciado	1	2	3	4	5
1	Cuente con un protocolo de información inmediata y urgente a familiares de incidentes graves o leves (caída, ingreso en hospital, etc.).					
2	Disponga de baños totalmente adaptados a las discapacidades físicas y psíquicas.					
3	Presente un aspecto pulcro, limpio y sin malos olores.					
4	Cumpla de forma amplia todos los requisitos de seguridad e higiene.					
5	Disponga de un protocolo eficiente de atención sanitaria.					
6	Tenga una plantilla adecuada y acorde con el tamaño del centro y las características de los usuarios.					
7	Cuente con personal que, en caso de incontinencia, pueda cambiarle el pañal o la compresa cuando así se demande.					
8	Disponga de recursos para conseguir que las personas con movilidad reducida puedan salir al exterior.					
9	Cumpla de forma amplia todos los requisitos legales de eliminación de barreras arquitectónicas.					
10	Estudie previamente las características médicas y psicológicas de los residentes para que la asignación de las habitaciones sea óptima para la calidad de vida del centro.					
11	Cuente con un especialista que evalúe y asesore al residente para conseguir los recursos y ayudas técnicas necesarias que mejoren su calidad de vida.					
12	Disponga de programas establecidos de estimulación cognitiva y prevención de demencias.					
13	Cuente con un plan de atención y vida con seguimiento del estado médico, psicológico y social del residente al año.					
14	Cuente con un servicio de enfermería 24h.					
15	Permita al residente ser autosuficiente en la medida de lo posible.					
16	Disponga de protocolos establecidos para solucionar y optimizar los problemas de movilidad en los residentes.					
17	Cuente con sistemas de seguridad en las ventanas y puertas de plantas altas.					
18	Cuide la imagen o apariencia de los residentes.					
19	Facilite y fomente las visitas de las personas cercanas.					
20	Atienda los problemas sensoriales auditivos y visuales para evitar el aislamiento del residente.					
21	Facilite el marcaje personalizado de la ropa, garantizando una correcta distribución de la misma.					
22	Atienda al residente de inmediato si así lo requiere.					
23	Trabaje el bienestar psicológico del residente evitando el estrés y ansiedad.					
24	Disponga de protocolos para evitar que algún residente se sienta sólo.					
25	Ofrezca un ambiente confortable con fácil acceso a zonas verdes.					
26	Se encuentre situada en un lugar que permite tener fluidas y fáciles relaciones con el resto de la sociedad y sus servicios.					
27	Cuente con un servicio de farmacia propio del centro.					

(\*) 1=Debería mejorar, 2=Es suficiente, 3=Está bien, 4=Es notable, 5=Es sobresaliente

**Corrección del cuestionario:**

Las puntuaciones obtenidas pueden oscilar entre 27 y 135 puntos.

Realizar el sumatorio de las puntuaciones obtenidas en el total de ítems y consultar el percentil de Calidad de vida al que corresponde.

A mayor puntuación, indica una mejor Calidad de vida.

Percentil	Calidad de vida
P <sub>25</sub> =(≥48,7)	Mala
P <sub>50</sub> =(≥80)	Normal
P <sub>75</sub> =(≥107,61)	Buena
P <sub>95</sub> =(≥127,87)	Muy buena

## Anexo II: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

**0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS. 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.**

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	
4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes	
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	
8	Me siento agotado por mi trabajo	
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	
12	Me siento muy activo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Creo que estoy trabajando demasiado	
15	Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes	
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	
17	Puedo crear una atmósfera relajada con mis pacientes	
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
20	Me siento acabado	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	

### Anexo III: Ficha de Registro Diario de SCPD

Fecha: \_\_\_\_\_ | Turno: \_\_\_\_\_ | Iniciales de la observadora: \_\_\_\_\_

- *Marca con una X si esta conducta ha ocurrido durante tu turno:*

<b><u>Conducta</u></b>	<b><u>Presencia (X)</u></b>	<b><u>Iniciales residente/s</u></b>	<b><u>Observaciones</u></b>
Agitación			
Agresividad verbal			
Agresividad física			
Negativismo			
Apatía			
Comportamiento ansioso			
Comportamiento depresivo			
Rechazo de alimentos			
Problemas de sueño			

## Anexo IV: Cuestionario satisfacción

### Cuestionario satisfacción

Puntúa del 1 (*nada de acuerdo*) al 7 (*totalmente de acuerdo*).

1. El programa me ha proporcionado información útil sobre los SCPD en personas mayores.
2. Las actividades prácticas facilitaron la comprensión.
3. El programa ha cumplido mis expectativas.
4. Las actividades lograron mantener el interés y el compromiso.
5. El programa ha estado bien estructurado.
6. La duración de las sesiones ha sido adecuada.
7. El profesional del programa se expresó claramente y fomentó la participación.
8. El programa me ha permitido mejorar mi capacidad para abordar los SCPD en personas mayores con demencia.
9. El programa ha sido relevante para mejorar la calidad de vida y atencional en las residencias.

• *Responde:*

10. ¿Qué es lo que más te ha gustado del programa?

.....

11. ¿Qué es lo que menos te ha gustado?

.....

12. ¿Tienes alguna propuesta de mejora?

.....

## Anexo V: Ficha de registro de evaluación continua

- *Fecha de la sesión:*

1. ¿Acudieron todos/as los/as profesionales a la sesión?
2. ¿Participaron activamente en las actividades?
3. ¿Mostraron interés en los temas tratados?
4. ¿Se comprendieron los conceptos presentados?
5. ¿Hubo dificultades en el entendimiento de algún tema?
6. ¿Se aplicó el conocimiento de las actividades anteriores?
7. ¿Se cumplieron los objetivos planteados?
8. ¿Se identificaron áreas a mejorar en futuras sesiones?
9. ¿Se consiguió la sensibilización de los/as profesionales hacia la temática de la sesión?
10. ¿Se cumplió el cronograma y el tiempo pautado?