



**Escuela de Enfermería de Ávila, centro adscrito a la
Universidad de Salamanca**

TRABAJO FIN DE GRADO

**EL ECO DE LAS VOCES AUSENTES:
APROXIMACIÓN DE LA VALORACIÓN ENFERMERA
EN EL MALTRATO AL ANCIANO.**

Titulación: GRADO DE ENFERMERÍA

Estudiante: ANA ELENA GUERRA RAMÍREZ

Tutor: M^a TERESA MENESES JIMÉNEZ

Fecha: ENERO 2013

Agradecimientos:

Agradezco la colaboración prestada por mi tutora, M^a Teresa Meneses, así como a Sonia Herrero Velázquez con cuyas indicaciones me ha facilitado enormemente la satisfactoria tarea de elaborar el presente trabajo. A Juan por ser mi mano derecha, por la paciencia y el gran apoyo que me ha brindado en todo este tiempo.

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
Objetivos	6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	8
Epidemiología: La Magnitud del problema.	8
Causas del maltrato	10
Factores de riesgo.....	10
Prevención de los malos tratos.....	11
Valoración de la situación sociofamiliar y del cuidador.	16
Intervención de la enfermera para la prevención del maltrato en las personas mayores dependientes.....	17
Intervenciones y métodos de ayuda en el maltrato a las personas mayores.....	19
Marco legislativo. Situación actual frente al maltrato en personas mayores.	20
CONCLUSIÓN	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS	26
ANEXO I. Tabla 1.- Tipos de maltrato según la OMS y la INPEA.	26
ANEXO II. Tabla 2.- Factores de riesgo en el anciano, agresor y ámbito social.	27
ANEXO III. Tabla 3.- Aspectos a tener en cuenta en la valoración de un anciano, según el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, para la detección del maltrato.	28
ANEXO IV. Tabla 4.- Pautas de entrevista.	29
ANEXO V. Tabla 5.- Señales de alerta y signos de maltrato.	29
ANEXO VI. Algoritmo de la prevención de los malos tratos en el anciano.....	30

RESUMEN

El maltrato a las personas mayores es un problema sociosanitario de primer orden. Mediante una revisión bibliográfica documentada con herramientas online, principalmente PubMed, Cochrane y SCIELO, sobre las que se ha utilizado las palabras clave “maltrato” “abuso” y “anciano”, entre otras, se ha intentado conocer el estado del maltrato a las personas mayores para contribuir a la formación y sensibilización de los profesionales implicados mediante la elaboración de un documento que sirva como pauta. Se exponen algunos estudios epidemiológicos, se introducen las causas del maltrato y se relacionan los factores de riesgo, entre los que destacan la dependencia del anciano y el estrés por sobrecarga en el cuidador. Las estrategias de prevención incluyen, primariamente, el fomento del respeto social y una actitud vigilante de los profesionales sanitarios específicamente formados y sensibilizados, sobre todo en Atención Primaria, donde destaca el papel de la enfermera. Un segundo nivel se apoya en la detección precoz de signos de maltrato en el anciano y del estrés en el cuidador, siguiendo la pauta entrevista-exploración-investigación. Tras la confirmación de un riesgo, entran en juego la intervención de instancias sanitarias especializadas, sociales, asistenciales o judiciales, según el caso, para garantizar la asistencia del anciano y el bienestar del cuidador. Este último puede y debe ser apoyado para conseguir una prevención efectiva del maltrato mediante las diferentes herramientas disponibles. Por último un marco legislativo y unos servicios y prestaciones básicas, complementan la protección integral de las personas mayores.

ABSTRACT

Elderly abuse is a prime public health problem. Through bibliographical documented research by means of online tools, mainly PubMed, Cochrane and SCIELO, using keywords such as “maltrato” (abuse), “abuso”, (abuse) “anciano” (elderly), amongst others, I try to understand the degree of elderly abuse, in order to contribute to the training and sensitizing of professionals involved in this sector, by the elaboration of a document which may be used as a guideline. Some epidemiologic research is unfolded, the reasons for abuse are introduced and risk factors are listed, among which we highlight elderly dependence and overworked carers suffering stress. Preventative strategies primarily include respecting social encouragement and a watchful attitude to health professionals specifically trained and sensitized in Primary Health Care where the nurses role is highlighted. The second stage is supported by the early detection of signs of abuse and carer stress, following this routine: interview-physical examination-research. If there are signs of risk, this is when a team of specialist health, social, welfare or legal authorities come into play. Depending on the case, it guarantees elderly assistance and carer welfare. The latter can and must be supported to get effective abuse prevention through the different tools available. Finally, a legislative framework and basic services and benefits are vital in contributing to elderly protection.

INTRODUCCIÓN

El maltrato a las personas mayores ha emergido como problema social en las últimas décadas, unido al envejecimiento de la población debido al notable incremento de la esperanza de vida, que de un modo paralelo al progreso, han experimentado los países desarrollados desde mediados del siglo pasado. El envejecimiento de la población ha supuesto, en el conjunto de las sociedades, cambios económicos, políticos y sociales que implican modificaciones en la dinámica familiar conformada, en un nuevo modelo social favorecido por el propio desarrollo. Todo esto unido a los cambios acaecidos respecto al rol de la persona mayor en estas sociedades más avanzadas, han agravado, aún más, el problema del maltrato a las personas mayores¹.

La esperanza media de vida mundial al nacimiento ha aumentado 20 años desde 1950 hasta alcanzar los 68 años en el 2009 y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más. Estos logros demográficos y el exponencial crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI significan que el número de personas de más de 60 años, próxima a los 600 millones en el año 2000, alcanzará 2.000 millones en el 2050^{2, 3}. En España la población de más de 65 años se ha duplicado en los últimos 30 años. Se prevé que el porcentaje de personas con 65 o más años de edad sobre el total de la población de España pueda pasar a ser el 29,73% para el año 2042^{4, 5}. Además el conjunto de los mayores de 80 años se ha duplicado en sólo veinte años, fenómeno que ha venido a llamarse «envejecimiento del envejecimiento». Todo indica que cada vez existen, y existirán, más personas con enfermedades crónicas y degenerativas asociadas a edad avanzada dado que diversos estudios ponen de manifiesto la clara correlación existente entre vejez y situaciones de dependencia (el 32% de los mayores presentan algún tipo de discapacidad)^{5, 6}. Este previsible estado de dependencia lo conmina a ser un grupo vulnerable física, psíquica e, incluso económicamente y en riesgo potencial de sufrir situaciones de maltrato, abuso o negligencia al sobrepasar la capacidad de atender sus necesidades por la familia, personal sanitario y la sociedad ya que es precisamente esa situación de dependencia la más relacionada con los malos tratos^{6, 7}.

El maltrato al anciano puede ocurrir en cualquier clase social y/o nivel socioeconómico y se observa con frecuencia en instituciones, por parte de los profesionales asistenciales o sanitarios, pero sobre todo, en el seno de la familia^{7, 8}.

Por tradición, la familia continúa siendo el primer pilar de apoyo para el cuidado de las personas mayores y las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de uno o varios de sus miembros, además de ser responsables de numerosas tareas. Estas obligaciones, sostenidas en el tiempo, pueden conducir a un estado de estrés, cansancio físico y agotamiento emocional, que a su vez, puede influir decisivamente en el desarrollo de conductas no deseadas hacia las personas mayores dependientes⁷. Por eso el abordaje del problema es tan complicado dado que la persona que ejerce el maltrato es un familiar o del entorno próximo, al que le une una relación de afecto con la persona anciana y que además suele depender de ésta para sus cuidados, y por eso tanto maltratado como persona que cuida suelen minimizar el problema por vergüenza, sentimiento de culpa o temor a represalias y, en la mayoría de las ocasiones, los hechos no se denuncian^{6, 8}.

Por otra parte, definir el concepto de maltrato ha sido hasta ahora una tarea ardua por la falta de consenso entre autores y las diferentes connotaciones culturales de cada país⁹. En España, supuso un gran avance la definición de la Declaración de Almería sobre el anciano maltratado, adoptada en la Primera Conferencia Nacional de Consenso el 4 de mayo de 1995¹⁰. Pero en la actualidad, una de las definiciones más ampliamente reconocidas es la enunciada en la Declaración de Toronto y posteriormente adoptada por la INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse), que declara que: *“El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”*. En esta definición de salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se hace hincapié en la prevención del maltrato y se llama a una mayor concienciación social sobre el problema, teniendo en cuenta su nivel cultural, para orientar políticas de protección legal y recursos sanitarios¹¹.

Es evidente que la percepción y sensibilidad social hacia el maltrato a las personas mayores y su evidencia científica, ha emergido hace pocos años (la primera referencia que se hace en bibliografía científica del anciano maltratado es en una carta del año 1975 publicada por Buston en la revista *The British Medical Journal* titulada “Granny Battering” -La abuela apaleada-). Algunos autores concluyen que la falta de conocimientos y sensibilidad por parte de la sociedad y, concretamente, por los profesionales sanitarios hacia este tipo de maltrato, han constituido la barrera más

importante para su reconocimiento como problema socio-sanitario⁶. Sin embargo, recientemente, organismos internacionales, como la OMS y la INPEA, han reconocido el maltrato a las personas mayores como un problema universal y gracias al énfasis aportado en sus declaraciones institucionales para prevenir el maltrato al anciano, se ha despertado una alerta en todo el mundo¹¹. En este sentido, las familias y los poderes públicos se enfrentan hoy al reto de atender las necesidades de los mayores⁵. Se necesita que desde la Administración se promuevan y apoyen programas, que junto al desarrollo de una red sociosanitaria potente, permita dar una respuesta real a la persona anciana y a las familias.

El maltrato a las personas mayores es una situación en la que los profesionales del primer nivel, entre ellos los profesionales de enfermería tienen posibilidades reales de intervención, y no solo mediante el diagnóstico precoz y un abordaje eficaz, sino en la prevención, sobre todo en aquellos casos (los más frecuentes) en los que el agresor es el cuidador familiar y también activamente en la detección precoz de indicios de sospecha de maltrato de personas mayores o de situaciones de riesgo de maltrato. La formación y sensibilización de los profesionales sanitarios en este campo es una demanda a la que es imprescindible responder⁶.

Objetivos

1. Conocer el estado actual de los malos tratos a las personas mayores desde el punto de vista sanitario en especial de la prevalencia, origen, causas, tratamiento y prevención del maltrato en el anciano, así como las posibilidades de intervención de la enfermería de atención primaria, a través de la revisión bibliográfica en publicaciones científicas.

2. Contribuir con la mejora del conocimiento del problema, a la sensibilización del personal de enfermería y poner a su disposición un documento que incluya los elementos de juicio básicos para identificar y abordar con éxito las posibles situaciones de sospecha de riesgo de maltrato contra un anciano.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Para realizar la búsqueda documental se utilizaron las bases de datos PubMed, Cochrane y SCIELO España, utilizando como palabras clave aquellas se consideraron más apropiadas de las que aparecen en la página online de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). En concreto se utilizaron las palabras, individualmente o de manera conjunta, “maltrato”, “abuso” “anciano”, “personas mayores”, y las palabras inglesas “elder”, “maltreatment”, “distreatment” y “abuse”. En principio, dado que el volumen de publicaciones no era excesivo, la información no fue acotada con fechas, aunque se ha dado prioridad en el tratamiento de aquellos trabajos más recientes.

Ha sido de gran ayuda en el trabajo de aproximación bibliográfica el Google Académico, sobre todo para recuperar información general en cuanto a envejecimiento, estadísticas y legislación. Para la obtención de las publicaciones ha sido de ayuda inestimable la utilización de los recursos bibliográficos disponibles a través de la plataforma STUDIUM de la Universidad de Salamanca. Un apreciable número de trabajos fueron obtenidos a través de sciencedirect, herramienta online de la Editorial Elsevier.

Tras la búsqueda bibliográfica se procedió a ordenar, agrupar, y priorizar la información obtenida en función de los siguientes criterios: su grado de interés en función del enfoque que pretendía dar al trabajo, su nivel de influencia académica (trabajos más citados y con mayor índice de impacto) y aquellos con fecha de publicación más reciente.

Durante la fase de elaboración y redacción de la revisión bibliográfica se han seguido realizando búsquedas dirigidas y específicas de aquellos aspectos que se encontraban referenciados en los trabajos que se estaban utilizando como base, de manera que estructura, hilo argumental y desarrollo de la revisión han sido modificados repetidamente para adaptarlos a los objetivos planificados.

RESULTADOS.

EL ECO DE LAS VOCES AUSENTES: APROXIMACIÓN DE LA VALORACIÓN ENFERMERA EN EL MALTRATO AL ANCIANO.

El maltrato a la persona mayores es hoy un grave problema ampliamente reconocido por instituciones de todo ámbito y definido como “la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”¹¹.

Existen distintos tipos de maltrato a las personas mayores: físico, psíquico (emocional o verbal), por negligencia, ya sea por acción u omisión, con o sin intencionalidad, abuso sexual y económico. Anexo I, tabla 1¹².

Epidemiología: La Magnitud del problema.

Existen pocos trabajos con base poblacional para estimar la magnitud del problema tanto en España como a nivel internacional, ya que la mayor parte de la información recabada proviene de instituciones y recursos sociales que sólo representan una pequeña parte de los malos tratos a personas mayores que han salido a la luz. Algunos estudios a nivel local han investigado la epidemiología, factores de riesgo y herramientas diagnósticas pero sus datos no se han podido extrapolar ni validar las escalas utilizadas¹³.

Los principales estudios de investigación se han desarrollado en Canadá, EEUU, Reino Unido y Australia, Europa, Países Bajos y en Hong-Kong. En Canadá la tasa de maltrato alcanza un 4%, mientras que en EEUU es de un 3,2%, siendo los principales agresores las parejas (58,7%), hijos (30,2%) y 17,5% otros familiares^{8, 13}.

En Reino Unido se realizó una encuesta a 220 cuidadores familiares que se hacían cargo de pacientes con demencia. El 52% de los encuestados declaró algún comportamiento de maltrato hacia ellos. El más frecuente fue el psicológico (verbal), en un 4% de los casos y el maltrato físico se declaró en un 1,4% de los casos¹⁴.

Un reciente estudio de relevancia epidemiológica realizado en EEUU para el departamento de Justicia titulado National Elder Mistreatment Study concluye que la tasa de prevalencia de los abusos que se dan con más frecuencia son: de potencial negligencia en un 5,1%, de potencial financiero en un 5%, psicológico un 4,6%, físico un 1,6% y sexual un 0,6%. Teniendo en cuenta todos estos tipos de maltrato,

excepto el financiero, el 11% de los encuestados manifestaron haber sido víctimas de maltrato en el último año¹³. Por otra parte, un trabajo de Cooper, en el que se revisaron 49 estudios y se utilizaron varias técnicas, informes médicos e instrumentos validados, se concluyó que uno de cada cuatro ancianos (entre el 3,2 y el 27,5%) puede sufrir abuso, pero tan sólo se identifican el 1-2 % de los casos¹⁵.

En **España**, destacan algunos estudios como el realizado por Pérez-Cárceles en el sureste español sobre 460 personas de 65 años o más, a los que se entrevistó y realizó un examen físico. Concluyó que en el 44,6 % de la muestra había sospecha de maltrato. El más frecuente, la deficiencia de cuidados (31,1%), seguido del maltrato psicológico (20,7%), negligencia física (17%), abuso financiero (7,2%), negligencia emocional (7%), abuso físico (2,4%) y abuso sexual (1,3%). Según los factores de riesgo, en las mujeres mayores de 75 años existe mayor predominio del maltrato¹⁶.

En el País Vasco se realizó otro estudio en mayo de 2010. La muestra comprendía 1.207 personas de 60 o más años, de distintos municipios. Se realizaron entrevistas personales a todos los participantes con cuestionarios de varias respuestas para facilitar su comprensión. Los resultados obtenidos indican que, teniendo en cuenta que la población vasca de 60 años o más es de 552.092 personas, existe la sospecha de que 4.969 personas sufren maltrato (0,9%). Los malos tratos recibidos en mayor medida fueron los psicológicos (0,5%), seguidos de la negligencia (0,2%) y de los malos tratos físicos y sexuales (0,2%). Se observa que los malos tratos se producen en las mujeres con el doble de frecuencia que en los hombres¹⁷.

Otro estudio destacado realizado por Iborra para el Centro Reina Sofía obtiene datos de la situación actual de incidencia del maltrato a personas mayores. La investigación se centró en dos muestras, la de personas mayores y la de cuidadores. Se obtuvieron resultados diferentes aunque las encuestas iban en la misma dirección, aproximadamente 1 de cada 100 ancianos (0,8%) sufrió maltrato en la familia en el 2005, lo que quiere decir que a escala nacional se vieron afectados 60.000 ancianos al año. Con los ancianos dependientes el porcentaje se duplicó y con los dependientes graves (necesitan ayuda más de 5 horas diarias) se cuadruplicó. Por otro lado, los cuidadores reconocieron el abuso en mayor proporción que las personas mayores. Así, 5 de cada 100 asumió haber maltratado alguna vez al anciano. El maltrato más frecuente es el de tipo psicológico, dato en el que coinciden ancianos y cuidadores a diferencia del maltrato físico y abuso económico que es reconocido en

mayor medida por los cuidadores que por las víctimas. La tasa de prevalencia del abuso económico aumenta con la dependencia, es decir, pasaría de un 0,2% a un 0,9%, por encima de la tasa de negligencia y maltrato psicológico¹⁸.

Causas del maltrato

No es fácil conocer porqué se produce el maltrato en el anciano. En la sociedad actual han sucedido una serie de cambios en los valores referidos al envejecimiento. Hasta hace no mucho tiempo, en nuestra cultura mediterránea el anciano era considerado nexo de unión en la familia, cargado de vivencias, ejemplo de sabiduría y experiencia. Hoy, con las nuevas tecnologías, la industrialización, la exaltación de la juventud y los cambios culturales, se han quebrado los valores tradicionales (familia, religión...) y el anciano que había sido tan valorado ha pasado a estar en un segundo plano⁶.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo en el maltrato al anciano son características que se pueden dar en el agresor (cuidador), en el anciano (víctima) y/o en el entorno en el que viven, y cuya presencia propicia la aparición del problema. De estas características, que vamos a ver a continuación, se considera que las relacionadas con el cuidador incrementan en mayor grado la probabilidad de que el anciano sufra maltrato. Anexo II, tabla 2^{18,19}.

En el anciano: a mayor dependencia (física y emocional) mayor riesgo de sufrir maltrato. Junto a esta se incluyen la edad avanzada, la incontinencia, el aislamiento social, el deficiente estado de salud, el deterioro cognitivo, los antecedentes de malos tratos y el hecho de ser mujer, dado que hay más víctimas del sexo femenino que masculino y de mayor gravedad^{6, 8, 18}.

En el agresor (cuidador): Son determinantes el estrés por sobrecarga del cuidador, la dependencia económica de la víctima para garantizar sus necesidades cotidianas, la baja autoestima, la tendencia al aislamiento, los problemas para relacionarse, la vivencia de situaciones de violencia familiar en su infancia y además la presencia de problemas de tipo psicológico, siendo el más frecuente la depresión. El abuso de sustancias adictivas como los fármacos, las drogas y el alcohol también puede aumentar el riesgo de inferir maltrato^{8, 18, 19}. Éstos son considerados factores

de riesgo más que factores causales, ya que no siempre su existencia condiciona la aparición del problema; solamente aumenta la probabilidad de que este aparezca.

Situaciones de mayor vulnerabilidad: La sobrecarga de tareas, el estrés, la mala relación entre el agresor e la víctima, la poca ayuda por parte del resto de la familia, el “edadismo”, que es una actitud de desprecio y de vacío, con prejuicios hacia las personas mayores sólo por tener una edad avanzada¹⁸.

Aunque *no existe un perfil de persona anciana maltratada*, la identificación de estos factores que aumentan la vulnerabilidad y otros que se asocian con mayor frecuencia a situaciones de maltrato pueden ayudar a dibujar un perfil posible de la víctima: Se trataría de una mujer viuda mayor de 75 años, dependiente de su cuidador para las actividades de la vida diaria, portadora de una enfermedad crónica (tipo Alzheimer, Parkinson, etc.) y que vive en el mismo domicilio que el cuidador principal. Además presenta otros problemas añadidos como incontinencia, agitación, mal humor, circunstancias que le llevan al aislamiento social. También puede presentar signos de intoxicación medicamentosa (excesiva somnolencia), higiene deficiente, desnutrición, deshidratación incluso lesiones inexplicables tipo heridas, hematomas, etc. La aparición de éstas características ayudará a identificar un riesgo o la existencia de maltrato⁶ aunque los perfiles de víctima y de maltratador tienen poco valor y deben tomarse con cautela, ya que solo reflejan las características de los casos identificados que representan una pequeña parte del problema.

Prevención de los malos tratos

En el 2002 la INPEA y la OMS realizaron un estudio denominado “Voces ausentes” a nivel mundial, en el que se propusieron distintas **estrategias de prevención** para la intervención. Las estrategias más importantes son fruto de los grupos de trabajo establecidos en 8 países, y se pueden agrupar así²⁰:

- Poner en conocimiento de la sociedad la existencia del maltrato a las personas mayores. Las víctimas también deben ser conscientes del problema, de sus derechos y de los recursos disponibles que tienen.
- Educar a la sociedad para que reconozca a los mayores como parte positiva de la misma, y mejorar la relación entre generaciones para evitar el aislamiento social.
- Establecer iniciativas para intentar modificar la falta de respeto y actitudes negativas, sobre todo en los jóvenes, hacia las personas mayores.

- Mejorar la planificación de la atención sanitaria así como la formación de los profesionales sanitarios para saber hacer una intervención precoz ante el maltrato.
- Potenciar la autonomía y los derechos de las personas mayores.
- Incidir sobre los medios de comunicación para que sean fuente de imagen positiva de las personas mayores.
- Aumentar el número de centros de ocio, para evitar el aislamiento y la soledad.
- Más firmeza en las leyes de protección.
- Investigar más para conocer a fondo todo lo relacionado con el maltrato al mayor.

La OMS e INPEA establecen que el ámbito de la atención primaria es el marco ideal para elaborar una estrategia global para la prevención de malos tratos.

A pesar de las barreras que encuentran los profesionales para investigar a cerca del maltrato en el anciano se observa en ellos una mayor implicación frente al problema, demandando así una formación más específica, unas pautas de actuación y más recursos asistenciales con los que se puedan hacer una mejor prevención²¹.

A. Prevención primaria.

Hay que incidir en las causas socio-culturales del problema, donde la familia, los colegios, medios de comunicación y la sociedad en general tengan una tarea educativa, fomentando el respeto y la valía de las personas mayores.

Apoyar al cuidador principal con programas específicos, para que su capacidad de cuidado no se vea desbordada por el trabajo.

Los profesionales sanitarios intentarán detectar situaciones de riesgo de maltrato a las personas mayores e intervendrán para que no se produzca¹⁹.

La visita domiciliaria debería ser una actividad prioritaria de la enfermera comunitaria donde realizara una atención, una supervisión y un apoyo a los pacientes y familiares que los cuidan. Esta puede ser de gran importancia para detectar situaciones de riesgo o de vulnerabilidad para el maltrato, puesto que allí se pueden realizar preguntas al anciano y al cuidador para valorar la interacción entre ambos y el posible riesgo de maltrato²².

B. Prevención secundaria.

La valoración de enfermería es una herramienta fundamental para detectar el abuso en el domicilio, por ejemplo, utilizando la valoración física para analizar si existen signos evidentes de maltrato. Otros tipos de maltrato (negligencia, financiero, emocional, etc.) los detectaremos con una u otra valoración específica, dependiendo del modelo de referencia que utilicemos. Según el modelo de necesidades de Virginia Henderson, hay que atender a todas y cada una de las categorías, porque pueden ser posibles indicadores de maltrato. Esto nos dejará analizar el impacto y la posible implicación del maltrato en la salud del anciano y de la familia. En los diagnósticos de enfermería de la NANDA se pueden resaltar unos cuantos factores que pueden ser indicio de riesgo de maltrato al anciano ya que están ligados a las causas y a las manifestaciones del mismo. En la tabla 3 del Anexo III, se ve la clasificación de necesidades de Victoria Henderson, para la detección del maltrato en relación con los aspectos que ha que tener en cuenta para valorar a un anciano⁶.

También en este ámbito de actuación se podrán habilitar programas de atención al cuidador para hacer un diagnóstico precoz del estrés, sobrecarga física y emocional y así evitar posibles conductas violentas¹⁹.

B.1. Instrumentos utilizados para la detección de malos tratos.

Sería imposible intervenir ante una situación de maltrato si antes no lo hemos detectado. Para ello existen instrumentos a nivel internacional desarrollados específicamente para las personas mayores, aunque no tienen gran aceptación en el ámbito clínico. Se consideran poco sensibles y específicos para ser oficialmente adoptados y recomendados¹⁶. En algunos estudios, sin embargo, se han obtenido buenos resultados para la práctica clínica, utilizando cuestionarios aceptables y válidos para detectar conductas de maltrato en los cuidadores de personas con demencia y estimar el riesgo¹⁴.

B.2. Recomendaciones de organizaciones internacionales.

La Asociación Médica Americana (AMA) es defensora y partidaria de manejar instrumentos de cribado. Aconseja a los médicos que hagan preguntas directas a las personas mayores a cerca del maltrato para hacer una detección precoz, combatir la violencia y el abuso de ancianos.

En la actualidad, sólo una pequeña parte del colectivo médico pregunta de manera rutinaria a cerca de este tema, únicamente lo hacen cuando ya tienen una sospecha del maltrato²³. Algunos autores defienden una postura más activa de investigación de situaciones de maltrato, aunque consideran que los instrumentos de cribado no son eficaces puesto que no existe una evidencia que afirme una mayor confirmación de la violencia familiar. Este pensamiento es apoyado por el Grupo de Medicina Preventiva de Estados Unidos (US Preventives Service Task Force) y por investigadores canadienses (Canadian Task Force)²⁴.

Otra postura sería la de aumentar la sensibilización de los profesionales ante cualquier signo y síntoma de maltrato, creando una mayor concienciación y mejorando su formación para una detección de malos tratos rápida y certera²⁵.

Es difícil hacer comparaciones con datos obtenidos, puesto que carecemos de instrumentos sensibles, específicos y validados en el ámbito de la Atención Primaria. Tras el uso de un instrumento de cribado, se tendría que confirmar la sospecha de los malos tratos a la persona mayor, ver quién es el responsable, personas implicadas y contexto de la situación. Además habrá que realizar un juicio clínico y analizar la información recogida por el equipo asistencial multidisciplinar formado por médico, enfermera y trabajador social¹⁹.

B.3. Pautas de actuación.

1. El profesional sanitario tendrá que realizar la entrevista clínica a las personas mayores para detectar el maltrato. En la tabla 4 del Anexo IV, se dan unas normas para realizar la entrevista y unas preguntas sugeridas por la AMA para explorar los diferentes tipos de maltrato^{8, 19}.

2. Realizar una exploración de:

- Signos físicos como lesiones o hematomas buscando la explicación de cómo se produjeron, caídas repetidas, desnutrición y deshidratación injustificadas, visitas a urgencias por diferentes motivos y relatos de los hechos contrapuestos por parte del paciente y del cuidador.
- Estado psíquico y emocional: intranquilidad, miedo, inhibición, estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión, etc. Si se diagnostica algún trastorno por depresión, mucho cuidado en la pauta de psicofármacos por el riesgo inminente de suicidio.

3. Investigar señales de alerta, actitudes, signos o síntomas de maltrato^{9,19}.

En el Anexo V¹⁹, tabla 5, se hace una clasificación de las señales de alerta y signos de maltrato a los que deben estar muy atentos los profesionales sanitarios.

C. Prevención terciaria. Actuación sobre el diagnóstico.

Si se confirma la presencia del maltrato, se debe establecer un plan de actuación integral, donde intervendrá el equipo multidisciplinar de profesionales.

Se valorará la situación inicial del riesgo, si es aguda o crónica, la gravedad de las lesiones y si existe un riesgo inmediato físico, psíquico o social del anciano²⁶, que pueda poner en riesgo la vida de la persona anciana y que precise de actuaciones inmediatas por parte del personal sanitario que le atienda:

- *Riesgo inmediato físico*: por las lesiones que presente. Si en la valoración del daño físico al paciente, el riesgo es alto y se da la posibilidad de que existan lesiones internas, el médico o el personal de enfermería que le atienda deberán indicar la derivación al servicio de urgencias hospitalarias para realizar más pruebas y así esclarecer el diagnóstico. Además quedará constancia de todo lo sucedido en la historia clínica y se hará el correspondiente parte judicial.
- *Riesgo vital inmediato psíquico*: siendo el suicidio su expresión máxima. Para su valoración se harán unas preguntas sencillas y directas al paciente en relación al intento de suicidio, si lo ha intentado y cuántas veces y si tiene deseos de morir. En este caso, al igual que en el anterior, si el riesgo es elevado también se le derivará a urgencias y se hará el parte judicial.
- *Riesgo vital social*: se centra en la posibilidad de nuevas agresiones o incluso de homicidio por parte del cuidador. La valoración se realizará con unas preguntas cortas y directas al paciente se determinará el grado del riesgo, como, por ejemplo, si se ha sentido amenazado en casa o si ha sentido miedo alguna vez a posibles agresiones. Si se determina que no hay riesgo vital se podrá actuar de una forma más sosegada²⁷.

También se tendrá en cuenta la situación cognitiva del anciano, es decir, su capacidad para tomar decisiones. Si tiene plena capacidad legal, debe ser informado de toda acción que se vaya a realizar y será necesario su consentimiento para poder cursar la denuncia al juzgado. El profesional tendrá que realizar el parte de lesiones

si, de lo contrario, la persona mayor no tuviera capacidad legal, aunque los tutores manifestaran su oposición²⁶.

En el Anexo VI¹, se explica con un algoritmo los pasos que se deben dar para la prevención del maltrato.

Valoración de la situación sociofamiliar y del cuidador.

Antes de cursar el parte de lesiones al juzgado se debería de hablar con el anciano y la familia para saber cuál ha sido el desencadenante del maltrato. Se hará con suma prudencia, para intentar que no se vulnere la relación del profesional con los afectados. A menudo, la persona mayor no quiere denunciar a su agresor, ya que se suele tratar de algún miembro de la familia, por eso hay que informarle correctamente de la situación para que, si tiene plena capacidad mental, pueda decidir cómo actuar. Por otro lado, el personal sanitario siempre tendrá que contar con la voluntad del anciano, teniendo presentes los principios de beneficencia y no maleficencia¹⁹, salvo en los casos en los que exista un riesgo inmediato para la vida de la persona anciana, dado que derecho a la vida está por encima de otros derechos y el profesional sanitario, de acuerdo a lo establecido en nuestras leyes, debe actuar para preservar este derecho. Además en estas graves situaciones, que por otro lado son las menos habituales, se debe garantizar la asistencia y los cuidados del anciano, con una remisión inmediata al hospital en los casos de riesgo vital físico y psicológico para valoración física/psiquiátrica oportuna y la realización de pruebas complementarias necesarias o en los casos de riesgo vital social con la valoración incluso de la institucionalización que garantice los cuidados de la persona anciana, para lo cual la comunicación con los servicios judiciales y sociales será imprescindible.

Se valorará la situación sociofamiliar, de tal forma que, si el maltrato se ha producido por problemas en el cuidador derivados del estrés, sobrecarga de tareas, alguna patología psiquiátrica, etc., se acudirá al trabajador social, que pondrá en marcha una red sociosanitaria de apoyo al cuidador, con diferentes programas de ayuda, y al anciano, proporcionándole toda la atención que sea necesaria en ese momento. En el caso de que no exista ningún familiar cercano, o sean muy mayores y no puedan afrontar los cuidados que necesita el anciano, se procederá de la misma manera, comunicándolo a los servicios sociales para una posterior resolución^{8, 19, 26}.

Intervención de la enfermera para la prevención del maltrato en las personas mayores dependientes.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) es una federación de más de 120 asociaciones que representa a millones de enfermeras que, limitándose al marco de las funciones que estas desempeñan, declara entre sus objetivos el de impulsar el desarrollo de políticas adecuadas para asegurar, en las personas mayores, el mantenimiento de la salud, su bienestar y un estándar elevado de calidad de vida²².

Por otra parte, los profesionales que llevan a cabo el programa de actividades preventivas de la salud (PAPPS) de la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) ratifican que los malos tratos en las personas mayores por parte del cuidador sobrevienen por la falta de ayudas, poco apoyo, exceso de responsabilidades y un cansancio acumulado durante meses o, incluso, años²⁷.

En este sentido, la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) considera a la enfermera el más valioso recurso del que dispone la sociedad para conocer el estado de la relación anciano-cuidador, tanto por que su formación específica en geriatría le permiten atender directamente en los problemas de salud del anciano, como por que durante el desempeño de sus funciones está en disposición adecuada para valorar e intervenir sobre el bienestar de cuidador principal, especialmente cuando la dependencia del mayor se agrava o se alarga en el tiempo^{9, 22}.

En el X congreso de la SEEGG se sacaron algunas conclusiones respecto a las funciones de la enfermera geriátrica:

- Hay que trabajar por mantener la calidad de vida y la independencia en la vejez.
- El trabajo con personas mayores dependientes tiene que ser interdisciplinario, donde la enfermera coordinará los servicios socio-sanitarios y dirigirá el grupo de cuidados.
- La presencia de la enfermera en instituciones geriátricas mejora la salud y la calidad de vida, además de reducir el gasto en medicamentos y la demanda de los servicios de urgencias.
- Las enfermeras velarán por los derechos fundamentales de todas las personas mayores (dignidad, intimidad y autonomía).

- Habrá que incentivar la creación de grupos de ayuda mutua (GAM) a las familias con ancianos a su cargo, así como participar en su coordinación.
- Un objetivo prioritario será luchar contra el abuso y el maltrato en las personas mayores dependientes.

La SEEGG creó un documento técnico donde describe como debe ser el abordaje profesional de las personas mayores dependientes con demencia y define a la enfermera como pilar elemental para administrar los cuidados básicos al enfermo y su familia. Algunas actuaciones descritas son²²:

- Realizar un diagnóstico precoz.
- Atender al enfermo mediante un plan de cuidados en el que se reflejen:
 1. La prevención del problema y alteraciones potenciales.
 2. Problemas existentes y tratamiento.
 3. Detección precoz y tratamiento de posibles complicaciones.

En el plan de cuidados debería estar incluido el cuidador principal ya que su implicación y participación puede favorecer el desarrollo del plan de cuidados.

¿Porqué cuidar al cuidador?

Se ha evidenciado que las enfermeras consultadas, como profesionales directamente implicadas en el cuidado de los ancianos, destacan que es vital cuidar a la persona responsable para que colabore, se refuercen los cuidados que dichas profesionales crean más adecuados y se garanticen las actividades planificadas. Un segundo elemento a tener en cuenta es que el cuidador no puede asumir toda la responsabilidad del cuidado y que la enfermera debe estar alerta ante cualquier necesidad y problema de salud que tenga el anciano. Como tercer pilar, de igual forma que en el anciano, debería hacerse un plan de cuidados de enfermería orientado al cuidador, para prevenir y resolver problemas que hayan aparecido o se le puedan presentar en un futuro. Esta planificación global no sólo beneficia al cuidador sino que es una forma de garantizar los cuidados al anciano^{6, 22}.

En la misma línea que lo expuesto, también los GAM contribuyen al mantenimiento de los cuidados por parte de la familia, puesto que en su seno se intercambian experiencias, trucos y pequeños servicios, y suponen un recurso más para el anciano y el familiar. Este carácter de apoyo lo constituyen un elemento lo suficientemente importante como para que las enfermeras contribuyan, en la medida

de lo posible, a crear, desarrollar y participar en su coordinación, considerando que la visión genérica y técnica que poseen, puede facilitar estas labores²².

Intervenciones y métodos de ayuda en el maltrato a las personas mayores

Los objetivos para la intervención se centran en las dos variables del estudio:

- *El anciano*: Se intentará evitar la soledad y el aislamiento social utilizando los recursos disponibles como son la teleasistencia, la ayuda domiciliaria, el uso de los centros de día y la ayuda de los servicios sociales. Se procurará ofrecerle una vida más fácil atendiendo a sus necesidades, por ejemplo, preparar su hogar para que sea lo más cómodo posible. Si la familia no pudiera atenderle se le podría derivar a algún centro o institución para garantizarle los cuidados. Se reducirán los fármacos que toma a lo estrictamente necesario y se realizarán consultas médicas con el anciano, su familia y los servicios sociales si fuera preciso^{19, 26}.
- *El familiar o cuidador causante de los malos tratos*: Se actuará en caso de que existan problemas psicopatológicos o de dependencia a tóxicos por el cuidador. Con una entrevista se comprobará su capacidad para proporcionar los cuidados al anciano y si fuera necesario se le ofertará la posibilidad de hacer un tratamiento específico de los problemas de salud que tuviera. Para reducir el estrés se disponen de varios recursos como grupos de apoyo comunitario, asociaciones de familiares de enfermos, voluntariados, etc. Siempre que sea posible se repartirán los cuidados del anciano entre varios miembros de la familia, incluso se propondrá hacer rotaciones de domicilio. Se debe asegurar al cuidador un tiempo para descansar bien con los servicios de ayuda a domicilio, centros de día o de corta estancia. Gracias al programa de atención al cuidador familiar que existe en Atención Primaria, si es necesario, se le podrá proporcionar apoyo psicológico y/o emocional¹⁹. Desde hace años se dispone de un instrumento validado para valorar la sobrecarga de trabajo del cuidador: la escala de Zárit o escala de Zárit reducida²⁸.

Es importante resaltar que en los últimos tiempos la preocupación de los profesionales de Atención Primaria por el cuidador ha ido en aumento y han tomado conciencia de que es prioritario buscar su bienestar físico, psíquico y social para el desempeño correcto de su rol como cuidador. Estar alerta ante cualquier situación de malestar es vital para erradicar el problema lo antes posible, así se le podrá garantizar

una mejora en su calidad de vida. Se recomendará que tome contacto con otras familias que vivan situaciones similares para que puedan aportarle nuevas soluciones. De esta forma se cumplirá el objetivo de cuidar a la persona mayor dependiente de una manera adecuada sin llegar a una situación de depresión, renuncia y abandono, en ocasiones desencadenantes de conductas de maltrato^{8, 19, 26}.

La OMS y la INPEA apuestan por utilizar la Atención Primaria como estrategia global para la lucha contra la violencia en la personas mayores. Estos organismos proponen la realización de un programa educativo dirigido a los profesionales sanitarios para crear mayor concienciación y así poder incidir de una forma más firme en la prevención del maltrato a las personas mayores²⁰.

Marco legislativo. Situación actual frente al maltrato en personas mayores.

En España no existe todavía una legislación penal diferenciada, ni una fiscalía específica para el maltrato en el anciano, como la habilitada para la violencia de género²⁹. Por ahora, el maltrato en el anciano y sus consecuencias se tratan bajo el amparo del artículo 153 del **Código Penal**, que en el año 2003 fue reformado y nuevamente ampliado en el artículo 173, en el que dice: “El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por análoga relación de afectividad aunque sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes... o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar... así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años...”^{18, 29}.

Un avance significativo es que, en la actualidad, ya es obligatoria la orden de alejamiento para los delitos producidos dentro de la familia. También se contempla como novedad la regulación del maltrato institucional, ya sea en centros públicos o en centros privados²⁸.

En el ámbito administrativo destaca la aprobación y publicación, el 14 de diciembre de 2006, de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley de Dependencia), con vigencia desde el 1 de enero de 2007, en la que se reconoce el derecho a recibir prestaciones a todas las personas dependientes, en condiciones de igualdad, para que puedan desempeñar

las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tales como el cuidado personal, la movilidad esencial, el ejecutar órdenes y realizar tareas sencillas.

La norma considera que existen tres grados de dependencia:

- Grado I, o de dependencia moderada, en el que la persona necesita ayuda al menos una vez al día.
- Grado II, o de dependencia severa, cuando la persona necesita ayuda de dos a tres veces al día.
- Grado III, o de Gran Dependencia, si la persona dependiente necesita continuamente a otra persona para realizar las ABVD^{5, 18}.

Los servicios de teleasistencia, de ayuda a domicilio, los centros de día y noche, los centros de atención residencial, las ayudas a cuidados personales, la ayuda en el hogar y las prestaciones económicas son elementos reconocidos que aparecen reflejados en esta Ley. Además también se empiezan a contemplar la necesidad de habilitar otros puntos de mejora, como el reconocimiento legal de la figura del cuidador, la conciliación de la vida laboral con las tareas del cuidador, la incorporación del hombre como cuidador informal y el desarrollo de servicios sociales de ayuda al cuidador (centros de día, ayuda a domicilio, unidades de respiro...) ^{18, 29}.

En algunos países, como ciertos estados de Estados Unidos y Canadá, ya desde hace años, se han venido desarrollando e implementando legislaciones específicas que habilitan todo un marco legal y asistencial asociado y orientado a la protección del mayor⁶. En estos países se siguen realizando estudios orientados al desarrollo de un marco legal de ayuda al cuidador, estableciendo medidas que permitan modificar comportamientos o conductas producidas por estrés, agotamiento, exceso de responsabilidades, así como también, ofrecer una formación que mejore la manera de afrontar las conductas problemáticas del anciano²⁹.

CONCLUSIÓN

El maltrato a las personas mayores es un problema que, por fin, está saliendo a la luz gracias a la preocupación que han mostrado organismos internacionales como la OMS y la INPEA y a los estudios e investigaciones que se están llevando a cabo en las últimas décadas³⁰ aunque se ha comprobado que los datos acerca de la prevalencia son muy variables y oscilan entre un 0,8% y 52,6%. Es importante que la sociedad tome conciencia de la dimensión del problema, una mejora del marco legal adecuado a la protección de las víctimas y el avance de políticas sociales ajustadas a las demandas de las necesidades de los cuidadores existentes en cada momento^{6, 17}.

Se hace imprescindible una labor de sensibilización y una formación específica de los profesionales sanitarios que deben de conocer los factores de riesgo que se presentan asociados al maltrato, reconocer las situaciones de riesgo inminente, tomar decisiones rápidas y seguras, dominar los protocolos de actuación y establecer programas de atención a la persona mayor y al cuidador³¹.

Con frecuencia la familia asume toda la responsabilidad del cuidado del mayor dependiente y no se toma conciencia de las dificultades que esta situación puede suponer para ella por eso debe ser una tarea compartida con el personal asistencial y sanitario²² que ofrecerán soluciones al cuidador y darán su apoyo en las necesidades que se presenten evitando así situaciones de estrés y de fatiga emocional que aumentan la vulnerabilidad y producen un desequilibrio en la familia tales que pueden derivar en conductas violentas hacia la persona mayor²⁶.

La enfermera tiene una labor privilegiada en la atención domiciliaria -el ámbito de maltrato más probable, donde se da con más frecuencia y en el que es más difícil de prevenir y detectar- ya que la cercanía con la que puede tratar al anciano le ofrece la posibilidad de conocer el problema en profundidad. Garantizar una mejora en la calidad de vida del anciano y su cuidador y mostrar una actitud eficiente y comprensiva ante la problemática existente, dota a la enfermera de una responsabilidad profesional de gran relevancia²².

Contribuir a la prevención y solución del problema del maltrato en el anciano es una responsabilidad ineludible de todos y cada uno de los profesionales sanitarios integrando un eslabón más de esa cadena iniciada por “Voces Ausentes” para formar un eco que llegue a todos los rincones en los que un anciano necesite ayuda²⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Fernández Alonso MC.(2006) Grupo de Salud del PAPPs. Malos tratos a los ancianos. Disponible en:
http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/ancianos.pdf
en octubre de 2012.
- ² World Health Organizations (WHO). Programmes and Projects. Disponible en:
http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/index.html en
octubre de 2012.
- ³ United Nations Organization (UNO). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement> en
octubre de 2012.
- ⁴ Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. Proyecciones de población a largo plazo. Disponible en:
http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm en octubre de 2012.
- ⁵ LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf> en octubre de 2012.
- ⁶ Bover Bover A, Moreno Sancho ML, Mota Magaña S, Taltavull Aparicio JM. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. Atención Primaria 2003; 32(9): 541-451.
- ⁷ Barbero Gutiérrez J, Barrio Cantalejo IM, Gutiérrez González B, Izal Fernández de Trocóniz M, Martínez Maroto A, Moya Bernal A. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación 2006. Madrid: IMSERSO.
- ⁸ Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Atención a situaciones de violencia en Atención Primaria (Capítulo 46). En: Martín Zurro A and Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Sexta Ed. Barcelona. 2008. p. 1131-1164.
- ⁹ Fernández Gutiérrez M, Bas Sarmiento P, Díaz Rodríguez M. Maltrato en situaciones de dependencia. En: Mayan Santos JM. Enfermería en cuidados sociosanitarios. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005. p. 101-151.

- ¹⁰ Kessel H, Marin N, Maturana N, Castañeda L, Pageo M, Larrion J. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31:3, 67-72.
- ¹¹ World Health Organizations (WHO). Declaración de Toronto para la prevención del maltrato de las personas mayores. OMS (2002).
- ¹² National Center on Elder Abuse. Major Types of Elder Abuse. Washington, DC. Administration on Aging. (NCEA. 2011). Disponible en: http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx en octubre de 2012.
- ¹³ García Ibáñez J. El maltrato familiar hacia las personas mayores. Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas. *Oñati Socio Legal Series*, v.1, n.8 (2011)-Ancianidad, derechos humanos y calidad de vida. ISSN: 2079-5971.
- ¹⁴ Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z. Abuse of People with Dementia by Family Carers: Representative Cross Sectional Survey. *BMJ*. 2009; 338: b155.
- ¹⁵ Cooper C , Selwood A, Livingston G. The Prevalence of Elder Abuse and Neglect: a Systematic Review. *Age and Ageing*. 2008; 37: 151-160.
- ¹⁶ Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Pérez Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of Elder Abuse in South Eastern Spain: The Estent and Risk Factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009;49: 132-137.
- ¹⁷ Sancho M, Pérez Rojo G, Barrio del E, Yanguas JJ. Informe de resultados. Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del País Vasco. (2011).
- ¹⁸ Iborra Marmolejo, I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. *Elder Abuse in the Family in Spain*. Centro Reina Sofía. Valencia, junio 2008.
- ¹⁹ Violencia contra las personas. Parte II: Personas mayores e infancia. Formación Médica Continuada en Atención Primaria (FMC). Protocolos 1/2010. Volumen 17. Protocolo 1. Febrero 2010.
- ²⁰ WHO / INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse). *Missing Voices. Views of Older Persons on Elder Abuse*. Geneva, 2002.
- ²¹ Coma M, Muñoz J, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde la atención primaria. *Gac. Sanit*. 2007; 21: 235-241.
- ²² Escuredo Rodríguez, B. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index Enfermería*. v. 15, n. 52-53. Granada. Primavera/verano 2006.

- ²³ Code of Medical Ethics: Opinion 2.02. Physicians' Obligations in Preventing, Identifying and Treating Violence and Abuse. Chicago: American Medical Association; 2007. Disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion202.shtml> en Octubre de 2012.
- ²⁴ Nelson H, Nygren P, McInerney, Klein J. Screening Women and elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals* 2004; 140: 387-396.
- ²⁵ Pillemer KA, Mueller-Johns KU, Mock Sutor JJ, Lachs MS. Interventions to Prevent Elder Mistreatment. En: Doll LS, Bonzo SE, Mercy JA y Sleet DA. *Handbook of Injury and Violence Prevention* (pp. 241-254). (2007). New York, NY: Springer Publishing.
- ²⁶ Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Atención Primaria* 2006; 37(2): 114-115.
- ²⁷ Buitrago Ramírez F, Galán García ME, Garrote Florencio T. Reconocer y abordar el maltrato al anciano. *FMC*. 2006; 13(7): 370-376.
- ²⁸ Gorta AM, March J, Gómez X, De Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zárit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124: 651-653.
- ²⁹ De Miguel, A. (2011). Maltrato de los ancianos en el ámbito familiar. En García P, Bethencourt JM, Sola E, Martín AR, Armas E. y eds. *Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales*. Granada: Ed. Comares. ISBN: 978-84-9836826-0.
- ³⁰ Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención Primaria* 2006; 37(1): 56-9.
- ³¹ Cordero Jiménez J, García cordero S, Rodríguez Sánchez I, Santana Castellón D, Fragoso O, Fernández López O. Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima del maltrato. *MediSur*, vol. 8, núm. 2010, pp. 78-89. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1800/180016115013.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

Tabla 1.- Tipos de maltrato según la OMS y la INPEA.	
1. Negligencia.	- Física: No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos. -Emocional: Consiste en la negación de afecto, desprecio, aislamiento, incomunicación.
2. Maltrato físico.	Acciones que voluntariamente realizadas provocan o puede provocar daño: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.
3. Maltrato psicológico.	Manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones
4. Abuso económico.	Impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.
5. Abuso sexual.	Cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.
6. Maltrato estructural y social.	Es el maltrato ejercido desde los gobiernos e instituciones, entendido como la discriminación en las políticas hacia los ancianos, la falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos y de alojamiento. Se considera que da origen a otros tipos de maltrato.
7. Falta de respeto y prejuicios contra el mayor.	Los prejuicios y los estereotipos sobre las personas mayores se traducen en actitudes irrespetuosas y maltrato verbal y emocional, es decir, una actitud social negativa hacia el anciano.

ANEXO II

Tabla 2.- Factores de riesgo en el anciano, agresor y ámbito social.

Para el anciano:

- Sexo: el la mayoría de los estudios hay un mayor porcentaje de mujeres entre las víctimas y con abusos mas graves tanto físicos como psicológicos.
- Edad avanzada.
- Deficiente estado de salud.
- Incontinencia.
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta.
- Dependencia física y emocional del cuidador.
- Aislamiento social.
- Antecedentes de malos tratos.

Para el agresor (cuando es el cuidador):

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales).
- Padecer trastornos psicopatológicos.
- Abuso de alcohol u otras toxicomanías.
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa.
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados.

Situaciones de especial vulnerabilidad:

- Vivienda compartida.
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor.
- Falta de apoyo familiar, social y financiero.
- Dependencia económica o de vivienda del anciano.

ANEXO III

Tabla 3.- Aspectos a tener en cuenta en la valoración de un anciano, según el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, para la detección del maltrato.

Necesidad básica	Valoración en el anciano
Respirar normalmente.	Dificultades para respirar y si las medidas para solventarlo se realizan. (Uso de aerosoles, oxígeno a domicilio, ventilación inadecuada de la habitación).
Comer y beber.	Déficit nutricional, signos de deshidratación, cambios de peso recientes, dieta inapropiada.
Eliminación.	Incontinencia urinaria o intestinal y signos de déficit de higiene y cuidado de la zona, no facilitar el acceso al WC.
Moverse y mantener la postura adecuada.	Dificultades en al movilidad y medidas que se adoptan para solucionar los problemas relacionados con esta. Posición incorrecta en la cama y/o en la butaca.
Dormir y descansar.	Características ambientales de la habitación, abrigo suficiente e higiene en la cama. Dificultad para conciliar el sueño.
Vestirse y desvestirse.	Aspecto físico descuidado, ropas no adecuadas a las condiciones climatológicas y al estado de salud del anciano.
Mantener la temperatura corporal.	Presencia de sistemas para regular la temperatura en el hogar, agua caliente u otras actividades para el control de la temperatura corporal. Hipotermia.
Mantener la higiene y proteger la piel.	Aspecto físico descuidado, hábitos de higiene deficitarios por parte del propio anciano o del cuidador, mal estado de las uñas, olor en el cuerpo y la ropa. Presencia de pulgas o piojos, características generales del hogar: falta de limpieza, desorden y hacinamiento.
Evitar peligros.	Frecuentes visitas a los servicios de emergencias, retraso entre las posibles heridas y la demanda de asistencia, caídas y accidentes recientes, presencia de elementos de riesgo en la casa o ausencia de elementos de protección. Bajo estado anímico del anciano y del cuidador, actitud poco colaboradora de la familia cuidadora. Omisión del uso de gafas o aparatos para la audición. Insuficientes demanda de atención sanitaria por parte del cuidador y/o anciano. Falta de cumplimientos del plan terapéutico, excesiva medicación, sobre todo sobredosificación, automedicación. Dejarlo solo en la casa durante largos periodos. Confusión y desorientación.
Comunicarse.	Déficit sensorial, manifestación de sentimientos negativos o de temor hacia el cuidador y la familia. Expresión de sentimientos de cansancio y/o hostilidad hacia el anciano por parte del cuidador/familia. Signos de abuso sexual. Trato infantil. Evitación del contacto visual por parte del anciano. Resistencia al contacto físico o directo con los otros. Miedo a los extraños. Aislamiento social.
Vivir según valores y creencias.	Falta de respeto por parte del cuidador de las creencias, valores, expectativas del anciano y la actitud del anciano ante ello. Conflictos entre los cuidadores de salud actuales y las creencias y valores.
Ocuparse de la propia realización.	Manifestaciones de baja autoestima, depresión. No adaptación a los cambios en los papeles familiares por la actividad de cuidar. Abuso financiero, falta de control sobre los bienes por parte del anciano, cambios testamentarios, firma de documentos sin su comprensión.
Participar en actividades recreativas.	Cambios en las actividades de entretenimiento y manifestaciones de aburrimiento.
Aprender.	Conocimientos del anciano, cuidador y familia acerca de su situación de salud y los cuidados requeridos. Actitud de aprender y resolver problemas, presencia de limitaciones mentales o psicológicas para el aprendizaje. Falta de estimulación y de información (noticias, acontecimientos, etc.).

ANEXO IV

Tabla 4.- Pautas de entrevista.

Normas para facilitar la entrevista:

- Entrevistar al paciente solo y con el cuidador.
- Analizar la relación y cambios de actitud en su presencia.
- Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos.
- Garantizar la confidencialidad.
- Hablar con lenguaje claro y sencillo.
- Hacerle algunas preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema.
- Preguntar por factores de riesgo.

La A.M.A sugiere 5 preguntas:

- 1.- ¿Alguien le ha hecho daño en casa?
- 2.- ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?
- 3.- ¿Le han amenazado?
- 4.- ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?
- 5.- ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo?

Para explorar los diferentes tipos de maltrato se pueden utilizar preguntas exploradoras dirigidas hacia cada uno de ellos.

ANEXO V

Tabla 5.- Señales de alerta y signos de maltrato.

- Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones.
- Retraso en solicitar la asistencia.
- Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes.
- Administración involuntaria de medicamentos.
- Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados.
- Mala evolución de las lesiones (úlceras) tras aplicación de las medidas adecuadas.
- Desnutrición sin motivo aparente, deshidratación.
- Caídas reiteradas.
- Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador.
- Actitud de miedo, inquietud o pasividad.
- Estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión.
- Negativa del cuidador a dejar solo al anciano.

ANEXO VI

Algoritmo de la prevención de los malos tratos en el anciano.

