



**FENÓMENO INVISIBLE:
MALTRATO EN LOS ANCIANOS**

**INVISIBLE PHENOMENON:
ABUSE IN THE ELDERLY**

TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN ENFERMERÍA

FEBRERO 2017

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA "CASA SALUD DE
VALDECILLA"

AUTORA: REBECA LÓPEZ
DIRECTORA: LAURA CALZADA

INDICE

RESUMEN/ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3-5
JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	
OBJETIVOS	
METODOLOGÍA	
DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS	
CAPÍTULO 1. EL MALTRATO EN LAS PERSONAS MAYORES	5-8
1.1 CONCEPTO	
1.2 ETIOLOGÍA	
1.3 EPIDEMIOLOGÍA	
CAPÍTULO 2. TIPOLOGÍA DE LOS MALOS TRATOS	9-13
2.1 TIPOS DE MALTRATO Y DEFINICIONES	
2.2 CONSECUENCIAS	
CAPÍTULO 3. FACTORES DE RIESGO	13-16
3.1 EN EL ANCIANO	
3.2 EN LOS CUIDADORES	
3.3 SEGÚN EL ÁMBITO	
CAPÍTULO 4. PRINCIPIOS INTEGRALES Y LEGISLACIÓN	16-21
4.1 NO MALEFICENCIA, JUSTICIA, AUTONOMÍA Y BENEFICENCIA	
4.2 LEGISLACIÓN ESPAÑOLA VIGENTE	
CAPÍTULO 5. PREVENCIÓN Y METODOLOGÍA ENFERMERA	21-29
5.1 PRINCIPALES HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN	
5.2 METODOLOGÍA ENFERMERA	
CONCLUSIONES	30-31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32-34

RESUMEN

El maltrato hacia las personas mayores es un fenómeno que se viene produciendo desde hace varias décadas, sin embargo, por diferentes razones como es el silencio tanto de la víctima como del cuidador, la falta de información de los profesionales o de la sociedad en general, comenzó a hacerse visible mucho más tarde. Actualmente, es un problema latente que se incrementa a medida que aumenta el envejecimiento de la población, afectando a la Salud Pública y Social, requiriendo por ello de una definición consensuada y una actuación conjunta por parte de los diferentes profesionales a los que compete.

Un conocimiento general por parte de la población y de los profesionales implicados, así como el desarrollo de campañas de promoción y prevención, protocolos comunes de actuación o un incremento en la investigación, facilitarían la respuesta ante este fenómeno. Por ello, el principal objetivo, es evaluar la situación actual así como conocer los principales métodos de detección y abordaje. Destacando el papel conjunto de la enfermería junto con los Servicios Sociales en la detección, prevención y abordaje del mismo.

Palabras clave: maltrato al anciano, detección del maltrato, prevención.

ABSTRACT

Although elder mistreatment has occurred for several decades, it has not been recognized until quite recently. Patients and caregivers' silence as well as professionals' lack of information and society's underrecognition of the problem have kept this issue unexplored. Currently, it is a latent problem which increases at the same time that population grows old, affecting Public and Social Health. Therefore, it is necessary all professionals involved come to a definition of the problem by consensus and develop a joint intervention. Different actions would ease a consistent response to the problem: greater knowledge of this phenomenon on the part of both professionals and other members of society, the development of promotion and prevention campaigns, as well as common intervention protocols and an investment in the investigation of this issue. For this reason, this dissertation aims to assess the current situation as well as to define the main methods of detection and intervention. At the same time it will always highlight the importance of a collaborative role of Nursing and Social Services in the detection, prevention and intervention in cases of elder mistreatment.

Keys words: elder abuse, abuse detection, prevention.

INTRODUCCIÓN

El Maltrato en la sociedad actual se define como “tratar mal a alguien de palabra u obra, independientemente de su edad, raza, género o cultura” (Real Academia Española, 2001, 22º ed.). Pues bien, como personas humanas y aún más como futuros profesionales de la salud debemos de tener una clara concienciación de lo que suponen los malos tratos tanto para el perpetrador como sobre todo para la víctima. Habitualmente, estamos familiarizados a oír casos de maltrato infantil o violencia de género, pero menos habitual es escuchar casos de ancianos maltratados, aunque el número de casos se ha incrementado en los últimos años (Fernández & Herrero, 2006).

Tal y como afirma Rubio (2012), el progresivo envejecimiento de la población unido a la mayor esperanza de vida, en especial en los países desarrollados, la mejora de las condiciones sociosanitarias, y el descenso en el número de nacimientos, está provocando una inversión de la pirámide poblacional, por ello se prevé que en el año 2020 habrá más personas mayores de 65 años que niños.

Además, los datos avalan que en el año 2050 los mayores de 85 años serán el doble que en la actualidad (Docampo, Barreto & Santana, 2009).

Enlazado a esto y no por ello restando importancia, debemos de tener en cuenta que la imagen de las personas de la tercera edad en las distintas sociedades y culturas ha ido cambiando, puesto que en épocas previas se les concedía un valor más importante que en la actualidad en la escala social. A medida que se ha ido evolucionando históricamente y consigo también socialmente la figura de las personas ancianas se ha ido devaluando, debido a que se da mayor valor a otras cualidades o habilidades. Situados actualmente en una sociedad Moderna resaltamos valores como son la fuerza, la agilidad, el éxito, la conquista de bienes materiales o la autonomía personal, existiendo una clara relación proporcionalmente directa entre productividad y juventud, alejando de todo ello a las personas mayores y creándose paralelamente una imagen negativa a través de diferentes mitos y estereotipos en este grupo de personas (Ballesteros, 2000, citado en Gómez, 2013).

El maltrato hacia las personas mayores es un fenómeno que se viene produciendo desde hace varias décadas, siendo muy difícil su detección, ya sea bien por la falta de consenso en cuanto a su definición o por la falta de experiencia en cuanto al problema. Los primeros datos y las primeras definiciones datan de los años 70 y su incidencia ha ido aumentando hasta un 150% en los últimos 10 años. Actualmente, la prevalencia confirmada se sitúa en torno al 3-6%, sin embargo numerosos son los casos que quedan sin notificar (5 de cada 6), conociéndose esto como el fenómeno Iceberg (Ruiz et al., 2001).

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La población de edad avanzada nos aporta hoy día mayor diversidad de la que aportó en un pasado, encontrándose diferencias en el marco social, situación económica y familiar, la salud, su historia personal o profesional, así como la relación existente entre su educación y cultura actual y pasada.

El aumento de la esperanza de vida propicia cada vez más un mayor contacto intergeneracional, lo que hace necesario la elaboración de acciones y medidas dirigidas a atender a este grupo de personas, incrementándose el uso de los servicios sanitarios y sociales.

Resulta ardua la tarea de detectar el maltrato del anciano en el ámbito doméstico, pues éste constituye el lugar donde ha nacido, ha crecido y se ha desarrollado. Por ello, constituye una

prioridad en auge, que requiere un extenso conocimiento de su magnitud, tratándose como un problema de Salud Pública Mundial, ya que tiene consecuencias tanto en la salud física como mental de un grupo de personas vulnerables como pueden ser las personas mayores, aunado a esto, la escasez de documentación al respecto.

Ha sido a partir de los últimos 20 años cuando han empezado a realizarse publicaciones respecto a este tema, por lo que ya no se puede tratar como un tema desconocido o invisible tanto para los profesionales de la salud como para la población en general. Adquiriendo mayor relevancia a medida que se incrementa el número de casos y por ende, las consecuencias que llevan implícitas. Existiendo una incredulidad latente con los primeros casos conocidos y aumentando paralelamente el interés suscitado tanto en profesionales como en la sociedad. Existiendo a su vez un vacío legal en lo que respecta al tema.

Por todo ello, es trascendental el papel de los Servicios Sanitarios y Sociales, así como necesario es el conocimiento de estos profesionales en este problema así como la actualización del mismo. El uso de las herramientas de detección y prevención se conforma como la principal herramienta en el abordaje de este fenómeno, especialmente por parte de estos profesionales, en quienes reside la principal fuente de intervención a la hora de detectar nuevos posibles casos.

OBJETIVOS

Por ello el objetivo principal de este trabajo es conocer los métodos de detección y abordaje del maltrato en el anciano. Como objetivos secundarios hemos destacado:

- Definir el maltrato en el anciano, tipos de maltrato existentes y sus consecuencias.
- Identificar los principales factores de riesgo de maltrato en el anciano.
- Analizar su situación en la actualidad y la legislación vigente.
- Identificar la actuación por parte del personal enfermero en la detección y abordaje del maltrato.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la consecución de los objetivos anteriormente citados se realizó una revisión bibliográfica, consultándose diferentes bases de datos. El acceso a éstas, se llevó a cabo mediante el acceso remoto de la Universidad de Cantabria (UC). Entre las principales bases de datos destacan: Dialnet, Pubmed, Cuiden Plus o Cochrane. Como metabuscadores más utilizados se encuentran Scielo, Elsevier o Google Académico. Prevention, elder abuse, o abuse detection fueron los principales descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS y MeSH) utilizados en la búsqueda bibliográfica.

Como criterios de inclusión se tomaron artículos mayoritariamente en español y determinados artículos en inglés, dirigidos al diagnóstico, prevención e intervención del maltrato en ancianos.

Una vez encontrada la información requerida, se dio por concluida la búsqueda con 45 artículos, que posteriormente se citaron y referenciaron según el estilo de APA ("American Psychological Association") de la 6ª edición.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Posteriormente se ha elaborado la revisión teórica, quedando finalmente el trabajo estructurado en 5 capítulos. Inicialmente se hace una aproximación a la definición de maltrato, abordándose su etiología a partir de las diferentes teorías postuladas y los datos más relevantes de prevalencia e incidencia. En el capítulo 2, se lleva a cabo una clasificación y definición de los principales tipos de maltrato según diferentes variables, así como las consecuencias derivadas de cada tipo. Seguidamente, se citan los principales factores de riesgo asociados tanto a la víctima, al responsable del maltrato o al ámbito en el que se desencadenan. En el cuarto capítulo, se desarrolla en qué medida se infringen los principios integrales del cuidado y la legislación vigente en este país respecto a este fenómeno. Finalmente, se expone desde la figura enfermera, las principales herramientas de prevención junto con la metodología enfermera más aplicable a este problema.

CAPÍTULO 1. EL MALTRATO EN LAS PERSONAS MAYORES

1.1 CONCEPTO

Numerosos han sido los intentos de encontrar una definición consensuada a cerca de los malos tratos a las personas mayores, por ello a lo largo de la historia se han ido sucediendo diferentes conceptualizaciones. Esta dificultad viene dada por el uso de conceptos distintos como maltrato, malos tratos, negligencia o abandono entre otros. Cada tipo de maltrato puede ser adjetivado de diferentes maneras ya sea físico, psicológico, económico, etc. Además son varios los actores, incluyendo tanto a la persona anciana como a los familiares, profesionales de la salud, instituciones o la influencia de los escenarios donde se llevan a cabo; son varios bien sea el hogar de la víctima, las residencias o los hospitales. Variables dicotómicas como acción-omisión, intencionalidad-no intencionalidad, así como la existencia de distintas percepciones sociales, culturales y étnicas que debemos de tener en cuenta a la hora de dar una definición objetiva y consensuada (Barbero et al., 2005).

Uno de los primeros conceptos que se aportó respecto a este tema fue publicado en una carta en la revista *The British Medical Journal* por (Burston, 1975, citado en Tabueña, 2006) que respondía al título de “Granny battering” describiéndose en ella por primera vez el problema de la persona anciana maltratada.

A manos de la Action on Elder Abuse (1993), se desarrolló una de las primeras definiciones en la que se define como “Un acto único o repetido o la falta de acción apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor”, siendo posteriormente adoptada por distintos países en todo el mundo y a partir de la cual se derivarían posteriores definiciones (citado en Rubio, 2012).

En España, se celebró la Primera Conferencia de Consenso sobre el Anciano Maltratado naciendo en ella una de las primeras definiciones acogida en nuestro país por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores (INPEA, 1995) en la que se acepta como concepto de anciano maltratado:

“Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física y/o psíquica, el principio de autonomía o el resto

de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente” (citado en Rueda & Martín, 2011).

Pero en diferentes estudios y trabajos se ha tomado como referencia la definición propuesta y consensuada en la “Declaración de Toronto” propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) que lo define como “la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor, y que sucede dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (citado en De Miguel, 2011).

A partir de esta definición se tienen en cuenta tres ejes principales para diferenciar el maltrato en la vejez con respecto a otros tipos de maltrato. El primero de estos ejes, es la existencia de un determinado vínculo significativo y personalizado entre la víctima y el maltratador, condición esta necesaria para delimitar el maltrato. El segundo, necesario pero no suficiente, es que la conducta ha de provocar un riesgo importante de daño para la persona mayor, distinguiéndose así diferentes tipos de maltrato; el tercer y último eje incide en la intencionalidad de la conducta por parte de la persona que maltrata, siendo esta una condición suficiente pero no siempre necesaria (Barbero et al., 2005).

Es evidente la evolución que ha sufrido el concepto de maltrato hacia la persona mayor a lo largo de la historia, si bien en las diferentes definiciones se recogen los ejes anteriormente nombrados, no es así para los tipos de maltrato o el ámbito en el que se suceden los cuales se incluyen a posteriori en algunas definiciones.

1.2 ETIOLOGÍA

Explicando las teorías propuestas por diversos autores en las diferentes revisiones quizás podemos entender mejor la definición y por ende el origen del maltrato.

De acuerdo con la Guía de Prevención del Maltrato a Personas Mayores (SENAMA, 2007, citado en Adams, 2012) en nuestro país se establecen diferentes teorías, las cuales aportan información acerca de las causas de este fenómeno.

- La primera de ellas, es la **Teoría del Aprendizaje Social** o conocida también como **Violencia Transgeneracional**, que formula que la violencia se aprende, y que si durante la infancia se sufrió maltrato, esto aumenta las posibilidades de que estos niños en su vida adulta se conviertan en maltratadores (Bover, Moreno, Mota & Taltavull, 2003).
- Otra de las teorías más predominantes y que más influencia parece tener a la hora de explicar el origen de este fenómeno es la **Teoría del estrés del cuidador o Modelo Situacional**, pues la tensión o cansancio que éste sufre pueden superar un determinado límite y así darse factores del cuidador, de la víctima y situaciones socio-económicas de ambos que contribuyan a la aparición del maltrato o la negligencia, con este modelo se incurre a culpabilizar más a la víctima por ser la fuente de estrés según afirman (Pérez-Rojo & Izal, 2007, citado en Sancho, 2011).
- Un aspecto relevante y por lo tanto predisponente, es el aislamiento que se puede dar tanto en la persona mayor como en el cuidador, existiendo una privación de las redes sociales de ambos o de alguno de ellos, existiendo un aumento exponencial de la probabilidad de que se sucedan casos de maltrato, constituyéndose así la **Teoría del Aislamiento** (Bover et al., 2003).
- Múltiples son los factores que originan la dependencia que puede darse por parte del anciano hacia la persona que cuida de él, entre estos podemos

destacar, enfermedades crónicas o deterioros cognitivos, los cuales conllevan una pérdida de autonomía por parte de la persona mayor, dándose así de esta forma factores de riesgo para la existencia de un posible maltrato, en este caso se formaría la **Teoría de la Dependencia** (Bover et al., 2003).

- Otra de las teorías que podrían explicar la raíz de este fenómeno, es la **Teoría de la Psicopatología del Maltratador**, la cual se fundamenta en que la persona responsable del maltrato posee unas características en su personalidad consideradas en cierto modo patológicas; acompañando a esta teoría se sustentan otras en las que el agente cuidador podría consumir sustancias tóxicas, así como la plena dependencia hacia la persona a la que proporciona los cuidados (Sancho, 2011).
- Godkin, 1989; Coyne & Reichman, 1993; Chasco, 1996; Wolf, 1999 & Asamblea Médica Mundial, 2000, citado en Bover et al., 2003) apuntan a la **Teoría de la Violencia Social**, en la que mencionan la presión del contexto sociocultural aunada a su vez a la “generación del yo”, destacando así la importancia de la veneración al cuerpo, al individuo, al éxito personal, al dinero o al consumo, existiendo paralelamente un abandono de valores como el afecto, la empatía o la comunicación interpersonal, todo ello convergiendo en conductas violentas sociales o familiares, por ello el anciano constituye una figura adecuada del fracaso social y familiar.
- Según el **Modelo Ecológico**, derivado del marco de la perspectiva ecológica humana propuesto por Bronfenbrenner (1995) y de la visión de la perspectiva del curso de la vida, cuyo fin es crear una perspectiva bifocal, centrada tanto en el hijo adulto como en el padre mayor. Se examina la relación existente entre los dos sujetos en los diferentes contextos (biológico, ecológico o físico, sociocultural, interpersonal, histórico, político y/o económico), en que ambos se desenvuelven simultáneamente, estudiándose además los cambios producidos en la interacción e interrelaciones entre ambos agentes. En definitiva, según esta teoría la violencia es el resultado de factores individuales, interpersonales y sociales. El desarrollo de este modelo es el más acorde para la explicación de los factores de riesgo de este fenómeno, a la vez que permite el desarrollo de programas de prevención e intervención por partes de los profesionales sanitarios (citado en Sancho, 2007).

Las teorías anteriormente mencionadas no las podemos ver de forma aislada, sino que para explicar de forma adecuada el origen y causas del maltrato en la persona mayor, debemos hacer una conjunción de varias de ellas, para así detectar los posibles riesgos del mismo.

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

Previamente, se ha mencionado la dificultad a la hora de establecer una definición concisa en cuanto al concepto de maltrato a las personas mayores, pues bien, a esto podemos unir que la prevalencia del mismo en comparación con el maltrato ejercido sobre las mujeres o menores ha sido significativamente mucho menor, a pesar de que la prevalencia en nuestro país de maltrato infantil y maltrato a personas mayores es similar, entre el 2-10% y entre el 3-10%, respectivamente (Giró, 2014). Debido a todo esto, en España hay una escasez de estudios de prevalencia sobre este tipo de maltrato y los que hay presentan datos muy variables, procediendo la mayoría de ellos del ámbito socio-sanitario. La mayor parte de las investigaciones realizadas prestan más atención a los factores de riesgo y a la detección de

herramientas para su prevención. Siguiendo esta línea, Ferreria-Alvés (2005), apunta a que los datos actuales solo constituyen la punta del Iceberg (citado en Gracia, 2011).

Aportando datos epidemiológicos según la Organización Mundial de la Salud (OMS), National Center on Elder Abuse (NCEA), y la International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) entre un 5-6%, (oscilando entre un 3-10%), aumentando su incidencia en los últimos 10 años un 150%, en cambio, en la práctica, se identifica un número de casos mucho menor (1 de cada 6) (Ruiz et al., 2001). Según diferentes investigaciones llevadas a cabo por el Centro Reina Sofía (CRS, 2009), por parte de los ancianos, el 0,8% revelan haber sufrido algún tipo de maltrato, y el 4,5% de los cuidadores relataba haber maltratado alguna vez a los ancianos.

Revelando así que los cuidadores relatan mayores tasas que los ancianos en la mayoría de los estudios llevados a cabo. Según éstos, los tipos de maltrato que presentan mayor tasa de prevalencia son el abuso económico (1,9%), maltrato físico (1,8%) y psicológico (1,8%), seguidos por la negligencia (0,4%) y el abuso sexual (0,1%) en último lugar. Conforme los ancianos mencionan en los diversos estudios, prevalecen el maltrato psicológico (0,3%), negligencia (0,3%), maltrato físico (0,2%), abuso económico (0,2%) y finalmente el abuso sexual (0,1%)(citado en Iborra, 2009).

Al incurrir en la epidemiología de los principales factores de riesgo del maltrato del anciano, destacamos que el sexo femenino tiene una prevalencia de sufrir maltrato de 0,9% respecto al sexo masculino que se sitúa en el 0,7%, además son las que sufren los casos más graves de maltrato psicológico y físico (Iborra, 2008). La prevalencia de maltrato, entre los españoles de 65-74 años, aumenta un 0,6 %, y a partir de esta edad un 1,1%, según fuentes de la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la vejez (INPEA, citado en Iborra, 2008).

Otro dato relevante, es el aumento de todos los tipos de maltrato en los ancianos dependientes, sobretudo, en el abuso económico, pasando del 0,2% al 0,9%(Bazo, 1998). En esta misma línea, otro factor determinante era la demencia, la cual aumenta la probabilidad de maltrato hasta un 14% en relación con los datos generales (5-6%) (Iborra, 2009). Respecto a los autores del maltrato, se atribuye a los hijos/as un 57%, otros (yernos, nueras...) un 25%, cónyuge un 12% y hermanos/as un 7% (De Francisco & Solano, 2012).

Un factor anexo a tener en cuenta junto con otros mencionados que aumenta la posibilidad de que se produzca este fenómeno es la sobrecarga del cuidador y estrés de éste, ya que el 72,2% de los cuidadores que llevaron a cabo algún tipo de maltrato, decían sentirse sobrepasados por la situación. En estos casos, en que los cuidadores presentaban alteraciones de la conducta, la tasa de maltrato se incrementaba (12,50%) con respecto a las que no (4,14%), en los ancianos esta alteración también puede aumentar la prevalencia de 3,78 % en los que no la padecen a 9,80% en los que sí la presentan. Un factor relevante, es la dependencia económica del agresor, para el 47,4% de los mayores maltratados es el principal sustento económico, pero no hay estudios que demuestren una diferencia entre éste porcentaje y los ancianos que no sufren maltrato (Iborra, 2009). En relación, a las condiciones de vivienda, la prevalencia de maltrato es mayor para los ancianos que viven con familiares (1%) y situándose en un 0,3% para los que viven solos (Pérez-Rojo, Izal, Montorio, Regato & Espinosa, 2013).

Para concluir, según muestran las evidencias, una mayor exposición a los factores de riesgo aumenta la probabilidad de que se produzca el maltrato, por ello, como se ha mencionado anteriormente, los estudios se han centrado más en la búsqueda de factores de riesgo, que en la prevalencia e incidencia del problema.

CAPITULO 2. TIPOLOGÍA DE LOS MALOS TRATOS

2.1 TIPOS DE MALTRATO Y DEFINICIÓN

Primeramente, citar que en función del ámbito se aprecian tres tipos de maltrato, maltrato sociocultural, doméstico e institucional (Pinazo-Hernandis, 2013). En este capítulo trataremos los dos últimos, ya que son los que más competen a la profesión enfermera y a los cuidados que atañen a esta profesión.

Dentro de estos dos contextos encontramos diferentes modalidades de maltrato, que a continuación hemos clasificado en uno y otro, pero esta clasificación no es cerrada, ya que hay ejemplos de maltrato que pueden darse en ambos escenarios.

Inciendo en el **maltrato doméstico**, es uno de los escenarios que ha sido más objeto de estudio, considerándose éste, como aquel que se ha producido sobre las personas mayores en el entorno familiar, bien sea en su propio domicilio o en el domicilio de alguno de sus familiares. Esta violencia, a su vez es ejercida por algún miembro de su familia, pudiendo ser tanto los hijos/as, yernos o nueras, el cónyuge o los propios hermanos, así como algún cuidador informal, existiendo a su vez una serie de factores de riesgo que contribuyen a su aparición.

Destacar que la detección de la violencia en este ámbito resulta más dificultosa, debido a un afán de preservar los problemas de la vida privada, tanto por parte de la persona maltratada como del que ejecuta el maltrato (Rueda & Martín, 2011).

Se observan diferentes tipos de maltrato dentro de este entorno, tal es el caso del **Maltrato Físico**, definiéndose como cualquier agresión física intencionada (y no accidental) dirigida a una persona mayor, que le produce daños y en casos más graves puede llegar a provocarle una desfiguración corporal o incluso la muerte; todo ello llevado a cabo por la imposición de una fuerza física superior dando como resultado dolor, daño o deterioro físico. Son diferentes las formas mediante las que se puede llevar a cabo, entre ellas destacan actos bruscos o violentos como empujar, zarandear, golpear, apretar, agarrar, abofetear, tirar del cabello, alimentación forzada, pellizcar, moverlos o todo lo contrario cuando sería adecuado hacerlo, etc.

El **Maltrato Psicológico**, consiste en verbalizaciones o acciones intencionadas y reiteradas que atentan contra la dignidad de las personas mayores, causándoles pena, angustia, dolor o miedo; de forma que les provoca una cierta incapacidad en las áreas social, emocional o cognitiva. Se caracteriza tanto por la negación de afecto, aislamiento, así como por la falta de comunicación entre el cuidador y la persona. Las principales acciones que se incluyen dentro de este tipo son: insultos, uso de apodos, gritos, amenazas, menosprecio, humillaciones, indiferencia hacia su persona, no escucharles, anular sus decisiones, etc. (De la Cuesta, 2006).

Aquellas conductas o comportamientos de índole sexual, hacia personas de avanzada edad, intentadas o consumadas, no consentidas o con personas incapaces de dar su consentimiento, se las conoce como **Abuso Sexual**. Dentro de estas podemos englobar el acoso sexual, tocamientos, violación, hacer fotografías, exhibicionismo, etc.

Mencionar en este caso, que la imposición de barreras entre hombres y mujeres para impedirles que lleven a cabo sus deseos sexuales libremente, bien en sus domicilios o en una institución, también constituiría una forma de maltrato (Toledano, 2011).

Respecto al **Abuso Financiero o Material**, consiste en la utilización inapropiada de los recursos económicos, bienes, propiedades, y fondos del anciano, sin su consentimiento expreso y con el objetivo de que el responsable de su cuidado se beneficie. Los métodos a través de los cuales

se puede llevar a cabo pueden ser desde falsificación de firmas, ocupación del domicilio, uso inapropiado de la tutela o curatela, obligarle a firmar documentos, adueñarse de dinero y propiedades sin su permiso, exigir dinero por favores o cuidados extra, etc. (De Francisco & Solano, 2012).

Es necesario diferenciar entre dos términos, “**Abandono**” y “**Negligencia**”, que son sinónimos pero que en función del ámbito requieren una clara distinción. Cuando el cuidador es informal y no cumple con el deber del cuidado se refiere a **Abandono**, en cambio, si el cuidador es formal, es decir, un profesional que posee los conocimientos y habilidades necesarias para el cuidado pero no cumple con la responsabilidad del mismo, estamos hablando de **Negligencia**.

Es por ello, que en el **ámbito domiciliario**, hablamos de **Abandono**, definiendo este como al cuidador que no aporta al anciano los cuidados necesarios intencionadamente o por descuido, para satisfacer las Necesidades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), refiriéndose a la alimentación, higiene, etc. Este abandono puede ser de tipo *Activo*, siendo el daño deliberado, negándole así el acceso a las necesidades básicas o impidiéndole la satisfacción de las mismas. Cuando se habla de *Abandono Pasivo*, el cuidador por omisión no satisface las necesidades de la persona mayor, ya sea por falta de conocimientos, habilidades, tiempo o energía. Condiciones de habitabilidad peligrosa, nutrición inadecuada, neveras vacías, falta de higiene personal, entornos sucios y desordenados, rotura de gafas, medicación sin recoger del ambulatorio, fines de semana y vacaciones solos, son entre otros, algunos de los ejemplos de abandono (Barbero et al., 2005).

Por último, hay ocasiones en las que es la propia persona mayor quien pone en peligro su salud, ya que no se asegura asimismo los recursos necesarios que requiere para cubrir sus necesidades básicas, alimentación, higiene, tratamiento farmacológico, seguridad, etc. Puede darse cuando la persona vive sola, padece un deterioro cognitivo importante y/o un sistema de apoyo inadecuado, llevando todo esto a una **Autonegligencia** (Tabueña, 2006).

Cabe señalar que los más frecuentes en este ámbito son el **Abandono, la Autonegligencia y el Maltrato Psicológico**.

En cuanto al **Maltrato** en el **ámbito Institucional**, se le denomina como aquel en el que su escenario son los centros, residencias o instituciones sanitarias dedicadas al cuidado de personas mayores, cuyos cuidadores son formales y poseen los conocimientos y habilidades necesarias para el desempeño del rol cuidador.

La información de la que se dispone a cerca de la frecuencia de maltrato en el ámbito institucional es escasa, de ahí deriva su infravaloración en este ámbito. En diferentes estudios realizados, tanto los cuidadores formales como los ancianos reconocen la existencia de haber vivido algún tipo de maltrato, asimismo, por parte de estos cuidadores se identifican diferentes factores de riesgo que a posteriori en otro capítulo trataremos (Adams, 2012).

En el medio institucional se observan diferentes variables que podrían aumentar la aparición de un posible maltrato, algunas de éstas podrían ser la escasez de recursos económicos y por ende sanitarios, el hacinamiento, la edad avanzada de los pacientes, falta de preparación del personal, inadecuada dirección de la institución, actitud negativa y desafiante de pacientes y familiares, conflictos personal-pacientes, sobrecarga de trabajo, etc. (Ruelas-González, Pelcastre-Villafuerte & Reyes-Morales, 2014).

Uno de estos factores de riesgo podría ser el “**Síndrome de Burn-out**” que sufriría el responsable de los cuidados, como consecuencia del estrés al que se ve sometido, conllevando al desarrollo de un maltrato y con ello a una deshumanización en la atención de los cuidados.

Unido a esto, Caballero (2000), establece cuatro categorías de maltrato en las instituciones de adultos mayores.

La primera de ellas es la **Infantilización**, en la que se trata al paciente como si fuera un niño irresponsable y en el cual no se puede confiar. Seguidamente, se pueden proporcionar servicios siguiendo los criterios generales y por ende desatendiendo las necesidades individuales de cada individuo, lo que entendemos como **Despersonalización** del anciano. La **Deshumanización**, es una forma de maltrato en la que se ignora al anciano, se le priva de su intimidad y se le niega toda capacidad de responsabilidad que pueda asumir. Finalmente, otra de las formas de maltrato en las instituciones sanitarias es la **Victimización**, la cual se lleva a cabo mediante irrupciones a la integridad psicofísica de los pacientes, a través de insultos, castigos, amenazas, etc. (citado en Adams, 2012).

Igualmente, a las cuatro categorías anteriores, podemos añadir los diferentes tipos de maltrato más comunes que pueden darse en este escenario.

El primero de ellos es el **Ensañamiento Terapéutico**, se produce cuando se realizan procedimientos diagnósticos molestos o dolorosos que podrían ser innecesarios, pero a su vez también el mantener tratamientos que afectan de forma negativa a la calidad de vida del paciente, prolongando una situación irreversible o terminal.

El **Maltrato Farmacológico**, se lleva a cabo mediante el uso excesivo de calmantes, cuando no es necesario, o negación de la administración de los mismos cuando lo precisan.

Otro tipo de maltrato es la **Negligencia**, uno de los orígenes de éste se puede atribuir a la falta de coordinación entre los profesionales de los centros residenciales, ocasionando por ello diversas molestias y aumentando el grado de estrés en estas personas, añadido esto a sus procesos de base. Entre diferentes conductas de negligencia incluiríamos: no cambiarles los pañales, no realizar los cambios posturales, usar medios de inmovilización de manera indiscriminada. Es decir, se trata de no satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria (ABVD) de la persona, bien sean alimentación, higiene, movilización, etc. Por parte del profesional sanitario que está a cargo de su cuidado. Esta Negligencia a su vez puede ser *Activa*, cuando el descuido es intencionado y deliberado, o bien *Pasiva*, siendo involuntaria, y debida a escasos conocimientos y habilidades en la tarea que realiza (Toledano, 2011).

En los últimos años en la sociedad occidental, se difunde cada vez más el uso inadecuado de **Restricciones**, tanto físicas como químicas, ya que limitan de toda capacidad de movimiento libre a la persona. Respecto a las primeras, el protocolo del Servicio Andaluz de Salud (SAS, 2007) las define como:

La sujeción física de un paciente, como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y al entorno físico que lo rodea. Hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y cuando la contención mecánica sea realmente necesaria. Su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el paciente.

Al tratar las restricciones físicas en este trabajo como una forma de maltrato, las principales situaciones en las que no están indicadas las contenciones son: como forma de castigo frente a una conducta molesta, por antipatía o para demostrar una fuerza superior respecto a la persona a la que cuidan, por comodidad y así poder evitarse otros métodos de cuidados, y si no se ha probado previamente los métodos de contención verbal y farmacológica (citado en Alonso, 2015).

2.2 CONSECUENCIAS

Según el Informe de Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002, citado en Pinazo-Hernandis, 2013), se ha determinado que la violencia a los ancianos constituye un problema de Salud Pública, que afecta a distintos departamentos internacionales, pero especialmente a los ámbitos social y sanitario.

Haciendo referencia a éste último ámbito, son numerosas las repercusiones que recaen sobre los servicios sanitarios como consecuencia del maltrato. Por ello, se produce un incremento de la frecuencia de las personas mayores en los hospitales y en las instituciones y/o una mayor estancia hospitalaria, asociado a una mayor comorbilidad, derivado todo esto de los signos y síntomas de los distintos tipos de maltrato. Los ancianos llegan a sufrir secuelas difíciles de detectar, pero graves tanto a corto como a largo plazo, ocasionando una morbilidad y mortalidad importante en los medios doméstico e institucional (Arriaga, 2013).

Todas estas consecuencias vienen derivadas de los distintos tipos de maltrato que se pueden dar; en el caso del maltrato físico, se asocian las úlceras por presión (UPP) en pacientes encamados, hematomas, quemaduras, contusiones o fracturas entre otros. En los malos tratos psicológicos destacan la ansiedad, la depresión y la baja autoestima, que pueden acarrear alteraciones físicas y afectar al descanso, llegando a provocar mareos, cefaleas o trastornos alimentarios. Además, pueden aparecer otras disfunciones mentales como la angustia, irritabilidad, reducción de la memoria, aislamiento social, trastornos de la percepción o incluso tentativas autolíticas. En ocasiones, se dan casos de estrés postraumático, ya que se sienten culpables de la situación que han vivido o viven, a la par que avergonzadas, minimizando los efectos de la situación y no sienten la necesidad de pedir ayuda (Fernández & Herrero, 2006).

La hipotermia, hipertermia, deshidratación, malnutrición, mala higiene corporal o la reagudización de enfermedades, constituyen síntomas de las consecuencias de la negligencia o abandono que presuntamente pueden haber sufrido los ancianos por parte de sus cuidadores.

Los efectos de los abusos sexuales en las mujeres mayores pueden conllevar al desarrollo de conductas de evitación, miedo y ansiedad, así como a la desintegración social en relación a su grupo de iguales y sus relaciones afectivas. Aunado a esto, se pueden objetivar traumas en las zonas anal, genital, pechos así como Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). En el caso de los varones ancianos, los efectos de este tipo de maltrato son desconocidos (Tabueña, 2006).

Inciendo en las principales consecuencias de maltrato económico en el anciano se distinguen el desahucio, la disminución acusada del nivel de vida o la incapacidad para pagar facturas (Sancho, 2007).

A continuación se especifican las principales consecuencias asociadas a los diferentes tipos de maltrato:

Tabla 1

Tipo de maltrato y sus consecuencias

CONSECUENCIAS	TIPO DE MALTRATO
Hematomas, fracturas, quemaduras, abrasiones, arañazos, heridas por ataduras, luxaciones, etc.	FÍSICO
Pérdida de apetito, miedo, trastornos del sueño, confusión, indefensión, ansiedad, depresión, pseudodemencias, ideas suicidas, aislamiento social, emocionalmente disgustado o agitado.	PSICOLÓGICO
Reagudización de enfermedades, hipotermia/hipertermia, falta de higiene corporal, malnutrición y deshidratación.	NEGLIGENCIA
Deterioro del nivel de vida, falta de servicios, incapacidad para pagar las facturas, falsificación de firmas, cambios en los patrones de gastos, desahucio.	ECONÓMICO
ETS, traumas en pechos, genitales, boca o zona anal, hemorragias vaginales.	SEXUAL

CAPÍTULO 3. FACTORES DE RIESGO

En este capítulo trataremos los principales factores de riesgo que contribuyen a la aparición del maltrato en los adultos mayores. Para entender mejor el origen de éstos, nos vamos a basar en el Modelo Ecológico explicado previamente en el capítulo 1.

Según este Modelo, la violencia llevada a cabo hacia el anciano es el resultado de la acción recíproca de diferentes factores de riesgo: individuales, entre los cuales se pueden incluir el sexo, la edad, el nivel de dependencia, etc.; relacionales, sociales, culturales y ambientales. De esta manera, se estudia la correlación que existe entre los diferentes factores y su influencia en el agresor y en el agredido. Esta teoría, es la que considera a la persona como un ser holístico, teniendo en cuenta las diferentes esferas en las que se desenvuelve, y por ello los diferentes factores que pueden conducir a un posible riesgo de maltrato. De ahí la importancia de buscar la interacción entre los factores que afectan a la persona adulta mayor, al responsable de los cuidados y al medio ambiente en el que ambos se desenvuelven. La reciprocidad de los factores entre estos tres dominios es lo que determina el nivel de riesgo del maltrato. Asimismo, existe evidencia de que una mayor exposición a estos factores aumenta exponencialmente la probabilidad de que se produzca un posible maltrato (Rueda & Martín, 2011).

3.1 EN EL ANCIANO

Por todo lo anteriormente citado, entendemos como Factores de Riesgo, "las experiencias, los comportamientos, el estilo de vida, el medio ambiente o las características personales que aumentan las probabilidades de que se produzca maltrato"(Iborra, 2008).

Los principales **factores de riesgo** asociados al **anciano** son:

- Edad avanzada (principalmente a partir de los 75 años, ya que cuanto más mayores son, tienden a presentar más factores de riesgo, como pueden ser la dependencia y el aislamiento social), sexo femenino (la mujer tiende a tener mayor esperanza de vida, y a padecer más enfermedades degenerativas y procesos incapacitantes) y viudedad (Kosberg, 1998).
- Problemas físicos: incontinencia, alteraciones del sueño, fragilidad
- Los Trastornos psicológicos como la depresión, ideas suicidas, vergüenza o culpabilidad, son comunes entre las víctimas
- Deterioro cognitivo (Enfermedad de Alzheimer), pérdida de memoria y/o alteración de la concentración
- Déficits sensoriales, entre los que destacan la ceguera, sordera, etc. (Sancho, 2007).
- Dependencia física y emocional del cuidador, así como la dependencia hacia éste para las ABVD, existiendo evidencia de que a medida que aumenta el grado de dependencia, se incrementa la tasa de maltrato
- Conductas y comportamientos violentos/agresivos por parte de éste
- Aislamiento social

Como hemos visto previamente, el maltrato puede producirse en el ámbito doméstico o en una institución. En función de ello los factores de riesgo asociados a los cuidadores y al escenario van a variar ligeramente (Leonardo de Oliviera & Partezani, 2008).

3.2 EN LOS CUIDADORES

A continuación, se mencionan los principales factores relacionados con cada figura responsable del cuidado así como con el ámbito en el que se producen.

Factores de Riesgo en el Cuidador Informal

- Padecer Trastornos Psicopatológicos, encontrándose más incidencia de casos de maltrato en los cuidadores que sufren depresión
- Consumo de sustancias (Leonardo de Oliviera & Partezani, 2008).
- Aislamiento social
- Falta de apoyo social y familiar
- Cuidador desde hace mucho tiempo (más de 9 años), limitando la vida personal y profesional del mismo y conduciéndole a un posible aislamiento (Barbero et al., 2005).
- Dependencia económica del anciano por problemas financieros del cuidador

- Falta de información sobre la enfermedad y su evolución
- Incapacidad del cuidador para soportar física y emocionalmente los cuidados
- Trabajo agotador con apenas descanso, y falta de espacio y tiempo personal
- Tener otras obligaciones y responsabilidades (laborales, domésticas etc.) (Sancho, 2007).

Factores de Riesgo en el Cuidador Formal

- Personal poco motivado en el cuidado de los ancianos
- Falta de conocimientos y habilidades en el cuidado de la persona mayor
- Dificultad para relacionarse con el anciano
- Sobrecarga física por esfuerzos
- Síndrome de Burnout
- Sensación de estos profesionales de menor prestigio social y profesional
- Bajos salarios
- Deficientes condiciones de trabajo (Sánchez & Sancho, 2004).

3.3 SEGÚN EL ÁMBITO

Factores de Riesgo en el Ámbito Doméstico

- Vivienda compartida
- Mala relación previa entre víctima y agresor
- Relación actual entre el agresor y el agredido y grado de lealtad entre ambos
- Antecedentes de violencia intrafamiliar (De la Cuesta, 2006).
- Pobreza o falta de recursos
- Inversión de la figura parental (Castilla & Palma, 2014).

Factores de Riesgo en el Ámbito Institucional

- Sobrecarga de trabajo
- Escasez de personal
- Inadecuada selección de los profesionales
- Falta de apoyo y supervisión de los cuidados
- La estructura física de las instituciones no siempre está adaptada a las necesidades demandantes de los usuarios, como por ejemplo: espacios poco hogareños, programas asistenciales escasos o inadecuados, barreras de movilidad, etc.
- Escasos recursos materiales
- Normas de funcionamiento erróneas (Barbero et al., 2005).

Siguiendo el Modelo Ecológico, cabe destacar la importancia de los **Factores de Riesgo Sociales y Culturales** en el maltrato hacia el adulto mayor, y la influencia que a su vez éstos tienen en los factores que anteriormente (factores en el anciano, en el cuidador formal e informal, en el ámbito doméstico e institucional) hemos citado (Sancho, 2007). Entre éstos podemos encontrar:

- Imágenes estereotipadas de la vejez como una carga
- Desvalorización de los ancianos
- Pérdida del rol del anciano en sus ABVD
- Discriminación por la edad, conocido como “edadismo”
- Cultura de la violencia, normalización de la violencia (Alonso, 2015).

CAPÍTULO 4. PRINCIPIOS INTEGRALES Y LEGISLACIÓN

4.1 PRINCIPIOS INTEGRALES. NO MALEFICENCIA, JUSTICIA, AUTONOMÍA Y BENEFICENCIA.

Teniendo en cuenta el marco cultural actual en el que la sociedad se encuentra, no es posible obviar el papel de la bioética a cerca de la ancianidad y los interrogantes que este fenómeno va a ocasionar en los próximos años. Por ello, se considera necesario tratar la ancianidad desde un punto bioético, ya que pueden surgir arbitrariedades en la asistencia sociosanitaria y en la vida de este colectivo (Sánchez-Ayénde, 2000).

A partir de esto, podemos definir la bioética como:

El estudio interdisciplinar de los problemas suscitados por el progreso biológico y médico, tanto a nivel individual como a nivel de sus repercusiones sobre la sociedad y su sistema de valores, hoy y de cara al futuro. Por lo tanto supone, un intento de conseguir un enfoque secular, interdisciplinar, global y sistemático de todas las cuestiones éticas que conciernen a la vida y la salud del ser humano y en especial a la biología y la medicina.

Partiendo de la base de que en la actualidad contamos con un número elevado de personas ancianas y de que éstas requieren una serie de ayudas físicas y psíquicas que involucran a cuidadores principales, familias, cuidadores domiciliarios...etc., así como organismos, es necesario plantear unos mínimos principios éticos que reorienten la manera de actuar en relación al cuidado de este grupo de personas (García, 2003).

A continuación, se va a centrar la atención en los principios éticos que se pueden aplicar a la práctica de las profesiones sociosanitarias en el ámbito de la atención a las personas mayores, para así buscar pautas de actuación orientadas al buen comportamiento personal y un adecuado ejercicio profesional.

Principio de No-maleficencia, se basa en no hacer ningún tipo de daño a la persona mayor, evitándole todo mal posible, es decir, no abandonándole o maltratándole. En la práctica asistencial consiste en no realizar acciones contraindicadas y promoviendo aquellas que están indicadas, valorando la relación riesgo/beneficio.

Este principio exige a los profesionales y cuidadores tanto formales como informales disponer de los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para que no se dañe la integridad y

dignidad en su relación de cuidado con las personas mayores. Exigiendo un desarrollo de la investigación y formación en el ámbito de la geriatría y la gerontología.

Asimismo, la forma más frecuente de transgredir este principio es la negligencia por omisión de los cuidados que requiere la persona mayor, puede darse la situación que no haya intención de llevar a cabo los supuestos malos tratos y que además la persona encargada del cuidado no sea consciente de haberlos cometido.

Las principales actuaciones en que este derecho no es cumplido son: la utilización de sedantes para que las personas no molesten, la prolongación de la vida de la persona mayor con métodos desproporcionados como es el caso de la Obstinación Terapéutica, el uso de sujeciones físicas injustificadas por falta de personal, la derivación de personas mayores frágiles a los Servicios de Urgencias por falta de implicación en los cuidados y la falta de colaboración ante la claudicación de los profesionales (Goikoetxea, 2013).

Siguiendo esta misma línea, existen unas pautas para que este principio sea cumplido en su máximo esplendor:

- No hacer daño a la persona mayor, ni física ni emocionalmente.
- No maltratar, abandonar o cometer ningún tipo de negligencia hacia ella.
- Tratar a todas las personas con el mismo respeto y consideración.
- Llevar acabo aquello que esté indicado, evitando en todo momento acciones contraindicadas (Barbero et al., 2005).

Principio de Justicia, se trata de tener en igual consideración y respeto a los ancianos que al resto de personas, evitando todo tipo de marginación y discriminación, garantizando así pues el bien común. De tal manera, que exista una distribución de los recursos y que la accesibilidad a éstos sea racional y equitativa, independientemente de motivos sociales para así proteger a los más necesitados.

Diferentes son los ejemplos en que se puede dar una discriminación en la asignación de estos recursos, algunos de estos son: escasez de residencias y centros de día, escaso apoyo social y económico a las familias que cuidan de personas mayores con deterioro cognitivo, asignar pacientes a médicos de Atención Primaria (AP) sin tener en cuenta el número de personas mayores ya incluidas en el cupo, responsabilizar al personal de enfermería de un número de camas insuficiente. Cabe recordar, que esta distribución compete primeramente a políticos y gestores, pero los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de ser eficientes (Goikoetxea, 2013).

Los criterios que nos indican un buen cumplimiento de este principio son:

- Tratar a todas las personas con el mismo respeto y consideración socialmente
- No realizar ningún tipo de discriminación por motivos de edad, raza, sexo, etc.
- Promover la igualdad de oportunidades de las personas mayores (Barbero et al., 2005).

Este principio, junto con el de No-maleficencia, establece el mínimo de deberes que deben ser comunes para todos los individuos, redefiniendo así la ética profesional y social en sus mínimos.

Ambos principios reclaman la formación de cuidadores y profesionales, validación de los procedimientos utilizados en la atención a las personas mayores como en el caso de las

restricciones, elaboración de guías de buenas prácticas y/o formación en ética e implantación de medidas para evitar la discriminación en los medios públicos (Etxeberria, 2004).

Principio de Autonomía, consiste en respetar en todo momento y de manera continua la libertad y capacidad de decisión por parte del anciano como agente moral, asumiendo el derecho que tienen a tomar decisiones propias y llevar a cabo acciones fundamentadas en sus valores y creencias personales, implicando con ello la obligación de que se den unas condiciones necesarias para que la elección tomada sea realmente autónoma.

Tratarle como a un niño, informar directamente a los familiares sin tener en cuenta a la persona mayor, amenazarle con ingresos en residencias si no acepta las preferencias de los profesionales o cuidadores o rechaza tratamientos, si se le obliga a poner un camisón que no respeta su intimidad y se hacen valoraciones de su calidad de vida sin contar con sus valores, todo esto son ejemplos en los que se infringe este principio, y por ende, no se respeta la autonomía ni intimidad del anciano (Goikoetxea, 2013).

El cumplimiento adecuado de este principio se basa en:

- Considerar que todas las personas en principio son capaces de tomar sus propias decisiones en lo que respecta a su vida, mientras no se demuestre lo contrario
- No confundir la capacidad de “hacer” con la de “decidir” de la persona mayor
- Tratar y cuidar a la persona mayor con el máximo respeto
- No coartar la libertad, manipulando la información o coaccionando
- Promover la autonomía de la persona mayor (Barbero et al., 2005).

Principio de Beneficencia, se refiere a hacer el bien al anciano, dándole un trato respetuoso y digno, a la vez que se promueve su bien. Actuando en beneficio del anciano, ayudándoles a promover sus intereses y respetando lo que él entienda como beneficioso para sí mismo. Su cumplimiento no puede ser exigido legalmente pero sí moralmente.

Su detección es esencial en la prevención de este fenómeno. Algunas de las acciones que determinan el incumplimiento de este principio pueden ser: la no realización de visitas domiciliarias a personas que no acuden a las consultas, no conociendo así su entorno; no ayudarle a vencer su soledad; no dar información a los familiares sobre los recursos sociosanitarios de los que pueden hacer uso; falta de coordinación de los diferentes profesionales que atienden a estos pacientes y no prestar atención al cuidado del cuidador (Goikoetxea, 2013).

Las reglas fundamentales que sustentan este principio y su adecuado cumplimiento son:

- Obligación de hacer el bien procurando el mayor beneficio posible y restringiendo los riesgos
- Evitar ser paternalista, respetando lo que cada persona comprenda como beneficioso para ella
- Tratar y cuidar al anciano con cordialidad a la par que se promueva su bienestar (Barbero et al., 2005).

4.2 LEGISLACIÓN ESPAÑOLA VIGENTE

El maltrato a las personas constituye una realidad latente pero en la mayoría de los casos poco datada, por ello destacar la escasez de denuncias al respecto. Todo ello dificulta el establecimiento de unas acciones legales que puedan castigar el posible maltrato. Asimismo, en nuestro país, no se ha establecido aún una legislación penal diferenciada para el Maltrato en los Ancianos.

Hasta el momento este fenómeno y sus consecuencias se tratan principalmente en el artículo 153 del Código Penal, que posteriormente en 2003 fue modificado y ampliado en el artículo 173, en el que se amplió el ejercicio de la “violencia psíquica”.

Siguiendo esta línea, hay un gran número de omisiones o acciones de maltrato que conforman faltas o delitos y por ello requieren de una responsabilidad civil (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2005).

Destacar por ello, que se aprobó en el Congreso de los Diputados el 8 Noviembre de 1995 y fue publicado en el BOE el día 24 de Noviembre como Ley Orgánica 10/1995, existiendo distintos artículos que podemos relacionar con las situaciones de Maltrato en este colectivo (Wolters Kluwer España, 2017).

- Art. 147 {Delito de lesiones. Concepto de Lesión}. El que, por cualquier miedo o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo el curso de la lesión no se considerará tratamiento médico. Con la misma pena será castigado el que, en un plazo de un año, haya realizado cuatro veces la acción descrita en el artículo 617 de este Código.
- Art. 153 {Violencia física en el ámbito familiar}. El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligado a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años.
- Art. 173 {Trato Degradante}.

1. El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años. Con la misma pena serán castigados los que, en el ámbito de cualquier relación laboral o funcional y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso contra la víctima.

Se impondrá también la misma pena al que de forma reiterada lleve a cabo actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante tengan por objeto impedir el legítimo disfrute de la vivienda.

2. 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 una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela o acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, 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 encuentra sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y , en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

3. Para apreciar la habitualidad a que se refiere el apartado anterior, se atenderá al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas de las comprendidas en este artículo, y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores.

- Art. 178 {Agresión sexual: Tipo básico}. El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, utilizando violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cinco años.
- Art. 180 {Tipos agravados}. Las anteriores conductas serán castigadas con las penas de prisión de cinco a diez años para las agresiones del artículo 178 , y de doce a quince años para las del artículo 179, cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:

1ª Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.

2ª Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o situación, salvo lo dispuesto en el artículo 183.

3ª Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

- Art. 229 {Abandono de menores e incapaces}

1. El abandono de un menor de edad o un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda, será castigado con la pena de prisión de uno a dos años.

2. Si el abandono fuere realizado por los padres, tutores o guardadores legales, se impondrá la pena de prisión de dieciocho meses a tres años.

3. Se impondrá la pena de prisión de dos a cuatro años cuando por las circunstancias del abandono se haya puesto en concreto peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual

del menor de edad o del incapaz, sin perjuicio de castigar el hecho como corresponda si constituyera otro delito más grave.

- Art. 234 {Supuesto} {De los hurtos} El que, con ánimo de lucro, tomare las cosas, muebles ajenos sin la voluntad de su dueño será castigado, como reo de hurto, con la pena de prisión de seis a dieciocho meses si la cuantía de lo sustraído excede de 400 euros.
- Art. 619 {No auxiliar a persona desvalida} Serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días los que dejaren de prestar asistencia, o en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados.

En cuanto al ámbito administrativo, se aprobó en 2006 la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, conocida como Ley de Dependencia, que entró en vigor en 2007, en la cual se reconoce a todas las personas dependientes el derecho a recibir una prestación económica, para que así puedan llevar a cabo las ABVD.

CAPÍTULO 5. PREVENCIÓN Y METODOLOGÍA ENFERMERA

5.1 HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN

La prevención del maltrato de personas mayores consiste en minimizar o eliminar los factores individuales, familiares y/o sociales que contribuyen a la violencia en los ancianos, estimulando paralelamente el desarrollo de las raíces de no violencia que reside en cada persona, a la vez que se neutralizan los factores de riesgo contribuyentes a que se produzca este fenómeno (Paniagua, 2010).

Aunado a esto se puede afirmar que la prevención del maltrato es un problema de la sociedad que nos involucra a todos, ya que tiene consecuencias físicas, psicológicas y/o sociales para el anciano, provocando un aumento de la morbimortalidad, disminución de la calidad de vida, y un aumento del consumo de los recursos personales, sociales y sanitarios (Sánchez, 2015).

Asimismo, en toda prevención se establecen tres niveles básicos: prevención primaria, secundaria y terciaria. Si aplicamos la prevención al fenómeno de los Malos Tratos a las personas mayores, se identifican:

Prevención Primaria, mediante la cual, se establece un control de las causas y los factores de riesgo contribuyentes a la aparición de un posible maltrato, evitando la aparición de nuevos casos. Los métodos establecidos para una adecuada prevención en este nivel son la Educación Sanitaria y la formación de los cuidadores y familiares, la formación de los profesionales y la mejora continua de los cuidados. Las intervenciones sanitarias en este nivel serían:

- Detección de factores de riesgo del anciano y del cuidador, así como la identificación con un alto riesgo de vulnerabilidad para que se dé el fenómeno
- Modificación de los factores de riesgo mediante la canalización de las intervenciones
- Apoyo a los cuidadores, vigilando y actuando en situaciones de estrés y sobrecarga emocional (Alonso & Grupo de Salud Mental (PAPPS), 2003).

En cuanto a la **Prevención Secundaria**, se produce cuando ya ha aparecido la violencia y es posible detectar signos y síntomas del fenómeno, buscando reducir la prevalencia a través de una detección e intervención precoces. Una forma eficiente para llevar a cabo este tipo de prevención es la realización de programas que incluyan grupos de apoyo, programas educativos o establecer períodos de descanso para los cuidadores (Paniagua, 2010).

En la actualidad, la **Prevención Terciaria** es la más frecuente, y en la que se trata de prevenir la aparición de nuevos casos cuando ya se ha detectado previamente alguno; reduciendo también el progreso o las consecuencias de los malos tratos establecidos, disminuyendo las secuelas producidas. Incluimos aquí la intervención legal (De la Cuesta, 2006).

En este capítulo se tratará fundamentalmente la Prevención Primaria, ya que es donde los profesionales de enfermería pueden resaltar su papel como agentes de prevención en la aparición de este proceso. Como profesionales, tenemos una mayor cercanía con las personas y por ende nos encontramos en una situación privilegiada a la hora de detectar posibles casos de maltrato, bien sea en el momento de realizar la higiene, al realizar una entrevista en los Centros de Salud, o cuando ayudamos a desvestir a un anciano en el Servicio de Urgencias. En este caso, nos debemos de servir de la formación de la que disponemos a cerca de las relaciones humanas y de nuestra capacidad de observación (Boixadera & Anton, 2004). Sin embargo, la mejor manera de coordinar una adecuada atención integral en caso de maltrato, es la actuación mediante los equipos multidisciplinarios, beneficiando así a la víctima y disminuyendo la carga de responsabilidad que así será compartida por los distintos profesionales.

Destaca también, la posición privilegiada que tienen los Equipos de Atención Primaria (EAP), ya que su implicación en los cuidados domiciliarios es imprescindible para la detección de los posibles casos de malos tratos. La prevención por parte de estos equipos se inicia a partir de una valoración integral y los posibles diagnósticos que estos pacientes puedan presentar, así como los problemas relacionados con el entorno, analizando de esta manera la existencia de posibles factores de riesgo.

En cuanto a las actividades preventivas que competen a estos profesionales, pueden ser entre otras las campañas de vacunación, el control periódico de constantes vitales, visitas domiciliarias programadas o valoraciones geriátricas integrales entre otras, que permitirían la incorporación de nuevas actividades, como podría ser el caso de un análisis de los factores de riesgo y la prevención de los casos de malos tratos (Bover et al., 2003).

Barbero et al., (2005), afirman que otro papel importante en la prevención y atención de los malos tratos a las personas mayores es el que tienen los Servicios Sociales, ya que el modelo actual de abordaje de estos servicios se basa en los problemas de las personas mayores que surgen en sus domicilios, favoreciendo su permanencia en su entorno habitual. Una de las principales funciones de los Servicios Sociales es facilitar y potenciar la labor de los familiares encargados del cuidado de las personas mayores dependientes, quedando por ello reservados los servicios residenciales a las personas mayores que presenten graves problemas de dependencia tanto física como psicosocial y a la ausencia de redes de apoyo familiares. Haciendo especial mención también a las diferencias existentes entre las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) en cuanto a la prestación de estos servicios, conduciendo esto a un aumento de la sensación de desprotección y a la falta de confianza en estos servicios por parte tanto de las personas mayores como de sus cuidadores.

El acceso a estos recursos sociales públicos precisa de una previa evaluación de las necesidades de los ancianos, sus cuidadores y su entorno, en la que se tienen en cuenta

variables como: territorialidad del solicitante, estado de salud, dependencia, edad, vivienda, situación sociofamiliar o recursos económicos.

Por todo ello, los profesionales sanitarios deben conocer con qué apoyos sociales pueden contar para así informar y facilitar el acceso a las personas mayores y sus cuidadores. Las diferentes características con las que cuentan algunos Servicios Sociales permiten potenciar la autonomía de las personas mayores, evitando y/o paliando situaciones de riesgo como el aislamiento social, el deterioro físico y mental de los más mayores o la sobrecarga de los cuidadores. Algunas de estas vías pueden ser:

- Voluntariado y cooperación social
- Hogares y clubes para personas mayores
- Servicios de atención a domicilio: servicios de ayuda a domicilios o teleasistencia domiciliaria
- Centros de Día para personas dependientes
- Programas de estancias temporales en Residencias
- Servicios alternativos de alojamiento: viviendas públicas tuteladas, acogimiento familiar y viviendas compartidas
- Servicios Sociales de institucionalización

Pues bien, esta Prevención Primaria, debe de ir dirigida tanto a la víctima potencial de sufrir maltrato como al responsable del mismo, por ello existen unos indicios que pueden indicar la posibilidad de que se esté produciendo una posible violencia, según Paniagua (2010):

En la **víctima**:

- Miedo o respeto excesivo a la persona encargada del cuidado
- Evita responder a la preguntas o cuando lo hace es bajo el consentimiento del cuidador
- Modificación del comportamiento en función de la presencia o ausencia del cuidador
- Baja autoestima, reflejado en expresiones del tipo “no valgo nada”
- Expresa soledad, falta de amigos, familia, dinero, etc.

En el **cuidador**:

- Trata de evitar la entrevista entre la persona mayor y el profesional sanitario
- Contesta a preguntas dirigidas a la persona mayor
- Elevado nivel de estrés o sobrecarga
- Reniega de la asistencia domiciliaria socio-sanitaria ofrecida
- No posee los conocimientos y habilidades necesarias para el cuidado y no muestra interés por adquirirlos
- Se muestra excesivamente atento con el anciano, o utiliza malas expresiones para referirse a él

En la relación **víctima-cuidador**:

- Incoherencia en las versiones dadas por uno y otro
- Relación conflictiva con insultos, ridiculizaciones o faltas de respeto mutuas
- Indiferencia en la relación, no existiendo coherencia entre la comunicación verbal y no verbal.

De acuerdo con Barbero et al., (2005), la prevención debe partir de una valoración geriátrica integral y diagnóstico tanto en la persona mayor como en el cuidador, analizando su entorno y detectando la aparición de los posibles factores de riesgo.

En cuanto a la **valoración de la víctima**, se debe de tener en cuenta:

- El grado de dependencia para las ABVD
- La Edad
- El sueño y las alteraciones de éste
- El nivel de dolor
- Las condiciones de alojamiento en las que vive
- El aseo y las dificultades en la satisfacción de este
- La alimentación y las posibles pérdidas de peso
- Historial de caídas
- Soledad, comunicación, agresividad, intimidad
- Deterioro Cognitivo, estado de ánimo, anulación de la personalidad, autopercepción
- Protagonismo en temas financieros

Respecto al **cuidador**:

- Fecha de comienzo del rol de cuidador
- Capacitación en la tarea de cuidador
- Tareas compartidas con otros cuidadores
- Afectación física, psicológica y de la vida personal del cuidador
- Impacto económico
- Relación con la persona mayor y con los servicios de apoyo
- Situación Personal

Tal y como concluyen Bover et al., (2003), como profesionales sanitarios se deben de realizar diferentes intervenciones y actividades preventivas, encaminadas a la posible aparición de unos factores de riesgo que conduzcan a una situación de maltrato hacia las personas mayores, algunas de estas recomendaciones a nivel general son:

- Evaluación continua del nivel de autonomía para las ABVD, ya que cuanto mayor sea el nivel de dependencia hay más riesgo de que aparezcan estos factores
- Estimular y fomentar la independencia en la toma de decisiones
- Favorecer la interacción social, para así evitar el aislamiento

- Mantener a la persona mentalmente activa a través de pasatiempos, lecturas, etc.
- Establecer el régimen jurídico más acorde a la situación del paciente, curatela, tutela, etc.
- Formar a los mayores para la prevención de los malos tratos, dándoles herramientas como talleres y grupos de Educación para la Salud (EpS); elaboración de materiales educativos como folletos, manuales, etc.; actividades educativas en la vejez, acudiendo a centros sociales, parroquias o asociaciones de vecinos

A **nivel individual**, y en caso de ser una potencial víctima, las principales actividades para evitar la aparición del fenómeno deben de ser:

- Evitar el aislamiento, manteniendo el contacto con amigos y vecinos, participar en actividades sociales y comunitarias o atender sus propias necesidades en la medida de lo posible, como citas con el médico, dentista, peluquería, etc.
- Controlar sus pertenencias, sin dejar que nadie lo haga por ellos
- Manejar su propia correspondencia
- Disponer de teléfono propio y personal si es posible
- Controlar el ingreso de su pensión en su propia cuenta corriente
- Conocer dónde acudir en caso de que consideren que están siendo maltratados
- Buscar consejo legal si existiese incapacidad en un futuro
- Evitar convivir con personas que tengan historial de abuso de sustancias o conductas violentas
- En el caso de las instituciones deben disponer de: llave de su habitación si es posible, no consentir la infantilización y conocer previamente el régimen interno y sus derechos

Como apunta All (1998), las principales actividades para el **cuidador**:

- Buscar fuentes de ayuda y utilizarlas
- Mantener las relaciones con familiares y amigos
- Cuidado y mantenimiento de su propia salud
- Valorar la capacidad de ayuda familiar para suministrar el cuidado y el riesgo de sobrecarga
- Tomar tiempos de descanso
- Evitar ignorar las propias limitaciones que se pueden dar

Peralta (1998), concluye que en el caso de las **instituciones**, éstas deberían:

- Admitir la posibilidad de que se pueden suceder malos tratos, evitando la negación
- Elaborar un programa de formación continuada dirigida a todos los profesionales implicados en el cuidado

- Poner en marcha protocolos de prevención, detección e intervención de malos tratos, valorando los criterios para las contenciones físicas, normas para respetar la intimidad de las personas mayores o evitación de la infantilización entre otros. Estos protocolos deben de realizarse con todo el equipo de profesionales, maximizando los factores protectores para así eludir los posibles factores de riesgo. Un ejemplo de esto sería la rotación de los profesionales o los tiempos de descanso de éstos. Asimismo, es necesario la creación de un grupo de trabajo que revise y evalúe el cumplimiento del protocolo, acompañado de una actualización continua del mismo

5.2 METODOLOGÍA ENFERMERA

Para realizar una valoración enfermera adecuada al problema de los Malos Tratos hacia los ancianos y teniendo en cuenta la metodología enfermera, utilizaremos el Modelo propuesto por Virginia Henderson teniendo en cuenta las 14 necesidades básicas (Bover et al., 2003).

Por ello vamos a tener en cuenta este Modelo a la hora de realizar una detección precoz en caso de riesgo de maltrato y por ende, en la valoración se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. Necesidad de respirar normalmente: dificultades para respirar y si las medidas para solventarlo se llevan a cabo, como el uso de aerosoles, oxígeno domiciliario o una adecuada ventilación de las instalaciones, tanto domiciliarias como institucionales
2. Necesidad de comer y beber: déficit nutricional, cambios recientes de peso, signos/síntomas de deshidratación o tipo de dieta y si esta es apropiada
3. Necesidad de eliminación: incontinencia intestinal o urinaria, impedir el acceso al WC, y signos de higiene deficitaria
4. Necesidad de moverse y mantener la posición adecuada: dificultades en la movilidad y medidas que se adoptan para solucionar los problemas relacionados con ésta, así como la posición incorrecta en la cama y/o sillón
5. Necesidad de dormir y descansar: características ambientales de las habitaciones, abrigo suficiente e higiene de la cama o dificultad para conciliar el sueño
6. Necesidad de vestirse y desvestirse: aspecto físico descuidado, ropas no adecuadas a las condiciones climatológicas y al estado de salud del anciano
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal: presencia o ausencia de sistemas para regular la temperatura del hogar, agua caliente y otras actividades para el control de la temperatura corporal y la vigilancia de signos y síntomas de hipotermia e hipertermia
8. Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel: aspecto físico descuidado, aspectos de higiene deficitarios por parte del propio anciano o del cuidador, mal estado de las uñas. Olor en el cuerpo y en la ropa. Presencia de pulgas o piojos. Características generales del hogar como: falta de limpieza, hacinamiento, desorden, etc.
9. Necesidad de evitar peligros: frecuentes visitas a los servicios de emergencias, retraso entre las posibles heridas y la asistencia sanitaria, caídas y accidentes recientes, presencia de elementos de riesgo en la casa y ausencia de elementos de protección. Bajo estado anímico del anciano y del cuidador, actitud poco colaboradora por parte de la familia encargada del cuidado. Omisión del uso de gafas y aparatos de audición. Insuficiente demanda de atención sanitaria por parte del cuidador y/o anciano. Falta de cumplimiento del plan terapéutico,

excesiva medicación (sobresedación), o automedicación. Dejarlo solo en casa durante largos períodos de tiempo. Confusión y desorientación

10. Necesidad de comunicarse: déficits sensoriales, manifestación de sentimientos negativos o de temor hacia el cuidador y la familia. Expresión de sentimientos de cansancio y/o hostilidad hacia el anciano/a 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 de otros. Miedo a los extraños, así como aislamiento social

11. Necesidad de vivir según valores y creencias: falta de respeto por parte del cuidador de las creencias, valores y expectativas del anciano y actitud del anciano ante ello. Conflictos entre los cuidados de salud actuales y las creencias y valores

12. Necesidad de 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

13. Necesidad de participar en actividades recreativas: cambios en las actividades de entretenimiento y manifestaciones de aburrimiento

14. Necesidad de aprender: conocimientos del anciano, cuidador y familia acerca de su situación de salud y de los cuidados requeridos. Actitud para aprender y resolver problemas, presencia de limitaciones mentales o psicológicas para el aprendizaje. Falta de estimulación y de información (noticias, acontecimientos, etc.)

Para realizar la valoración anteriormente propuesta tendremos en cuenta los posibles factores de riesgo que se pueden dar tanto en la posible víctima como en el maltratador y a partir de las manifestaciones de dependencia que se puedan dar en cada una de las necesidades estableceremos unos posibles Diagnósticos Enfermeros(DXE) (NANDA International[NANDA-I], 2013) (Bover et al., 2003).

En el caso del **anciano**:

Déficit de autocuidado

-Alimentación

R/C ansiedad, debilidad, disconfort, disminución de la motivación del anciano o de su cuidador, obstáculos ambientales y/o personales.

M/P deterioro de la habilidad para comer por sí solo de manera aceptable y falta de ayuda por su cuidador/a, deterioro de la habilidad para preparar la comida y ausencia de alguien que se lo prepare.

-Baño/higiene

R/C ansiedad, disminución de la motivación, obstáculos ambientales y/o personales.

M/P deterioro de la habilidad para acceder al agua e impedimentos por parte del cuidador, deterioro de la habilidad para acceder al baño y falta de ayuda por parte de cuidador, deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo y ausencia de ayuda.

-Vestido

R/C ansiedad, disconfort, disminución de la motivación y trastorno de la percepción.

M/P deterioro de la habilidad para alcanzar la ropa, deterioro de la habilidad para mantener el aspecto, deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa (p. ej., camisa, calcetines, zapatos) y ausencia de alguien que se lo facilite, deterioro de la habilidad para usar dispositivos de ayuda y no proporcionarle los mismos.

-Uso del WC

R/C ansiedad, deterioro de la habilidad para la traslación, disminución de la motivación, fatiga, obstáculos ambientales y/o personales.

M/P deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación y ausencia de persona que se lo proporcione, deterioro de la habilidad para llegar hasta el inodoro, deterioro de la habilidad para manipular la ropa para la evacuación y falta de ayuda por parte del cuidador.

Deterioro de la movilidad física

R/C apoyo del entorno insuficiente (p. ej., físico, social), conocimiento insuficiente del valor de la actividad física, malnutrición.

M/P alteración de la marcha, disminución de la amplitud de movimientos, enlentecimiento del movimiento e inestabilidad postural.

DxE posibles en el **cuidador**:

Incumplimiento

R/C apoyo social insuficiente, conocimientos y habilidades insuficientes del régimen terapéutico, motivación insuficiente, tiempo de duración del régimen terapéutico, implicación de los miembros en el plan insuficiente, dificultad en la relación paciente-profesional y habilidades educativas del profesional insuficientes.

M/P conducta de no adherencia, desarrollo de complicaciones relacionadas, exacerbación de síntomas, faltar a las citas o fracaso al intentar lograr resultados.

Cansancio del rol del cuidador

R/C actividades de cuidados excesivas, duración del cuidado, abuso de sustancias, entorno físico inadecuado para proporcionar el cuidado, relación violenta y/o abusiva, recursos comunitarios insuficientes (p. ej., períodos de descanso, recursos recreativos, apoyo social) y aumento en las necesidades de cuidados y resiliencia emocional insuficiente.

M/P aprensión sobre el bienestar del receptor de los cuidados si el cuidador es incapaz de proporcionar el cuidado, aprensión sobre la potencial institucionalización del receptor de los cuidados, dificultad para realizar las tareas requeridas, factores estresantes, tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales, productividad laboral baja o conflicto familiar.

Riesgo de Cansancio en el desempeño del rol del cuidador

R/C actividades de cuidados excesivas, aislamiento del cuidador, patrón de disfunción familiar anterior a la situación de cuidado, complejidad de las tareas de cuidados, el receptor de los cuidados muestra una conducta desviada.

Afrontamiento ineficaz

R/C confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación, crisis situacional, recursos inadecuados, sentido de control insuficiente y apoyo social insuficiente.

M/P conducta destructiva hacia los demás, estrategias de afrontamiento ineficaces, habilidades de resolución de problemas insuficientes, incapacidad para manejar la situación y pedir ayuda, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, conducta de riesgo y enfermedades frecuentes.

Aflicción Crónica

R/C cantidad de tiempo como cuidador, crisis en la gestión de la discapacidad o enfermedad, discapacidad crónica (p. ej., física, mental).

M/P sentimientos negativos abrumadores, sentimientos que interfieren con el bienestar (p. ej., personal, social) y tristeza (p. ej., periódica, recurrente).

DXE comunes:

Aislamiento Social

R/C alteración del bienestar, conducta social incongruente con las normas, recursos personales insuficientes (p. ej., logros, mala introspección, afectos escasos y mal controlados).

M/P acciones repetitivas, ausencia de sistema de apoyo, deseo de estar solo, hostilidad, soledad impuesta por otros, inexpresividad, actitud triste.

Deterioro de la interacción social

R/C alteración del autoconcepto, deterioro de la movilidad, obstáculos ambientales, obstáculos para la comunicación.

M/P deterioro del funcionamiento social, Interacción disfuncional con otras personas, la familia expresa cambios en la interacción (p. ej., estilo, patrón).

Interrupción de los procesos familiares

R/C cambio de los roles familiares, cambio en el estado de salud de un miembro de la familia, situaciones de transición.

M/P alteración de la resolución de conflictos familiares, alteración en la intimidad, cambio en el patrón de relaciones, disminución del apoyo mutuo, cambio en las tareas asignadas.

Conocimientos deficientes

R/C conocimiento insuficiente de los recursos, información insuficiente, insuficiente interés en el aprendizaje e información errónea proporcionada por otros.

M/P conducta inapropiada (p. ej., histérica, hostil, agitada, apática), conocimiento insuficiente y no sigue completamente las instrucciones.

CONCLUSIONES

A medida que se ha ido evolucionando en las distintas esferas (política, social, sanitaria o cultural) esto ha producido una mejora en las condiciones de vida de la población y por lo tanto una mejora en la calidad de vida de las personas y un incremento visible en la esperanza de vida. Paralelamente a esto, en las sociedades modernas se ha ido devaluando la imagen que la sociedad tiene a cerca de las personas mayores, llevando todo esto a un ascenso en el número de personas mayores maltratadas. Para que esta situación finalmente se produzca en los diferentes ámbitos que se han tratado, se deben de dar una conjunción de diferentes factores, los cuales aumentan el riesgo de que este fenómeno se lleve a cabo.

Tras la finalización del presente trabajo, se ha podido concluir que es mayor el número de personas mayores maltratadas en su domicilio que en los centros sociosanitarios, debido a que existe una imagen estereotipada de este rango de edad y a una escasez en el aporte de información a la sociedad en general de los cuidados en este grupo de personas. Asimismo, resulta paradójico que en los centros sociosanitarios se puedan dar casos de maltrato a las personas mayores pero la situación es evidente, ya que cada vez son más los casos que en los medios de comunicación aparecen sobre situaciones de negligencia, lo cual tiene su origen en la falta de formación en habilidades y actitudes de los diferentes profesionales encargados de llevar a cabo los cuidados y atención necesarias. Teniendo en cuenta, la falta de información tanto de la sociedad como de los profesionales competentes en este campo y comprobando que es uno de los principales factores de riesgo, se debería de incidir más en este aspecto, fomentando una adecuada formación de los profesionales, lo cual disminuiría algunos de los factores de riesgo citados en el capítulo 2 del trabajo conduciendo también a una prevención de los posibles casos de maltrato.

Debido a la descentralización de las competencias de cada CCAA, las competencias de los Servicios Sociales son diferentes en cada una de ellas, por ello, se aprecian variaciones entre unas comunidades y otras en los servicios prestados a las personas mayores. Resaltando también la insuficiente coordinación entre los equipos de Atención Primaria y los Servicios Sociales, puesto que una adecuada coordinación entre estos dos servicios fomentaría y mejoraría el cuidado por parte de los familiares y /o cuidadores informales, fomentando así la formación de estos, a su vez que favorecería la detección precoz de posibles casos de maltrato. Si existiera una idónea coordinación, se podrían establecer protocolos de actuación comunes, medidas preventivas así como planes de cuidados adaptados a cada situación de dependencia.

Pero resaltar, que esta falta de información de la que se habla no sólo es por parte de los cuidadores sino también por parte de los ancianos, la escasez de programas informativos dirigidos hacia este grupo de personas es uno de los factores que influye a la hora de que se desencadene el fenómeno o bien a la hora de denunciar la situación de maltrato, por ello revelar el papel clave que en este sentido tienen los Servicios Sociales o bien las visitas domiciliarias por parte de los profesionales sanitarios.

Teniendo en cuenta los principales factores de riesgo asociados a este fenómeno y los principales métodos de abordaje y prevención, sería muy idóneo una reestructuración por parte de las figuras competentes de los determinantes de la salud (Medio Ambiente, Estilos de vida, Sistema Sanitario y la Biología Humana) involucrados en el maltrato a las personas mayores. Al tratarse el maltrato a las personas mayores de un problema de Salud Pública, una de las soluciones más adecuadas consistiría en una redistribución del dinero público destinado a cada uno de estos factores, ya que los determinantes sociales de la salud repercuten directamente en ésta, permiten predecir la mayor parte de la inequidad sanitaria, estructuran los diferentes comportamientos relacionados con la salud e interactúan constantemente en la

generación de un estado de salud. Por ello, por parte de las autoridades pertinentes se debería de actuar sobre los determinantes estructurales de la salud, y la actuación por parte de los profesionales sanitarios competentes sería sobre los determinantes intermedios de salud, como pueden ser las condiciones de vida y trabajo, factores conductuales y biológicos y psicosociales. Por ello, algunas de las recomendaciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son la mejora de las condiciones de vida, la lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos así como la medición y análisis de este problema y la evaluación de las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, C. Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. Realidad e invisibilidad. *Revista Médico Clínica Conde*, 23 (1), 84-90.
- All, A. (1998). A literature review: assessment and intervention in elder abuse. *J Gerontological Nursing*, 25-32.
- Alonso, F. & del PAPPs, G.D.S.M. (2003). Malos Tratos a los ancianos. *Grupo de salud mental de PAPPs*.
- Alonso, G. T. (2015). El maltrato en la vejez. *Nuberos Científica*, 2 (14), 72-8.
- Arriaga, R. Rosalinda. (2013). *Tipos de maltrato y grado de funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar No. 75, Nezahualcoyotl, Estado de México* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Medicina, Estados Unidos de México.
- Barbero, G.J., Barrio, C. IM., Gutiérrez, G. B., Izal, F. M., Martínez, M. A., Moya, B. A.,...Yuste, M. A. (2005). *Maltrato a personas mayores: Guía de actuación*. Recuperado de <http://www.copib.es/pdf/imserso-malostratos-01.pdf>
- Bazo, M.T. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Papers. Revista de Sociología*, 56, 143-161
- Boixadera, V. M. & Anton, R. J. (2004). ¿Cómo detectar el maltrato en los ancianos? *Enfermería Global*, (4).
- Bover, B. A., Moreno, S. MI., Mota, M. S. & Taltavull, A. JM. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atención Primaria*, 32 (9), 541-51.
- Castilla, R. & Palma, MO. (2014). El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga (España). *Trabajo Social Global. Investigaciones en Intervención Social*, 4 (7), 20-35.
- De Francisco, M. ML. & Solano, J. MA. (2012). Valoración médico forense del maltrato intrafamiliar a ancianos en la subdirección de Bizkaia del Instituto Vasco de Medicina Legal durante el trienio 2009-2011. *Cuad Médico Forense*, 18 (3), 119-126.
- De la Cuesta, A. JL. (2006). El Maltrato de personas mayores. *Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Recuperado de <http://www.ehu.es/es/web/ivac/maltrato-personas-mayores>
- De Miguel, A. (2011). Maltrato de los ancianos en el ámbito familiar. Violencia y psicología comunitaria. *Aspectos psicosociales, clínicos y legales*, 34 (3), 1-19.
- Docampo, S. L., Barreto, L. R. & Santana, S.C. (2009). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 13 (6).
- Etxeberria, X. (2004). Ética y Discapacidad. *Siglo 0. Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 35 (2), 210.
- Fernández, A. MC. & Herrero, V. S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la Atención Primaria I. *Medicina de Familia y Maltrato*, 37 (1), 56-9.

- García, F. J. (2003). *Bioética y Personas Mayores*. IMSERSO y CSIC. Recuperado de <file:///C:/Users/usuariouc/Downloads/Bioetica%20y%20personas%20mayores.pdf>
- Giró, M. J. (2014). La Violencia hacia las Personas Mayores. *Trabajo Social Hoy*, 72 (2), 23-38.
- Goikoetxea, I. MJ. (2013). Ética y buen trato a personas mayores. Ethics and good treatment to the major persons. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41 (3), 424-48.
- Gómez, C. AP. (2013). Una mirada de desolación. El estigma y abandono en la vejez. *Calidad de Vida y Salud*, 6 (2), 90-9.
- Gracia, I. J. (2011). El maltrato familiar hacia las personas mayores. Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas. *Oñati Socio -Legal Series*, 1 (8), 1-26.
- Iborra, M. I. (2008). Maltrato de personas mayores en la familia en España. *Centro Reina Sofía, Series*, 14 (5), 6-15.
- Iborra, M. I. (2009). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Centro Reina Sofía, Zerbitzuan*, 45 (2), 49-57.
- IMSERSO Portal de Mayores. (2005). *El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/martinez-maltrato-01.pdf>
- Kosberg, J. (1998). Preventing Elder Abuse. Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist*, 28, (43-92)
- Leonardo de Oliveira, G.CC. & Partezani, R. RA. (2008). Ocurrencia de Maltratos a los ancianos en el domicilio. *Revista Latino-am Enfermagem*, 16 (3).
- Nanda Internacional. (2013). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*. Madrid, España: Elsevier.
- Paniagua, F.R. (2010). Prevención de la violencia hacia los mayores. Tres medidas preventivas: concienciación social, formación de los profesionales y apoyo a la familia. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 68 (132), 241-68.
- Peralta, A. (1998). La hoja roja: abusos a ancianos. *Gerokomos*, 9, 12-15.
- Pérez –Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P. & Espinosa, JM. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clínica*, 54 (8), 1-5.
- Pinazo-Hernandis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, (252-82).

- Real Academia Española. (2001). Maltrato. En *Diccionario de la lengua española* (22.ª ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/>
- Rubio, A. M. (2012). Maltrato Institucional a adultos mayores. *Gerokomos*, 23 (4), 169-71.
- Rueda, E. JD. & Martín, M.FJ. (2011). El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas*, 18 (1), 7-33.
- Ruelas-González, MG., Pelcastre-Villafuerte, BE. & Reyes-Morales, H. (2014). Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Salud Pública México*, 4 (56), 631-37.
- Ruiz, S. A., Altet, T. J., Porta, M.N., Duaso, I.P., Coma, S.M. & Requesens, T.N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, 27 (5), 85-8
- Sánchez, A. N. (2015). Abordaje del maltrato al anciano en el ámbito doméstico. Revisión Bibliográfica. *Revista Enfermería C y L*, 7 (1), 27-38.
- Sánchez-Ayéndez, M. (2000). Bioética. Contribuciones de la Antropología a un Acercamiento Ético a la Vejez. PRHSJ. *Antropología, Ética y Vejez*, 19 (2).
- Sánchez, C. F. & Sancho, C. MT. (2004). *Vejez, Negligencia, Abuso y Maltrato. La perspectiva de los mayores y los profesionales*. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imsero-vejeznegligencia-01.pdf>
- Sancho, MT. (2007). *Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Recuperado de <http://www.imsero.es>
- Sancho, MT. (2011). *Estudio de Prevalencia de Malos Tratos a Personas Mayores en la Comunidad de País Vasco*. Recuperado de http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/ESTUDIO%20DE%20PREVALENCIA_CAST.pdf
- Tabueña, L. CM. (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 15 (3), 275-92.
- Toledano, G. L. (2011). Ancianos maltratados, ancianos que maltratan. *Tsnova*, 4 (10), 61-72.
- Wolters Kluwer España. (2017). Noticias Jurídicas. Por abogados/ para abogados. Madrid, España.: Sede Web. Recuperado de <http://www.noticias.juridicas.com>