



EL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

ABUSE IN THE EDERLY

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

DIRECTORA: Laura Calzada Palacios

AUTORA: Raquel Bahillo Bolado

CURSO ACADÉMICO: 2017/2018

Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

Índice:

1. Resumen/Abstract	Pág:4
2. Introducción.....	Pág:5
2.1. Justificación de la elección del tema	Pág:6
2.2. Objetivos	Pág:6
2.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	Pág:6
2.4. Descripción de los capítulos.....	Pág:7
3. Visión global del maltrato a ancianos.....	Pág:8
3.1. Contexto histórico y definiciones del término.....	Pág:8
3.2. El maltrato en el anciano	Pág:10
3.2.1.Prevalencia	Pág:10
3.2.2.Teorías.....	Pág:11
3.2.3.Tipos de abuso	Pág:14
4. Factores de riesgo en la aparición del maltrato	Pág:16
4.1. Factores de riesgo relacionados con el agresor.....	Pág:16
4.2. Factores de riesgo relacionados con la víctima	Pág:18
4.3. Factores de riesgo presentes en la situación de cuidado	Pág:19
5. Aspectos legales del maltrato a ancianos.....	Pág:20
5.1. Tipificación del delito de malos tratos.....	Pág:20
5.2. Jurisprudencia y doctrina.....	Pág:21
6. Ámbitos de desarrollo de malos tratos al anciano	Pág:22
6.1. Ámbito familiar	Pág:22
6.2. Ámbito institucional.....	Pág:23
7. El papel de los profesionales sanitarios frente al maltrato en ancianos....	Pág:25
7.1. Prevención	Pág:25
7.2. Detección	Pág:28
7.3. Actuación	Pág:28
8. Conclusiones	Pág:30
9. Bibliografía	Pág:31
10. Anexos	Pág:35

1. Resumen:

El envejecimiento poblacional es un hecho evidente en nuestra sociedad. El incremento de la esperanza de vida junto con el descenso de las tasas de natalidad plantean la existencia de una sociedad de predominio anciano. El abuso dirigido a los ancianos es un fenómeno extenso, cuyas tasas de infradiagnóstico son elevadas frente a las graves consecuencias humanas y sociales que supone. Pese a la invisibilidad que rodea a este tipo de maltrato, el interés por él ha ido en incremento en las últimas décadas surgiendo numerosas asociaciones y movimientos dispuestos a hacerlo frente.

El presente trabajo pretende repasar los conocimientos actuales disponibles sobre este campo, tratando de plasmar en qué consiste el maltrato a ancianos, cuáles son los tipos de maltrato principales e identificando los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de abuso. Se señalan además dos de los principales ámbitos en los que se puede desarrollar el maltrato: familiar e institucional. Por otro lado, se destaca la importancia representada por los profesionales sanitarios, entre ellos el personal de enfermería, planteando una serie de actividades enfocadas a las labores de prevención, detección e intervención del maltrato a ancianos.

Palabras clave: Anciano, Maltrato al anciano, Factores de riesgo, Enfermería.

Abstract:

Population aging is an obvious fact in our society. The increase in life expectancy together with the decrease in birth rates suggests the existence of a society with an old predominance. Abuse directed at the elderly is an extensive phenomenon, whose underdiagnosis rates are high in the face of the serious human and social consequences that this entails. Despite the invisibility that surrounds this type of abuse, interest in it has been increasing in recent decades, with the emergence of numerous associations and movements willing to do so.

This paper aims to review the current knowledge available in this field, trying to capture what constitutes elder abuse, which are the main types of abuse and identify the risk factors that are incurred in the abuse. In addition, two of the main areas in which abuse can occur are described: family and institutional. On the other hand, it highlights the importance represented by health professionals, including the nursing staff, posing a series of activities focused on the tasks of prevention, detection and intervention of elder abuse.

Key words: Elderly, Elderly abuse, Risk factors, Nursing.

2. Introducción:

Históricamente los ancianos han desarrollado el papel de transmisores de conocimientos, identificando la vejez con sabiduría, y considerando a las personas mayores como una fuente de valores necesaria para el correcto funcionamiento social (1).

Sin embargo, en las últimas décadas, esta visión del anciano se ha visto alterada. Si bien es cierto que se sigue haciendo referencia a su “sabiduría”, esto se utiliza más como un tópico que como un aspecto enriquecedor. Se identifica a la persona mayor con el deterioro físico, psicológico y social. Todos estos estereotipos que rodean al anciano se agrupan dentro del término “edadismo”, siendo este uno de los detonantes de los malos tratos (2).

Este creciente desprestigio ante la figura de la persona senescente, lleva a plantearse la existencia de un fenómeno de victimización hacia dicho colectivo.

El estudio del maltrato hacia los ancianos es reciente en comparación con el de otras formas de violencia hacia grupos vulnerables, como la dirigida a los niños o hacia las mujeres (3).

Uno de los principales alicientes para el estudio del maltrato a ancianos lo supone el cambio demográfico al que se está enfrentando la sociedad. Según datos de Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2016 la población de 65 años o más representa un 18,4% del total. Además, según estimaciones para el año 2066, habrá más de 14 millones de personas mayores, 34,6% del total de la población que alcanzará los 41.068.643 habitantes (4).

Otro de los motivos por el cual se está mostrando un mayor interés en este campo es el reconocimiento del maltrato dirigido a las personas mayores como problema universal, social y de salud pública, puesto que las consecuencias derivadas de los malos tratos son muy graves, como depresión, aislamiento o estrés postraumático entre otras.

Sin embargo estas líneas de investigación se encuentran con ciertos obstáculos, considerando el maltrato al anciano como un fenómeno “intramuros”, hallando francas dificultades para acceder a las víctimas. Entre estas dificultades se puede destacar la falta de unificación en cuanto a los criterios relacionados con la definición de maltrato a ancianos o la variada terminología empleada para referirse al mismo fenómeno, así como a las personas implicadas en él (persona responsable de los malos tratos y persona receptora de los mismos).

Lo que es evidente es la necesidad de seguir desarrollando estrategias de investigación, y de este modo obtener evidencias que sean visibles a la población general, la cual constituye un elemento de presión hacia los gobiernos, responsables finales de la implantación de medidas adecuadas (2).

2.1. Justificación del tema:

El maltrato dirigido hacia las personas ancianas supone aún un fenómeno invisibilizado en nuestra sociedad. A diferencia de otras formas de malos tratos, como los dirigidos a la población infantil o a la femenina, la información que trasciende acerca de este hecho es reducida. Este desconocimiento es lo que me anima a realizar la revisión bibliográfica a continuación presentada, con el fin de comprender más acerca del maltrato a los ancianos, principalmente en cuanto a prevención y detección del mismo, y de este modo contribuir en parte al mayor reconocimiento de este problema, el cual atendiendo a los cambios demográficos a los que se está enfrentando la sociedad, puede verse incrementado en los próximos años.

Además las experiencias durante mis prácticas clínicas me han suscitado un mayor interés en la población anciana, entendiendo la complejidad que conllevan los cuidados dirigidos hacia este colectivo, y comprobando la vulnerabilidad que denotan las personas mayores. Por este motivo también he decidido interesarme por el tema tratado a lo largo del trabajo, tratando de comprender mejor este fenómeno, los factores que lo pueden desencadenar o los instrumentos de detección de los que disponen los profesionales sanitarios, con el fin de asegurar al anciano un adecuado nivel de bienestar.

2.2. Objetivos:

Objetivo general

Analizar la situación actual del maltrato a ancianos en España identificando su trascendencia como problema social y de salud pública.

Objetivos específicos

- Definir el concepto de maltrato, las teorías acerca de dicho fenómeno y los tipos de maltrato reconocidos.
- Analizar los factores de riesgo implicados en el desarrollo de malos tratos dirigidos al anciano.
- Determinar la ley aplicable en caso de malos tratos dirigidos a ancianos y la jurisprudencia vigente.
- Identificar los diferentes ambientes en los que puede aparecer el problema del maltrato a ancianos.
- Identificar las diferentes estrategias llevadas a cabo por los profesionales sanitarios en la prevención, detección y tratamiento de los malos tratos en ancianos.

2.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica:

El trabajo a continuación planteado es una revisión bibliográfica de diferentes artículos. Para su elaboración se han consultado diversas bases de datos: Dialnet, Google Académico, PubMed, Scopus, UCREA y Web of Science. A todas ellas se ha accedido a través de la Biblioteca digital de la Universidad de Cantabria.

Se planteó como límite de búsqueda una fecha de artículos que abarcara desde el año 2008 al 2018. Sin embargo se ha considerado oportuno incluir artículos anteriores a esa fecha debido a su relevancia significativa para el presente trabajo.

La búsqueda incluye el uso de operadores booleanos como AND y OR, limitando el idioma de los textos a inglés y español, exceptuando un texto en lengua alemana, y seleccionando enlaces con textos completos.

Las palabras clave empleadas en la búsqueda bibliográfica han sido:

Decs: Anciano, Maltrato al anciano, Factores de riesgo, Enfermería.

Mesh: Aged, Elder abuse, Risk factors, Nursing.

2.4. Descripción breve de cada capítulo:

El presente trabajo queda dividido en cinco capítulos los cuales a su vez están integrados por diversos apartados, con el fin de recoger de manera ordenada la información encontrada acerca del maltrato a ancianos.

Capítulo 1: Visión global del maltrato a ancianos.

Este capítulo queda dividido a su vez en dos apartados generales dentro de los cuales se incluyen sub-apartados. La finalidad del capítulo es contextualizar el problema del maltrato a ancianos aportando datos sobre historia, tasas de prevalencia, tipos de abuso y formulaciones teóricas.

Capítulo 2: Factores de riesgo en la aparición de maltrato.

Dividido en tres apartados a través de los cuales se describen los principales factores de riesgo presentes en el agresor, la víctima o la situación de cuidado, y que pueden desencadenar la aparición de maltrato.

Capítulo 3: Aspectos legales del maltrato a ancianos.

A lo largo de este capítulo se realiza un estudio del delito de malos tratos a través del Código Penal y las leyes especiales, así como un análisis a la doctrina jurídica.

Capítulo 4: Ámbitos de desarrollo de malos tratos al anciano.

Se encuentra dividido en dos apartados en los cuales se pretende mostrar los principales escenarios en los cuales pueden desarrollarse malos tratos al anciano: la familia y la institución.

Capítulo 5: El papel de los profesionales sanitarios frente al maltrato en ancianos.

Este capítulo consta de tres apartados en los cuales se explican algunas de las estrategias que pueden ser puestas en marcha por los profesionales del sector sanitario en la prevención y detección del abuso a ancianos, así como en la actuación frente a este problema.

3. Visión global del maltrato a ancianos.

3.1. Contexto histórico y definiciones del término.

Las alusiones públicas al maltrato en ancianos comienzan en 1975 con la publicación en una revista científica británica ("The British Medical") de la carta de G.R. Burston "Granny battering" (abuelita apaleada). En ese mismo año Barker también denuncia malos tratos contra las personas mayores introduciendo el término "Granny bashing" (abuela golpeada). Ambos autores identifican a la víctima con el sexo femenino y al maltrato físico como principal forma de abuso (5,6).

El Congreso de Estados Unidos fue el primer organismo que abordó el fenómeno del maltrato a ancianos como una cuestión política y social (1978), favoreciendo de este modo su mayor reconocimiento, puesto que a partir de ese momento cada estado poseía una legislación relacionada con el maltrato a ancianos (5).

En los años ochenta los malos tratos dirigidos hacia las personas mayores comenzaron a tomar relevancia en numerosos países industrializados como Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Japón entre otros (6).

Publicaciones posteriores como “Old Age Abuse” de M. Eastman (1984) o la de Bennet y Kingston (1993) propiciaron la sustitución de los términos anteriormente empleados por expresiones como “Abuso a la tercera edad” o “Maltrato de personas mayores”.

A partir de estas acciones, el interés centrado en el maltrato a ancianos ha tratado de igualarse con el dirigido a los derechos humanos, la igualdad de género o el envejecimiento de la población (7).

La importancia que supone el problema del maltrato a ancianos comienza a hacerse visible en España a partir de la celebración de la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado (Almería, 1995). En ella se elaboró la “Declaración de Almería” en la cual se reflejan diferentes cuestiones ligadas al maltrato de personas mayores. Entre ellas el planteamiento de una definición del término, el reconocimiento de factores de riesgo que aumentan las posibilidades de sufrir maltrato, el establecimiento de diferentes tipos de maltrato y la posibilidad de que aparezca el maltrato en diferentes clases sociales y ámbitos. Además se reconoce la importancia que tiene el papel de los profesionales sanitarios en la detección así como la necesidad de fondos destinados a aumentar las investigaciones. En esta Declaración se entiende el maltrato a ancianos como “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatado objetivamente, o percibido subjetivamente con independencia de la intencionalidad o no y del medio dónde suceda” (8).

El maltrato a la persona senescente fue también una de las cuestiones que se trató durante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento que tuvo lugar en Madrid en 2002, planteándose una serie de objetivos y medidas para hacerle frente. En esta Asamblea quedó de manifiesto la importancia adquirida por el fenómeno del maltrato a ancianos, reflejándose esta dentro del contexto de los derechos humanos.

Todos estos puntos tratados tanto en la “Declaración de Almería” como en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento fueron ratificados en la “Declaración de Toronto” (2002), elaborada a partir de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la vejez (INPEA). En esta Declaración se hace un llamamiento a la prevención del maltrato de ancianos. Además en ella se corrobora la definición planteada por Action on Elder Abuse en 1995, según la cual el maltrato de personas mayores se define como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana” (9,10).

A lo largo del siglo XXI han sido muchos los proyectos y programas de investigación llevados a cabo tanto a nivel nacional como internacional centrados en el ámbito de los malos tratos al mayor.

Una de las propuestas más recientes surge de la colaboración de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tiene por título “Respuesta Global al Maltrato hacia las Personas Mayores, incluyendo la Negligencia: Capacitación de los Servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial”.

Su objetivo era la adaptación de un instrumento de screening para detectar los malos tratos dirigidos a los ancianos y su divulgación en diferentes países.

Otros proyectos desarrollados en los últimos años dirigidos a la detección de maltrato en el anciano serían el proyecto MILCEA y el DAPHNE, este último dirigido más en concreto al maltrato de las mujeres mayores.

En cuanto a los programas de intervención, además de aquellos dirigidos a víctimas de malos tratos, en los últimos años se han desarrollado ciertos programas dirigidos a los cuidadores formales o informales y a los futuros responsables de los malos tratos (10).

A pesar de todos los avances que se están logrando en el campo del maltrato a ancianos, los investigadores se siguen encontrando con una serie de obstáculos.

Uno de los aspectos que incorpora mayor dificultad al estudio del maltrato en ancianos es la falta de una definición aceptada de manera universal. Esta falta de acuerdo puede ser achacable a aspectos tales como:

- Subjetividad ligada a una persona o grupo de personas en el momento de establecer una definición.
- Exclusión de la perspectiva del anciano, teniendo en cuenta únicamente el punto de vista del profesional.
- Reticencia social para reconocer la gravedad del problema.
- Falta de comunicación entre diferentes organizaciones y profesionales ligados a personas mayores.
- Variedad de puntos de vista desde los que abordar el tema: víctima, cuidador, profesional... (11).

Como se ha visto, se han ido desarrollando diferentes definiciones, cada una de ellas con un propósito, dificultando así el entendimiento común del problema del maltrato a ancianos.

3.2. El maltrato en el anciano.

3.2.1. Prevalencia.

El maltrato a ancianos supone uno de los problemas de salud pública más desconocidos a pesar de sus graves consecuencias. Esto se debe en parte a la existencia de dificultades a la hora de realizar estimaciones de prevalencia del fenómeno. Entre estas, se podrían incluir las siguientes:

- Existencia de un gran número de definiciones del término. La ausencia de una definición universal y el empleo de estudios cuyo rigor metodológico está en duda genera resultados muy variados.
- Presencia de barreras:
 - o Relacionadas con la persona mayor: negación, dependencia, miedo, vergüenza...
 - o Relacionadas con el responsable del maltrato: miedo a consecuencias negativas, oposición a la evaluación por parte de profesionales de la víctima, aislamiento de la persona mayor...
 - o Relacionadas con familiares o amigos de la víctima: principalmente desconocimiento de la situación.
 - o Relacionadas con los profesionales: desconocimiento acerca del fenómeno del maltrato a ancianos, sentimiento de temor ante las represalias, creencias erróneas...
 - o Barreras socioculturales: principalmente el edadismo.
 - o Barreras estructurales: escasez de recursos económicos, falta de concienciación social...
- Empleo de diferentes metodologías que no permiten la comparación entre estudios.
- Utilización de instrumentos estandarizados y no estandarizados para la identificación de casos de maltrato (11).

En el presente trabajo se identifica la prevalencia de malos tratos utilizando estudios a nivel internacional, a nivel de España y a nivel de Santander. El objetivo de los estudios empleados era determinar la prevalencia de maltrato a ancianos en el ámbito comunitario.

La prevalencia global de maltrato se situaría en un 15,7%, es decir 1 de cada 6 adultos mayores habrían sufrido maltrato.

Si se analiza la prevalencia en función del tipo de maltrato, los resultados serían los siguientes:

- Maltrato psicológico: 11,6%
- Maltrato económico: 6,8%
- Negligencia: 4,2%
- Maltrato físico: 2,6%
- Maltrato sexual: 0,9%

En función del continente estudiado, los resultados de prevalencia obtenidos serían:

- Asia: 20,2%
- Europa: 15,4%
- América: 11,7%

A nivel global no se han encontrado diferencias significativas en la prevalencia de maltrato entre hombres y mujeres (12).

La prevalencia de maltrato al adulto mayor en el territorio de España es del 12,1%.

Analizando por separado cada tipo de maltrato, los resultados obtenidos serían:

- Maltrato psicológico: 11,5%
- Maltrato físico y sexual: 2,95%
- Negligencia: 2,07%
- Maltrato económico: 1,11%

El maltrato psicológico además de ser el más frecuente de manera aislada, se encuentra presente en un 80% de los casos en los que el maltrato se da de forma combinada. El *tándem* más frecuente sería el formado por maltrato psicológico y maltrato físico (22%).

En cuanto a las diferencias por sexo, la prevalencia de maltrato es mayor en mujeres (15,2%) que en hombres (7,46%). Estos resultados podrían explicarse entendiendo que realmente el maltrato es más frecuente hacia este colectivo, o bien, creyendo que la mujer requiere más ayuda socio-sanitaria o que es más probable que informe de la situación de maltrato vivida (3).

A nivel del municipio de Santander la prevalencia total de maltrato a la persona senescente es del 25,68%.

Si se desglosan los resultados, encontraríamos la siguiente prevalencia de maltrato según el tipo:

- Maltrato psicológico: 11,28%
- Negligencia: 1,94%
- Maltrato económico: 1,94%
- Maltrato físico y sexual: 1,55%

Además de la suma de estos datos, la prevalencia total de maltrato en el municipio de Santander incluye también un porcentaje representado por la percepción de maltrato de los profesionales sanitarios que sería el 12,84%.

En este estudio no se hace referencia a diferencias por sexo (13).

Todos los resultados obtenidos y contemplados en este apartado se deben de tomar con carácter orientativo, no universal, y las comparaciones de los datos obtenidos en unos y otros estudios deben realizarse de manera cauta, pues los datos de prevalencia varían dependiendo de la definición del problema utilizada, la metodología, los instrumentos de medición, el entorno y la población de estudio (14).

3.2.2. Teorías.

Las teorías representan la base sobre la cual desarrollar la investigación y la práctica.

Para poder establecer intervenciones adecuadas, los profesionales han de conocer el marco teórico del tema a tratar, en el presente trabajo, el maltrato a ancianos.

Las causas del maltrato a ancianos son variadas, al igual que las teorías existentes para dar explicación a esas causas. Cada teoría aborda el maltrato de la persona mayor desde una perspectiva (psicológica, biológica, sociológica...) aportando todas ellas ideas relevantes a la investigación.

En el presente apartado se recogen los conceptos principales de algunas de las teorías más destacadas de la literatura consultada.

Teoría situacional:

Se trata de la primera teoría desarrollada para dar explicación al maltrato en ancianos.

La premisa principal de esta teoría defiende el hecho de que el estrés combinado con factores situacionales y/o estructurales incrementa la posibilidad de maltrato.

Entre las variables situacionales que contempla, estarían:

- Aquellas variables relacionadas con la persona mayor como dependencia física, mala salud, deterioro cognitivo o personalidad difícil.
- Variables estructurales como son tensión económica, aislamiento social o problemas ambientales.
- Variables relacionadas con el responsable de los malos tratos, entre ellas, crisis vitales, burnout, agotamiento, abuso de sustancias o experiencias previas con la violencia (11).

El modelo situacional respalda la idea de que los cuidadores estresados pueden volverse abusivos con los adultos mayores (15).

Suscita cierta controversia puesto que se puede llegar a eximir al maltratador de responsabilidad, culpabilizando a la víctima por ser la fuente de estrés.

Teoría del intercambio social:

Esta teoría se basa en la idea de que la conducta social es un intercambio de bienes. Este intercambio será positivo si todas las partes implicadas se benefician.

Se entiende el beneficio como la recompensa menos el coste.

Los cambios en las conductas son menores cuantos mayores son los beneficios, mientras que a menor beneficio mayor cambio conductual se experimentará.

Uno de los principios por los que se rige esta teoría es la “Justicia distributiva”, según el cual, cuanto mayores son los costes a los que se enfrenta una persona, mayores han de ser los beneficios recibidos.

Cuando este principio no se respeta, pueden aparecer sentimientos tales como la ira o el resentimiento, los cuales pueden ser motivo para el desarrollo de malos tratos.

En el caso del maltrato a ancianos, la dependencia de la víctima para con el maltratador o viceversa, podría ser motivo de desequilibrio en su relación, recurriendo una de las partes a los malos tratos como forma de restaurar el orden (16).

Teoría del aprendizaje social o Teoría transgeneracional:

Este modelo tiene como referencia la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura en los años 70.

Entiende la violencia como un comportamiento aprendido en un ambiente familiar violento, habiendo sido víctima directa de esta violencia o habiéndola presenciado.

La familia se convierte por tanto en el medio en el cual se aprenden a gestionar ciertos sentimientos como la resignación, la ira o la frustración, así como en el entorno en el cual se desarrollan patrones de resolución de conflictos (17).

En relación al maltrato en ancianos, una persona que ha experimentado vivencias relacionadas con la violencia en el entorno familiar, ya sea en el papel de víctima o de testigo (maltrato infantil, violencia de pareja), acepta la violencia como norma, incrementando por tanto el riesgo de maltrato.

De este modo se continuaría el ciclo de violencia iniciado en el pasado (15).

Teoría del estrés interno o de las demandas excesivas:

Su propuesta se basa en la idea de que el estrés surgido al ofrecer cuidados a una persona mayor aumenta el riesgo de que el cuidador actúe de manera abusiva.

Esta teoría genera cierta controversia para algunos críticos puesto que podría sugerir una minimización de la responsabilidad del cuidador.

Sin embargo para otros es una forma de reconocer un objetivo para dirigir las estrategias de prevención, puesto que aliviando este estrés interno se beneficia de manera indirecta a la persona mayor.

Siguiendo esta línea se han desarrollado numerosos servicios (ayuda a domicilio, “comida sobre ruedas”) dirigidos a minimizar la carga del cuidador (11).

Teoría patológica:

Centrada en características de la persona responsable del maltrato (problemas de tipo psiquiátrico, consumo de sustancias, personalidad cambiante...).

Si la persona responsable del cuidado presenta un umbral bajo de tolerancia frente a la frustración, o no es capaz de controlar su conducta al estar bajo los efectos de sustancias como drogas o alcohol, las posibilidades de maltrato se incrementan. Además también pueden incurrir en abuso económico con el fin de financiarse las sustancias de consumo.

El maltrato a ancianos podría aparecer también si la persona responsable no es capaz de tomar decisiones adecuadas en relación al cuidado.

Actualmente esta teoría presenta escasa evidencia empírica (11).

Teoría feminista:

El marco feminista ha ofrecido una valiosa visión en relación al fenómeno del maltrato en ancianos.

La condición de ser mujer en ciertos contextos ha supuesto una desventaja tanto social como económica en comparación al hombre. El hecho de carecer de recursos sociales y económicos puede conducir a las mujeres a continuar con relaciones inseguras (18).

El hombre, en ocasiones, recurre a la violencia como método para mantener su estatus en la sociedad y en la propia familia.

La violencia de hombres hacia mujeres representa una acción agresiva de una persona con poder hacia otra sin él, a la cual considera de su propiedad (11,15).

Teoría de la economía política:

Este modelo hace referencia al impacto que supone la sociedad en la vida de las personas mayores, marginadas en el entorno familiar y fuera de él.

Pretende explicar que la aparición de problemas ligados a la persona mayor no son debidos en exclusiva al proceso de envejecer, resaltando la importancia que tienen los estereotipos vinculados a este periodo vital.

Las políticas sociales (jubilación, pensiones, restricción de responsabilidades al ámbito doméstico etc.) contribuyen a la dependencia, pérdida del rol y a la reducción de la fuerza de trabajo, situaciones a partir de las cuales puede surgir el maltrato de las personas mayores (11).

Modelo ecológico:

Este modelo trata de explicar la heterogeneidad de la violencia.

Permite identificar los múltiples factores que contribuyen al desarrollo de la violencia, así como las interacciones que surgen entre dichos factores.

Esta teoría establece una jerarquía de niveles en cada uno de los cuales se integrará cada factor.

Así se encontraría:

- Primer nivel, integrado por factores biológicos y la historia personal tanto de la víctima como del maltratador.
- Segundo nivel, el cual incluiría relaciones familiares, de pareja o amistades.
- Tercer nivel, engloba los entornos en los cuales se desarrollan las relaciones sociales.
- Cuarto nivel, factores estructurales que contribuyen a incentivar o cohibir la violencia (normas sociales, culturales...).

Cada nivel superior incluye al previo.

Este modelo permite reconocer las causas de la violencia, mostrando además que su prevención debe de ir dirigida a varios niveles. Debido a esta segmentación en niveles, se ve facilitada también la actuación de los profesionales (19).

Cada una de las teorías anteriormente formuladas se centra en ciertos aspectos de un problema complejo y multidimensional como es el maltrato a ancianos. Esto explica que ninguna de estas teorías pueda aclarar por completo este fenómeno, apareciendo la necesidad de desarrollar una teoría con perspectiva integral, incorporando los aspectos más destacados de cada una de las propuestas individuales.

Por tanto, a modo de conclusión, incidir en lo intrincado de este fenómeno, para el cual aún no se ha desarrollado una base teórica general (11,15).

3.2.3. Tipos de abuso.

Al igual que con la definición del término “maltrato a ancianos”, no existe unificación a la hora de clasificar los tipos de maltrato. El consenso en este apartado sugiere importancia debido al hecho de que una adecuada definición de cada uno de los tipos de maltrato facilitaría la identificación de indicadores específicos en una situación de abuso, y permitiría la puesta en marcha de medidas apropiadas para abordarlo (10).

- Maltrato físico: acción intencional que causa o puede causar lesión, daño físico o incluso la muerte en la persona anciana. Entre estas acciones se incluirían abofetear, quemar, empujar o zarandear. En este tipo de maltrato se incluyen además las restricciones físicas o químicas que no están bajo prescripción médica apropiada. Entre los indicadores de este tipo de maltrato se incluyen la presencia de hematomas, fracturas óseas o molestias al ser tocado (10,20).
- Maltrato psicológico: Recoge acciones, generalmente de carácter verbal aunque también no verbal, que provocan o pueden provocar daño psicológico en la persona mayor. Acciones tales como amenazar, humillar o aislar son algunos de los que ejemplos que pueden desencadenar este tipo de maltrato, pero también hay actos no intencionales que también desencadenan este tipo de malos tratos como son el uso de infantilismos.
Entre los indicadores que sugieren maltrato psicológico estarían agitación, dificultad en la comunicación o comportamientos inusuales (10, 20,21).

- Maltrato económico: también conocido como abuso financiero o material. Hace referencia a la usurpación, uso inapropiado o ilegal de los bienes y recursos económicos pertenecientes a la persona mayor, encontrando la persona responsable del maltrato un beneficio en detrimento del anciano. Entre las acciones representativas del maltrato económico estarían la apropiación, el aprovechamiento o mal uso de las propiedades o el dinero del anciano, la falsificación de su firma o presionar para realizar cambios en contratos o testamentos.

En el caso de los ancianos institucionalizados, este tipo de malos tratos puede ser perpetrado por los cuidadores, familiares o los propios residentes de la institución.

Los indicadores de este tipo de maltrato podrían ser alteración en los gastos de la persona mayor, reiteración en la retirada de dinero de una cuenta etc. (10,20).

- Maltrato sexual: utilización de la persona mayor como medio para la obtención de placer sexual sin consentimiento o deseo por su parte, bien porque se ve obligada, no es capaz de otorgar ese consentimiento, o ha sido víctima de un engaño que le ha llevado a esa situación.

Entre las acciones incluidas en este tipo de maltrato se encontrarían tocamientos o besos, introducción oral o vaginal de objetos, dedos o el pene, acoso sexual, obligar a ver material pornográfico etc.

Entre los indicadores de esta situación destacan hematomas en la región mamaria o alrededor de los genitales, hemorragias anales o vaginales de origen desconocido, ropa interior manchada o rasgada... (10,20).

- Negligencia: hace referencia al abandono o descuido de las obligaciones de cuidado requeridas por la persona mayor para la satisfacción de necesidades básicas tales como la alimentación, la higiene, la vestimenta o la asistencia sanitaria.

Se puede establecer una clasificación interna, diferenciando entre:

- Negligencia física: privar al anciano de aquellos productos o servicios requeridos para el correcto funcionamiento físico como pueden ser audífonos, dentaduras, bastones u otras medidas de seguridad.
- Negligencia psicológica o emocional: aparece en aquellos casos en los cuales el cuidador no es capaz de proveer al anciano del apoyo o estimulación social y/o emocional apropiada, que asegure un correcto funcionamiento psicológico. Se pueden considerar ejemplos de este tipo de negligencia la restricción de actividades cotidianas o de interacciones sociales e ignorar las peticiones que realiza el anciano.
- Negligencia financiera o material: incluye aquellas acciones que suponen fallos al utilizar los recursos o fondos disponibles para restaurar o mantener el bienestar del anciano.

Además de esta clasificación, se podrían establecer otras dos clases de negligencia:

- Negligencia activa: el cuidador no cumple con las obligaciones que se presuponen a su posición, siendo consciente de que sus actos generan malestar en el anciano. El cuidador pretende castigar al anciano, causarle angustia o negarle ciertos servicios.
- Negligencia pasiva: en este caso el cuidador no cumple con las responsabilidades exigidas por su puesto pero no es consciente del daño que esto puede estar generando en el anciano. Este tipo de negligencia muchas veces es fruto de la ignorancia por parte del cuidador a la hora de impartir cuidados, la ausencia de habilidades relacionadas con el cuidado del anciano o falta de interés.

Entre los indicadores de este tipo de maltrato dirigido a la persona mayor se pueden encontrar úlceras por presión, olor a orina o heces, malnutrición, deshidratación, vestimenta inadecuada etc. (20, 11,22).

- Abandono: abandonar a la persona mayor por parte del responsable de su cuidado o custodia. A veces esta forma de maltrato es incluida en la negligencia. Entre los indicadores más comunes estarían dejar a la persona mayor en un hospital, centro comercial o gasolinera.
- Violación de los derechos básicos: En relación con el maltrato psicológico. Consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que le corresponden legalmente (intimidación, toma de decisiones, opción religiosa).

Esta violación de derechos puede derivar por un lado de los estereotipos negativos relacionados con el proceso de envejecimiento, y por otro de la disminución del valor otorgado a las personas mayores, puesto que se relaciona el hecho de envejecer con la disminución de la categoría social (10,11).

4. Factores de riesgo en la aparición del maltrato.

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (23).

Como resultado de diferentes estudios, se puede extraer la conclusión de que el maltrato a ancianos no es resultado de la presencia de un único factor de riesgo, sino que surge como consecuencia de la interacción de diversos factores.

Por tanto, la identificación de estos se convierte en aspecto prioritario de los profesionales sanitarios, puesto que de este modo se podrían conocer las interacciones más frecuentes que desencadenan maltrato y por ende se podría intervenir sobre dichos factores y evitar así la aparición de maltrato.

En el campo del maltrato a ancianos, de forma similar a como ocurre con otros tipos de violencia (violencia contra la mujer o maltrato infantil), se considera que son las características del agresor las que determinan el riesgo de que aparezcan situaciones de maltrato. A partir de esta afirmación, cualquier persona mayor podría ser potencial víctima. Sin embargo se considera de interés contemplar también las características de riesgo que pueden estar presentes tanto en el anciano como en el contexto de la situación de maltrato.

A continuación se incluyen algunos de los factores de riesgo más destacados en la bibliografía consultada:

4.1. Factores de riesgo relacionados con el agresor:

Género:

Algunos estudios señalan que son las mujeres quienes tienen mayor riesgo de desarrollar malos tratos hacia el anciano. Esto podría explicarse entendiendo que se trata del colectivo que asume con mayor frecuencia el rol de cuidador (24).

Sin embargo otros autores identifican al hombre como el principal responsable de maltrato dirigido al anciano (20).

Por último algunas investigaciones relacionan algunos tipos de maltrato al género, así parece que el maltrato físico está más ligado a los varones y la negligencia a las mujeres.

Falta de conocimientos y formación para el cuidado:

En muchos casos el papel de cuidador es desempeñado por un familiar el cual carece de la formación adecuada para este tipo de actividades. Esta tarea de cuidado resulta especialmente dificultosa cuando la persona mayor presenta deterioro físico, mental o comportamientos agresivos. El cuidador en ocasiones malinterpreta actitudes de la persona mayor, a la que puede considerar en ciertos momentos desafiante o testaruda, no llegando a obtener el control sobre su comportamiento y empleando medidas abusivas para lograrlo (11).

Problemas psicológicos y relacionados con el abuso de sustancias:

El sufrir enfermedad mental no se ha relacionado directamente con la aparición de comportamientos abusivos. Sin embargo, el hecho de que el responsable del cuidado presente alguna patología mental puede suponer mayor dificultad a la hora de establecer una interacción adecuada con el anciano; el cuidador con alteración psicológica puede controlar de manera ineficaz sentimientos tales como la ira o la frustración, volcando estos sentimientos contra la persona mayor. Los trastornos psicológicos además pueden ocasionar en el cuidador falsas expectativas sobre las capacidades del anciano.

El problema psicológico más frecuente entre los responsables del maltrato sería la depresión.

Otro de los factores de riesgo que pueden afectar al cuidador a la hora de tomar decisiones acertadas en cuanto al cuidado de la persona mayor es el abuso de sustancias. El mantenimiento de este hábito podría ser prioritario para el cuidador sobre las necesidades del anciano. Además, el aspecto económico ligado a este abuso puede suponer una fuente de estrés para el cuidador que puede repercutir en la persona mayor. Y por último, los efectos que pueden tener sustancias como el alcohol o las drogas en la persona responsable del cuidado pueden llevarle a experimentar comportamientos abusivos o sentimientos negativos contra la persona mayor (11,20).

Estrés y sobrecarga:

Ambos son predictores importantes del maltrato a ancianos, más que otras medidas objetivas como son las variables demográficas. Muchos cuidadores conciben el cuidado de la persona mayor como una carga adicional a su ya estresante vida (aspectos laborales, familiares, de salud...). Si bien es cierto, el estrés no puede ser considerado de manera aislada como factor de riesgo, pero si como factor coadyuvante.

Sin embargo, aunque ambos aspectos están presentes en muchos cuidadores, solo una minoría incurre en maltrato (11, 20,24).

Dependencia:

La dependencia de la persona responsable del cuidado con respecto a la persona mayor se relaciona con frecuencia con el maltrato al anciano.

Si se trata de dependencia económica, esta situación puede generar en el cuidador sentimientos de ira u hostilidad, apareciendo formas de maltrato tales como el físico, el psicológico o el abuso económico. La dependencia en cuanto al alojamiento también puede desencadenar estos comportamientos abusivos.

La dependencia de la víctima frente al responsable de cuidados puede desencadenar también en episodios de maltrato, siendo el tipo más frecuente la negligencia, puesto que el cuidador identifica a la persona mayor como una obligación no deseada (11).

Vinculación familiar:

Diversos estudios británicos y americanos señalan con mayor frecuencia a los hijos como responsables de los malos tratos a ancianos.

Sin embargo otros estudios principalmente canadienses y americanos identifican al cónyuge como el responsable del maltrato.

Lo que parece ser evidente es que los casos de maltrato son más frecuentes cuando hay una relación de parentesco entre la víctima y el cuidador (11).

4.2. Factores de riesgo relacionados con la víctima:

Género:

Existen resultados contradictorios en cuanto a este factor.

Algunos estudios, como el de Iborra 2008, establecen tasas de prevalencia de maltrato mayores en mujeres. Este hecho podría explicarse atendiendo a varias razones. Por una lado las mujeres representan un porcentaje superior al de los hombres en la edad anciana, además suelen ser víctimas de los casos más graves de maltrato, y buscan ayuda con mayor frecuencia que las víctimas del sexo masculino.

Otros estudios afirman que es superior la tasa de maltrato entre los ancianos varones. Esta idea se puede explicar entendiendo los malos tratos como forma de “venganza” de abusos previos que la víctima pudo cometer, o identificando al hombre con comportamientos de riesgo (ingesta de alcohol o ludopatía) que pueden afectar a su capacidad de interacción efectiva con los demás, desembocando estas relaciones en malos tratos por parte del cuidador (11,20).

Edad:

Diversos estudios establecen una relación de proporcionalidad directa entre la edad y la aparición de maltrato. Cuanto mayor es la edad de una persona, mayor es el riesgo de que aumente la tasa de dependencia o enfermedad, por lo que la persona se vuelve más vulnerable a situaciones de maltrato (11,24).

Estado civil:

Nuevamente aparecen resultados contradictorios.

Algunos estudios establecen una mayor relación entre el maltrato y el hecho de vivir con un cónyuge o con otra persona, debido a que la probabilidad de que surjan interacciones abusivas es mayor.

Sin embargo, otros estudios consideran que el riesgo de maltrato es mayor cuando el anciano se encuentra soltero, divorciado o en situación de viudedad.

Comportamientos provocadores y/o agresivos:

En ocasiones las personas mayores adoptan actitudes egoístas, demandantes o desagradecidas que pueden molestar al cuidador, ya de por sí estresado, pudiendo desencadenar situaciones de maltrato.

Deterioro cognitivo:

Los ancianos que padecen demencia son más vulnerables a sufrir maltrato ya que pueden presentar mayor dependencia, conductas inapropiadas o demandas excesivas, que pueden contribuir a la sobrecarga del ya de por sí estresado cuidador, apareciendo situaciones de maltrato.

4.3. Factores de riesgo presentes en la situación de cuidado:

Aislamiento social:

Las personas víctimas de maltrato tienen por lo general menos contactos sociales que aquellas que no lo sufren.

El aislamiento social, tanto por parte del responsable de los malos tratos como de la persona mayor, no es considerado como una causa de conducta abusiva, sin embargo sí que representa un importante factor de riesgo de maltrato. Este aislamiento además dificulta las posibilidades de detección de una situación de maltrato.

Generalmente el aislamiento social se identifica con el maltrato del tipo negligencia o abuso económico.

Convivencia:

La existencia de una relación de convivencia entre el agresor y la víctima incrementa las probabilidades de maltrato puesto que aumentan las posibilidades de establecer contacto o interacción.

Ayuda formal o informal recibida:

Aquellos casos en los que el cuidador debe asumir la carga total del cuidado representan situaciones de riesgo para el desarrollo del maltrato a ancianos. Tener que hacer frente a las continuas demandas por parte del anciano, puede sobrecargar al cuidador, haciéndole incurrir en situaciones de malos tratos.

Desgaste de los vínculos intergeneracionales:

Los conflictos maritales pueden provocar sentimientos de ira o frustración, los cuales si no llegan a ser controlados pueden desembocar en comportamientos abusivos contra la persona mayor.

Historia de violencia familiar:

En algunos casos, cuando la persona mayor ha sido responsable de malos tratos en el pasado, puede convertirse en víctima cuando presenta características de dependencia o deterioro como resultado de una venganza deliberada, una conducta aprendida o el resultado de una hostilidad inconsciente (11).

5. Aspectos legales del maltrato a ancianos.

5.1. Tipificación del delito de malos tratos.

A pesar de que el envejecimiento demográfico representa un hecho evidente y creciente en el plano internacional y que muchos de sus riesgos derivados ya han sido identificados (dependencia hacia los demás, aislamiento social, fragilidad...), el maltrato a ancianos sigue sin alcanzar la importancia pública que debería, no existiendo en muchos países una legislación específica que lo regule.

En el ordenamiento jurídico español, y más concretamente en Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, no está tipificado de manera específica el delito de malos tratos al anciano como tal, sino que se debe acudir a las leyes genéricas de dicho código (25).

A continuación se analizarán los artículos contenidos en el Código Penal que guardan relación con el maltrato a ancianos y lo sancionan:

Artículo 173.2 CP:

“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, 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 encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años...”

El art 173.2 castiga a aquel que ejerce violencia física o psíquica habitual sobre un determinado sujeto pasivo vinculado al agresor. También pueden ser sujeto pasivo otras personas vinculadas al agresor y con las que convive (ascendientes, descendientes, hermanos propios del cónyuge, etc...) y aquellas personas especialmente vulnerables sometidas a guarda o custodia en centros públicos o privados (violencia asistencial y doméstica). La acción consiste en ejercer violencia física o psíquica habitual. No se trata pues de un delito de lesiones (es un delito de mera actividad, es decir, no hace falta que se produzca un daño y perjuicio en el sujeto pasivo, basta con el mero hecho de ejercer violencia).

Se trata de un artículo que no va directamente destinado a regular el maltrato cometido contra las personas mayores, sino que es un artículo que trata de proteger a aquellos sujetos vinculados con el agresor y que se encuentren en situación de vulnerabilidad en el ámbito familiar o institucional, impidiendo el legítimo disfrute de la vivienda habitual.

La pena impuesta por el cometimiento de éste delito es prisión de seis meses a tres años.

El Código Penal no es la única fuente normativa en nuestro derecho que trata de proteger al anciano frente al maltrato, sino que la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, favorece a las mujeres ancianas que han sido maltratadas el acceso a instituciones residenciales públicas en su artículo 28:

“Las mujeres víctimas de violencia de género serán consideradas colectivos prioritarios en el acceso a viviendas protegidas y residencias públicas para mayores, en los términos que determine la legislación aplicable”.

Este artículo aporta medidas de protección ante la mujer maltratada (incluyendo a la anciana), lo cual denota la preocupación que padece el Poder Público ante este tipo de maltrato (26).

5.2. Jurisprudencia y doctrina.

La LO 11/2003 de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros situó los malos tratos habituales entre los delitos de torturas y contra la integridad moral. Además el ámbito de defensa del bien jurídico protegido se amplió, pasando de defenderse en el ámbito del núcleo familiar a defenderse en centros públicos o privados (maltrato institucional).

Por otro lado, la Sentencia de la Sala Segunda del Tribunal Supremo 232/2015 afirmó que el delito consiste en que el agresor cree un clima de violencia y dominación, que impida el libre desarrollo de la víctima como persona por el temor al agresor. Además el Tribunal Supremo afirmó en dicha sentencia que la habitualidad consiste en actuar repetidamente de la misma forma, sin necesidad de que existan condenas previas.

Respecto a la habitualidad, existen dos corrientes interpretativas, una de ellas es la que entiende que la habitualidad se da cuando se producen más de dos actos violentos, mientras que otra corriente entiende que la habitualidad no consiste en la realización de un mínimo de actos violentos, sino en la frecuencia en que dichos actos violentos se producen, es decir, la permanencia del trato violento (27).

A modo de conclusión, lo tratado anteriormente ensalza la importancia que tendría la aprobación de una legislación específica dirigida al maltrato de las personas ancianas, pues de este modo se establecería un compromiso más firme con la eliminación de este problema.

Sin embargo, se trata de un colectivo reacio al inicio de procedimientos legales, más si cabe si estos van dirigidos contra miembros de su familia, mostrando por el momento carencias en el objeto de la demanda.

6. Ámbitos en los que puede aparecer el maltrato a ancianos.

6.1. Ámbito familiar:

La atención doméstica satisface las expectativas de muchos ancianos y sus familiares al entenderse el cuidado como una acción cultural. Además desde el punto de vista económico se presenta como una opción “barata”.

Sin embargo, el cuidado llevado a cabo en el hogar, en ocasiones lleva a cuidadores y receptores a situaciones límites de su resistencia física y psicológica (28).

El maltrato doméstico se refiere a cualquier forma de abuso que aparece en el propio entorno familiar y social del anciano, en su domicilio o en el de sus familiares, y que es perpetrado por sus hijos, nietos, etc. *Figura 1* (29).

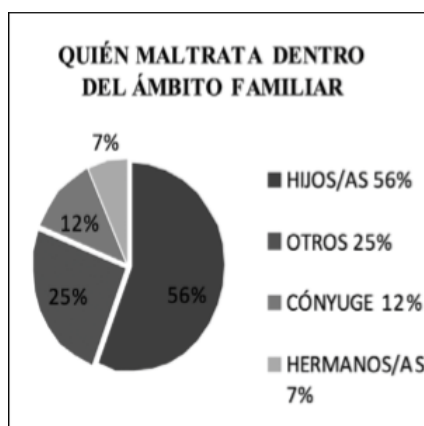


FIGURA 1: *Quién maltrata dentro del ámbito familiar.*

Fuente: El maltrato en la vejez (29).

Se trata de un maltrato difícil de detectar, pues la existencia de relaciones personales, familiares y directas, no facilitan el conocimiento. Solo a través de indicios, observaciones o incidentes causales los profesionales de la salud o de servicios sociales podrían identificar situaciones de maltrato, ya que en rara ocasión se producen denuncias por parte de otros familiares o de la propia víctima (30).

Los datos de prevalencia de maltrato son muy diversos dependiendo del tipo de estudio y la metodología empleada (14,20). Lo que se puede extraer de todos ellos es que esta prevalencia de malos tratos de origen familiar es alta. Según el Informe de la OMS para la región europea, los cuidadores familiares están involucrados en un tercio de los casos de maltrato.

Los factores de riesgo que pueden precipitar la aparición de estas situaciones serían:

- Factores de riesgo comunes al anciano y su cuidador: historia de violencia en la familia, inversión del rol parental o cuidador dependiente de la economía y de la vivienda del anciano.
- Factores de Riesgo en el anciano vulnerable: alteraciones de la conducta/psicológica, cambio de personalidad de la persona mayor, conducta agresiva física, verbal o psicológica, aislamiento forzado y no aceptación del cuidado por otro que no sea el cuidador oficial, alteraciones sensoriales (ceguera, sordera, trastornos del habla y comprensión), déficit cognitivo (pérdida de memoria y concentración) o problemas físicos (alteraciones del sueño, incontinencia).

- Factores de Riesgo en el cuidador: trabajo agotador sin descanso, falta de espacio y tiempo personal, falta de apoyo por parte de otros familiares, falta de información sobre la enfermedad y su evolución, demanda permanente y excesiva por parte del anciano o enfermedad física o mental del cuidador (drogas, alcohol).

Desde el punto de vista psicológico, se distinguen tres tipos de maltratadores dentro de la familia:

- Los hostiles, han sido maltratados previamente por el anciano que ahora cuidan.
- Los autoritarios, son intransigentes con las incapacidades de la persona mayor.
- Los dependientes económicamente del anciano.

Ante esta situación se encuentra en la prevención la principal intervención para evitar la aparición de malos tratos dirigidos a las personas mayores por parte de familiares. El objetivo sería liberar de carga al cuidador principal, bien a través del reparto del cuidado con otros familiares, o bien mediante ayudas externas como son por ejemplo el servicio de Tele-asistencia, servicio de ayuda a domicilio, catering a domicilio o diversas ayudas económicas (29).

6.2. Ámbito institucional:

El maltrato institucional se refiere a cualquier forma de abuso dirigida a ancianos ocurrida en oficinas públicas, municipios, establecimientos de larga estancia, centros de atención primaria de salud, hospitales etc. Los responsables del maltrato son por lo general personas que tienen una obligación legal y/o contractual de prestar servicios a las personas mayores que acuden a estos centros (31).

Lo que ocurre en muchas ocasiones es que la institución está por encima de los ancianos, ejerciendo un poder absoluto sobre estos. La calidad de vida del adulto mayor pasa a depender de las prácticas de los profesionales, quienes representan y ostentan ese mencionado poder (30).

No todas las instituciones son responsables de malos tratos al anciano, pero sí que aquellas en las que están presentes se reúnen una serie de características que favorecen la aparición de tratos inadecuados contra la persona mayor. Entre estas características encontraríamos:

- Relacionadas con el personal y la cualificación de éste: suele ser escaso en relación a la demanda y su formación insuficiente, mostrando falta de conocimientos y aptitudes. Además se debe añadir la escasa motivación de los trabajadores y el escaso reconocimiento profesional y económico.
Es frecuente que los cuidadores desarrollen gran cantidad de estrés (Síndrome de Burnout), conduciendo esta circunstancia a situaciones de maltrato.
- Relacionadas con la gestión de recursos, la cual suele ser inadecuada (29).

Los factores de riesgo asociados al maltrato institucional se pueden clasificar en:

- Relacionados con el usuario: experiencias previas de maltrato, edad avanzada, limitaciones físicas o en la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), cronicidad, ausencia de familia que ejerza un control sobre el trato recibido, déficit sensorial, demencia o conflictos con otros residentes o con el personal.
- Relacionados con el ambiente: alto número de residentes y de camas, presión por cumplir los objetivos planteados en un tiempo concreto, incorrecta dirección del centro o la continua insatisfacción por parte de los familiares con los cuidados prestados. A esto hay que añadir la ignorancia de la sociedad acerca de la calidad de cuidado así como la aceptación de las conductas de maltrato como inevitables dentro de la vida institucional (31).

En cuanto a las actitudes adoptadas en las instituciones y que pueden suponer actos de maltrato se encontrarían:

- Infantilización: esto es, tratar al anciano de forma similar a un niño en el cual no se puede confiar.
- Despersonalización en la provisión de servicios, los cuales no atienden las demandas particulares de los usuarios y obvian los aspectos biopsicosociales de estos.
- Deshumanización: a través de acciones que conducen a ignorar al anciano y que coartan su capacidad de decisión sobre su vida.
- Victimización: ataques contra la integridad moral y física del anciano (amenazas, chantajes, castigos físicos, intimidación...) (29, 30).

Analizando los datos de prevalencia de diferentes estudios (11,31) queda demostrada la existencia de maltrato en las instituciones haciendo que la expresión “fenómeno invisible” no sea empleada como sinónimo de ausencia sino todo lo contrario, revelando la presencia de situaciones oscuras e inadecuadas (29). En cuanto a los tipos de maltrato más frecuentes a nivel institucional dichos estudios destacan el maltrato físico, el maltrato psicológico, la negligencia y las restricciones.

Este último aspecto será analizado a continuación con mayor detenimiento.

- Restricciones mecánicas o físicas:
«Limitación intencionada y en beneficio del paciente (es parte de un tratamiento) de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad».

Las contenciones mecánicas pueden ser de dos tipos:

- Parciales: limitan las movilizaciones del tronco o de una extremidad.
- Totales: sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de movimientos por parte del paciente.

Las contenciones mecánicas estarían indicadas ante situaciones que representen un riesgo para el propio usuario, situaciones que representen una amenaza para el entorno u otras personas y en el entorno terapéutico (evitar arrancamiento de sondas, vías etc.).

Sin embargo hay situaciones en las que este tipo de restricciones no están indicadas, y serían por ejemplo cuando se utilizan como método de castigo, por conveniencia o comodidad o cuando existen otras alternativas.

Con todo esto, para que una contención esté bien prescrita debe de cumplir unos criterios, como son necesidad, excepcionalidad, brevedad, proporcionalidad, consentimiento y seguimiento adecuado.

Si alguna de estas características no se cumple, se estará privando de libertad a la persona, lo cual además de constituir una ilegalidad y de ser perjudicial para el paciente, se trataría de una forma de maltrato.

Una incorrecta utilización de las restricciones físicas puede desencadenar en el paciente la aparición de úlceras por presión, infecciones, disminución del apetito o depresión (32).

- Restricciones químicas:
Se considera oportuno dedicar unas líneas a las restricciones químicas, incluyendo a continuación su definición:
“el uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales,...) con el objetivo de manejar o controlar una conducta

inadecuada o molesta (p. e.: vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor”

El uso incorrecto de sujeciones químicas puede provocar delirium/alteración del pensamiento, depresión, alucinaciones, marcha inestable, caídas etc.

Las contenciones se utilizan de forma inadecuada en muchos países, pero es España la que presenta las tasas más elevadas de prevalencia (33).

	Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	España	Suecia	EE.UU.
%	2.2 (0.4)	17.1 (5.8)	8.5 (0.6)	16.6 (2.1)	4.5 (1.5)	39.6 (0.7)	15.2 (3.3)	16.5 (2.4)

Tabla 1. *Comparación internacional de la prevalencia acerca del uso de sujeciones.*

Fuente: CEOMA: Confederación Española de Organizaciones de Mayores (33).

7. El papel de los profesionales sanitarios frente al maltrato en ancianos.

7.1. Prevención:

“La prevención del maltrato de personas mayores en un mundo que envejece nos concierne a todos” (9).

Se deben de considerar distintos niveles de prevención para así poder desarrollar estrategias adecuadas.

Prevención primaria

Las actuaciones incluidas en este apartado deben ir dirigidas a grandes colectivos, en el caso del maltrato a ancianos a la población en general.

La educación social y la concienciación de la población, y del sector sanitario particularmente, constituyen el primer nivel de prevención de las conductas de discriminación por edad (edadismo) o conductas violentas contra ancianos.

Las actuaciones de prevención primaria del maltrato a ancianos se pueden clasificar en función de quien las vaya a poner en práctica:

- Profesionales sanitarios: Se incluyen acciones como detectar factores de riesgo del anciano y del cuidador así como situaciones de mayor vulnerabilidad para que se produzca maltrato; orientar las intervenciones para minimizar los factores de riesgo; apoyar a los cuidadores, identificando precozmente situaciones de estrés y sobrecarga que puedan propiciar la aparición de maltrato.

La principal función de la enfermería comunitaria en este nivel de prevención sería, la realización de visitas domiciliarias las cuales deben de tener por objetivo la atención, la supervisión y el apoyo tanto a los ancianos dependientes como a sus cuidadores. A

través de estas visitas, el profesional puede identificar indicadores de riesgo de maltrato mediante por ejemplo la entrevista con el anciano o su cuidador (34).

Butler y Winham proponen una serie de preguntas directas dirigidas a anciano y cuidador para valorar la existencia de maltrato (ANEXO I y II). En el caso de las cuestiones dirigidas al adulto mayor, estas se realizarán en privado, sin la presencia del cuidador principal, para evitar intimidación por parte de este (35).

- **Gobiernos/administraciones:** Entre las acciones destacadas estarían el desarrollo de programas educativos para niños y jóvenes orientados al respeto y reconocimiento del adulto mayor; actividades científicas destinadas a la formación de profesionales sanitarios en la identificación de factores de riesgo y consecuencias del maltrato; programas de atención al cuidador; cambios en la normativa laboral que faciliten la limitación de la jornada (en condiciones económicamente dignas) para personas que tengan a su cargo a adultos dependientes; y destinar recursos en mayor proporción al cuidado de personas mayores en situación de dependencia.
La falta de medios económicos y de tiempo prolonga las situaciones de maltrato (36,37).

Prevención secundaria:

El objetivo principal de la prevención secundaria es detectar el riesgo de violencia y evitar una situación concreta e indeseada ya iniciada.

El maltrato rara vez se resuelve de manera espontánea, por lo que resulta de gran importancia identificar los primeros signos y síntomas de abuso, y así evitar consecuencias mayores.

Este nivel de intervención implica conocer ampliamente los factores de riesgo y realizar una valoración geriátrica exhaustiva, comenzando por los indicadores de malos tratos.

Estos indicadores pueden ser físicos, sexuales, económicos o de negligencia. Una forma sistemática de identificarlos sería por ejemplo mediante la aplicación del modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, en el cual la no satisfacción de alguna de estas necesidades podría ser indicativo de maltrato.

La *Canadian Task Force* (CTF) publicó en 1994 unas Guías de Práctica Clínica para la prevención secundaria del maltrato. Aunque no existen evidencias científicas que lleven o no a su aplicación, se considera prudente que los profesionales sanitarios estén alerta ante indicadores de abuso durante la entrevista y la exploración física, y en caso de identificarlos, poner en marcha medidas para evitar su continuidad.

La *American Medical Association* (AMA) por su parte, propone la realización de preguntas directas sobre el maltrato en el transcurso de la entrevista. Una respuesta afirmativa a cualquiera de ellas es indicativo de sospecha de maltrato. Este método presenta limitaciones a la hora de ser aplicado a la población con deterioro cognitivo además de no estar validado en España (36,37).

Dentro de la prevención secundaria, encontraríamos los instrumentos de cribado o *screening*. Se ha considerado apropiado incluir los siguientes, pues fueron objeto del proyecto *“Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo la negligencia: Capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial”* desarrollado por la OMS y el Centro de Gerontología Interdisciplinar de la Universidad de Ginebra.

- **Índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores (EASI).**
Diseñado para evaluar la sospecha de existencia de maltrato, permitiendo con su aplicación la familiarización de los profesionales sanitarios con el problema del

maltrato. Aunque no detecta casos de maltrato, crea en el profesional consciencia del problema pudiendo este derivar posibles casos a servicios sociales o comunitarios. Consta de seis preguntas directas, cinco de ellas dirigidas al adulto mayor y una dirigida al profesional. El tiempo requerido para pasar este cuestionario es de unos dos minutos.

- Formulario de evaluación de trabajo social (FETS).
Entrevista estandarizada, aplicada originalmente por profesionales del área social y del comportamiento. Consta de sesenta y siete preguntas y la duración estimada para su realización es de una hora.
Evalúa a personas mayores en riesgo de sufrir maltrato, incluyendo variables como la edad, historia social, eventos vitales, dinámica familiar, estado físico etc.
Además incluye preguntas específicas sobre los distintos tipos de maltrato (físico, sexual, económico, negligencia, psicológico) y una valoración, mediante la observación, de la persona mayor y su entorno.
El evaluador, al concluir la entrevista, emite su sospecha de maltrato y evalúa su grado de seguridad con respecto a su juicio (38).

Además de estos, existen otros instrumentos que pueden ser empleados como la “Escala de Detección del Maltrato por parte del cuidador” integrada por ocho preguntas, o el “Test de Cribado de Maltrato al Anciano de Hwalek-Sengstock” compuesta por quince ítems (1).

Sin embargo, ninguno de estos instrumentos ha sido validado de manera adecuada, convirtiendo al maltrato a ancianos en un hecho principalmente observacional hasta el punto de que muchos diagnósticos constituyen sospecha sin posterior confirmación (ANEXO III) (39).

Prevención terciaria:

La misión de la prevención terciaria es resolver las complicaciones (consecuencias físicas y psicológicas, incapacidades), poner en marcha estrategias para evitar la repetición de estos sucesos y aportar protección a la víctima.

Este nivel de intervención es complicado y requiere de la participación de todo el equipo multidisciplinar (médico, enfermero, psicólogo y trabajador social) coordinando la actuación entre la atención especializada y la atención primaria.

La prevención terciaria consta de dos fases:

- Atención a las necesidades derivadas del episodio. Para ello primero se debe de valorar el afrontamiento de la víctima, así como la presencia de deterioro cognitivo y el nivel de daño y tipo de maltrato.
- Poner en marcha las estrategias de prevención secundaria con el fin de evitar la continuidad del maltrato (todos los casos de maltrato, sospechado o probado, deberán seguir revisiones regulares) (36,37).

7.2. Detección:

Las consultas de Atención Primaria (AP) constituyen un escenario privilegiado para la detección de casos de maltrato o para la identificación de aquellas personas que se encuentren en situación de riesgo. Las visitas de rutina concertadas con los profesionales sanitarios pueden ser de gran utilidad. El papel de enfermería cobra especial importancia gracias a su visión interdisciplinaria y próxima a la situación (40).

La valoración de enfermería constituye un elemento fundamental para la detección del maltrato.

La identificación del maltrato físico se logra mediante la exploración física mientras que, los casos de negligencia, maltrato psicológico o financiero requieren la utilización de un modelo de valoración enfermero para su descubrimiento. En el caso del modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, es de especial interés analizar todos los datos recogidos para cada necesidad, pues pueden ser indicativos de la presencia de maltrato, considerando a partir de su descubrimiento el posible impacto del abuso en el anciano y en sus cuidadores (ANEXO IV).

Una vez completada la valoración, se podrán establecer una serie de diagnósticos enfermeros los cuales podrán ser dirigidos al anciano, al cuidador o a ambos (ANEXO V).

7.3. Actuación:

Como se ha mencionado anteriormente, las consultas de Atención Primaria representan un escenario muy propicio para la identificación de casos de maltrato. Es por ello que las referencias a la actuación a continuación planteadas van a estar orientadas a este ámbito.

Una vez reconocida la situación de maltrato, el profesional sanitario deberá realizar una valoración inicial de la situación de riesgo, evaluando la gravedad de las lesiones física y el estado psicológico (riesgo de intento autolítico).

Si se identifica riesgo vital, se enviará al paciente con carácter urgente al hospital de referencia.

Si se encuentra riesgo social, derivado de una situación de dependencia grave o riesgo de reiteración en el maltrato, se comunicará al juez.

Además se establecerá un plan de actuación coordinado e integral contactando con el trabajador social, los servicios sociales y servicios especializados si fuera preciso.

Tras descartar la presencia de riesgo vital, los profesionales sanitarios deberán buscar un plan de seguridad para el paciente (dar teléfonos de urgencias, policía, sistema de teleasistencia etc.), explicar las alternativas (entre ellas la posibilidad de presentar una denuncia), escuchar los deseos del anciano y realizar un seguimiento de la situación.

Si el anciano no conserva las facultades mentales deberá ponerse el caso en conocimiento de los servicios sociales y/o el juez.

Con frecuencia el anciano rechazará la vía judicial, especialmente si el agresor es un miembro de su familia. Esto abre un conflicto ético-legal para el profesional con el paciente y su familia. El sanitario deberá entonces tomar decisiones con prudencia, conociendo el contexto y respetando la voluntad del paciente (41).

Estrategias de ayuda al anciano maltratado:

En la siguiente tabla se recogen algunas de las estrategias e intervenciones que se podrían poner en marcha una vez detectada la presencia de maltrato (*Tabla 2*) (41).

Orientadas al anciano	Orientadas a la persona responsable de maltrato (cuidador familiar)
Evitar el aislamiento social: - Servicios de atención a domicilio. - Centros de día. - Tutela por parte de servicios sociales. - Valorar la necesidad de institucionalización.	Reducir el estrés del cuidador: - Compartir el cuidado con otros miembros de la familia, garantizando periodos de descanso. - Redes sociales comunitarias (grupos de apoyo, voluntariado etc.) - Valoración de la sobrecarga del cuidador (P.ej Escala Zarit). - Tratar problemas de base del cuidador (adicción a alcohol o drogas). - Valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados.

Tabla 2. Estrategias de ayuda al anciano maltratado.

Fuente: Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II) (41).

8. Conclusiones:

Poco a poco el problema del maltrato a ancianos va emergiendo en la sociedad, y aunque aún no cuenta con la repercusión de otros tipos de violencia como la dirigida a las mujeres o a los niños, el esfuerzo de asociaciones internacionales como la OMS o INPEA va logrando resultados.

Para poder alcanzar una visibilidad completa del maltrato a ancianos, primeramente será necesario establecer un consenso en torno a su definición; poder conocer de manera teórica lo que representa el fenómeno del maltrato facilitará su reconocimiento social. Por otro lado, el desarrollo de estudios de prevalencia permitiría mostrar a la población la verdadera amplitud del problema, dejando entrever las consecuencias nefastas resultantes que afectan a la víctima (de tipo físicas, psicológicas o sociales).

La actualización de la normativa legal contribuiría también al mayor reconocimiento del abuso a ancianos, pues se trataría de una medida de amparo tanto para las propias personas afectadas como para los profesionales sanitarios en sus actuaciones.

Son estos últimos sobre los que recae la mayor responsabilidad. Los sistemas sociosanitarios reclaman la existencia de profesionales formados ampliamente en el reconocimiento de factores de riesgo, conocedores de los protocolos de actuación y capaces de proporcionar asistencia a las víctimas. Este trabajo se vería favorecido con la existencia de herramientas adaptadas lingüística y culturalmente para la detección del maltrato a ancianos, las cuales puedan ser aplicadas igualmente por los diferentes miembros del equipo multidisciplinar. Igualmente, el desarrollo de protocolos en todos aquellos centros que prestan atención a ancianos favorecería la detección de episodios de maltrato de forma precoz.

Aunque se ha avanzado mucho en las últimas décadas, el maltrato a ancianos sigue comparándose con un Iceberg, y es labor de todos, tanto ciudadanos como profesionales, revertir esta situación.

9. Bibliografía:

1. Sánchez Aguadero N. Abordaje del maltrato al anciano en el ámbito doméstico. Revisión bibliográfica. *Revista Enfermería CyL* [Internet]. 2015 May 1 [citado 9 febrero 2018];7(1):27–38. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/142>
2. Pérez Rojo G, Chulián A, López J, Noriega C, Velasco C, Carretero I. Buen y maltrato hacia las personas mayores: Teorías explicativas y factores asociados. *Rev Clínica Contemp* [Internet]. 2017 [citado 8 mayo 2018];8(2):1–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2017a3>
3. Pérez Rojo G, Izal M, Montorio I, Regato P, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2013 [citado 9 febrero 2018];141(12):522–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313000614>
4. Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017 Indicadores estadísticos básicos. [citado 9 febrero 2018]; Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
5. Giraldo Rodríguez L. Maltrato de personas mayores. *El Resid* [Internet]. 2010 [citado 8 mayo 2018];5(2):85–91. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102f.pdf>
6. Tabueña Lafarga MC. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Psychosoc Interv* [Internet]. 2006 [citado 8 mayo 2018];15(3):275–92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592006000300003&script=sci_arttext&tlng=pt
7. Organización Mundial de la Salud. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2002 [citado 8 mayo 2018];37(6):319–31. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X02748385>
8. Kessel H, Marín N, Maturana N. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Rev Española Geriatria y Gerontol* [Internet]. 1996 [citado 8 mayo 2018];31:367–72. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/almeria-declaracion-01.pdf>
9. INPEA. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores [Internet]. 2003 [citado 28 abril 2018]; Disponible en: http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf
10. Pérez Rojo G, Chulián Horriño A. Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores Conceptual framework of abuse of older persons. 2013 [citado 22 febrero 2018]; Disponible en: <https://www.acpgerontologia.com/documentacion/maltratoperezrojo.pdf>
11. Pérez Rojo G. Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de la sospecha del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar. 2008 [citado 28 abril 2018]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=27260>

12. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2017 [citado 8 mayo 2018];5(2):e147–56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17300062>
13. Blasco Romera A, Sánchez Fernández J, Bedia Méndez M. Prevalencia de sospecha de malos tratos a personas mayores en el municipio de Santander [Internet]. 2015 [citado 8 mayo 2018]. Disponible en: http://santander.es/sites/default/files/estudio_sobre_la_prevalencia_de_sospecha_de_malos_tratos_a_personas_mayores_en_santander.pdf
14. Orfila F, Coma-Solé M, Cabanas M, Cegri-Lombardo F, Moleras-Serra A, Pujol-Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [citado 28 abril 2018];18(1):167. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5067-8>
15. Abolfathi Y, Hamid TA, Ibrahim R. Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics* [Internet]. 2013 [citado 10 febrero 2018];13(3):182–8. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/psyg.12009>
16. Homans GC, Casado MT, Requena M. Conducta social como intercambio. *Rev Esp Invest Sociol* [Internet]. 1999 [citado 10 febrero 2018];(85):297. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/40184108?origin=crossref>
17. Antón García L. Teorías criminológicas sobre la violencia contra la mujer en la pareja. *An la Cátedra Fr Suárez* [Internet]. 2014 [citado 10 febrero 2018];48:49–79. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/acfs/article/view/2780/2897>
18. Roberto KA, Teaster PB. Theorizing Elder Abuse. In: *Elder Abuse* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [citado 10 febrero 2018]. p. 21–41. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-47504-2_2
19. Cueva G. Violencia y adicciones: problemas de salud pública. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2012 [citado 29 mayo 2018];29(1):99–103. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000100015&script=sci_arttext
20. Iborra Marmolejo I. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerb Serv Soc*. 2008;(45):49–57.
21. Martínez Moreno E, Bermúdez Pérez MDLP. Maltrato psicológico hacia los mayores: variables a tratar = Psychological abuse of elderly people: variables to consider. *Rev ESPAÑOLA Comun EN SALUD* [Internet]. 2016 [citado 22 febrero 2018];7(1). Disponible en: <http://hosting01.uc3m.es/Erevistas/index.php/RECS/article/view/3161>
22. Dornell T, Mauros R, Stemphelet S. Mecanismos de prevención ante el maltrato en la vejez con demencia. 2017 [citado 22 febrero 2018]; Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/10838>
23. OMS | Factores de riesgo. WHO [Internet]. 2011 [citado 9 marzo 2018]; Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
24. Pérez Rojo G, Izal M, Montorio I, Nuevo R. Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia las personas mayores en el ámbito comunitario. *Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 2004 [citado 29 mayo 2018];8(1):105–17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/337/33780108/>

25. ¿Qué dice el Código Penal sobre el maltrato? [Internet]. [citado 9 abril 2018]. Disponible en: https://www.plusesmas.com/cuidadorfamiliar/dignidad_y_libertad/que_dice_el_codigo_penal_sobre_el_maltrato/898.html
26. Home · Noticias Jurídicas. [citado 9 abril 2018]; Disponible en: <http://noticias.juridicas.com/>
27. Noticias, artículos, jurisprudencia y actualidad legal para el profesional [Internet]. [citado 9 abril 2018]. Disponible en: <http://www.elderecho.com/>
28. Schwedler A, Konopik N, Heber L, Wellenhofer M, Oswald F, Zenz G, et al. Gewalt gegen alte Menschen in häuslicher Pflege. Z Gerontol Geriatr [Internet]. 2017 [citado 28 abril 2018];50(4):294–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28493091>
29. Alonso T. El maltrato en la vejez. Nuber Cientif. 2015;2(4):72–8.
30. Daniel J, Estrada R, Javier F, Martín M. . El maltrato a personas mayores. instrumentos para la detección del maltrato institucional. Abuse of the elderly. Instruments for the detection institutional abuse. 2010 [citado 28 abril 2018]; Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18708/1/Alternativas_18_01.pdf
31. Rubio Acuña M. Maltrato institucional a adultos mayores. Gerokomos [Internet]. 2012 [citado 28 abril 2018];23(4):169–71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
32. Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. Rev Calid Asist [Internet]. 2017 [citado 28 abril 2018];32(3):172–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X16301488>
33. Sujeciones – CEOMA [Internet]. [citado 28 abril 2018]. Disponible en: <http://ceoma.org/desatar/programa-desatar/sujeciones/>
34. Escudero Rodríguez B. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. Index de Enfermería [Internet]. 2006 [citado 29 mayo 2018];15(52–53):45–8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100010&script=sci_arttext&tlng=en
35. Bover Bover A, Moreno Sancho M, Mota Magaña S, Taltavull Aparicio J. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. Atención primaria [Internet]. 2003 [citado 5 mayo 2018];32(9):541–51. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82175229.pdf>
36. Fernández Alonso M. Malos tratos a los ancianos [Internet]. 2003 [citado 29 mayo 2018]; Disponible en: [http://diariodeunaneurona.pbworks.com/w/file/72018815/maltrato_ancianos\(1\).pdf](http://diariodeunaneurona.pbworks.com/w/file/72018815/maltrato_ancianos(1).pdf)
37. Sánchez Castellano C. Detección y clasificación del maltrato, la negligencia, y el abuso en pacientes mayores: propuestas de actuación preventiva. [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2014 [citado 29 abril 2018]; Disponible en: <http://eprints.ucm.es/25249/1/T35334.pdf>

38. Pérez-Rojo G, Izal M, Sancho MT. Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2010 [citado 5 mayo 2018];45(4):213–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X10000764>
39. De Donder L, De Witte N, Brosens D, Dierckx E, Verté D. Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument. *Procedia - Soc Behav Sci* [Internet]. 2015 [citado 5 mayo 2018];191:1483–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815028438>
40. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención Primaria* [Internet]. 2006 [citado 5 mayo 2018];37(1):56–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706702876>
41. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Atención Primaria* [Internet]. 2006 [citado 5 mayo 2018];37(2):113–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706703031>
42. Luís Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. Masson. Barcelona; 2013.

10. Anexos:

ANEXO I: Preguntas dirigidas al anciano/a para la detección del posible maltrato.

Preguntas dirigidas al anciano/a para la detección del posible maltrato
¿Alguien le ha pegado?
¿Algún miembro de la casa le tiene atemorizado?
¿Alguien le ha quitado alguna de sus pertenencias sin pedirle permiso?
¿Alguien le ha obligado a hacer cosas que usted no quería hacer?
¿Alguien le ha tocado alguna vez sin su consentimiento?
¿Está usted solo mucho tiempo?
¿Alguien le ha gritado o amenazado?
¿Alguien le ha hecho firmar documentos que usted no comprendía?
¿Se siente seguro donde usted está viviendo?

Fuente: El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención (35).

ANEXO II: Preguntas dirigidas al cuidador para valorar su interacción con el anciano/a.

Preguntas dirigidas al cuidador para valorar su interacción con el anciano/a
¿Le ocasiona mucho trabajo cuidar a...? ¿Es un trabajo cansado o frustrante para usted?
¿Tiene ayuda de alguien en el cuidado a...? ¿De quién? ¿Tiene a veces dificultades para hacer lo mejor para él/ella?
¿Cuál es el mejor camino para manejar la situación cuando esto ocurre?
¿Sería útil para usted la ayuda de alguien para proporcionar los cuidados?
¿Cuál sería la mejor ayuda para usted?

Fuente: El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención (35).

ANEXO III: Criterios que deben de cumplir los instrumentos de detección.

Criterios que deben de cumplir los instrumentos de detección.
Evaluar exhaustivamente signos de abuso (moratones, transferencias de propiedades) y factores de riesgo (historial de violencia, cuidador estresado).
Breves y fáciles de usar, que puedan ser aplicados por una amplia variedad de profesionales y en diversos entornos (centros de salud, hospitales, comisarías de policía).
Combinar diversos paradigmas teóricos.
Referirse al entorno físico, psicológico y social de las personas mayores.
Deben de quedar probadas las cualidades psicométricas del instrumento (objetividad, confiabilidad y validez de los instrumentos de medición).

Fuente: Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument (39).

ANEXO IV: Aspectos a tener en cuenta en la valoración de un anciano/a, según el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, para la detección de maltrato.

1. Necesidad de respirar normalmente: dificultades para respirar y si las medidas para solventarlo se realizan (uso de aerosoles, oxígeno domiciliario, ventilación inadecuada de la habitación)
2. Necesidad de comer y beber: déficit nutricional, signos de deshidratación, cambios de peso recientes, dieta inapropiada
3. Necesidad de eliminación: incontinencia urinaria o intestinal y signos de déficit de higiene y cuidado de la zona, no facilitar el acceso al WC
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. Posición incorrecta en la cama y/o en la butaca
5. Necesidad de dormir y descansar: características ambientales de la habitación, abrigo suficiente e higiene de la cama. 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 de sistemas para regular la temperatura en el hogar, agua caliente y otras actividades para el control de la temperatura corporal. Hipotermia
8. Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel: aspecto físico descuidado, hábitos de higiene deficitarios por parte del propio anciano o del cuidador, mal estado de las uñas. Olor en el cuerpo y la ropa. Presencia de pulgas o piojos. Características generales del hogar: falta de limpieza, desorden, hacinamiento
9. Necesidad de evitar peligros: frecuentes visitas a los servicios de emergencia, retraso entre las posibles heridas y la demanda de asistencia, 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 de la familia cuidadora. Omisión del uso de gafas o aparatos para la audición. Insuficiente demanda de atención sanitaria por parte del cuidador y/o anciano. Falta de cumplimiento del plan terapéutico, excesiva medicación, sobre todo sobredosificación, automedicación. Dejarlo solo en casa durante largos períodos. Confusión y desorientación
10. Necesidad de comunicarse: déficit 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 con otros. Miedo a los extraños. 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 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.)

Fuente: El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención (35).

ANEXO V: Diagnósticos de enfermería aplicables al maltrato a ancianos.

Diagnósticos de enfermería		
Dirigidos al anciano	Dirigidos al cuidador	Dirigidos al anciano y al cuidador
[00052] Deterioro de la interacción social	[00055] Desempeño ineficaz del rol	[00063] Procesos familiares disfuncionales
[00053] Aislamiento social	[00061] Cansancio del rol de cuidador	
[00072] Negación ineficaz	[00074] Afrontamiento familiar comprometido	
[00083] Conflicto de decisiones	[00126] Conocimientos deficientes	
[00088] Deterioro de la ambulación	[00138] Riesgo de violencia dirigida a otros	
[00097] Déficit de actividades recreativas		
[00102] Déficit de autocuidado: alimentación		
[00108] Déficit de autocuidado: baño		
[00109] Déficit de autocuidado: vestido		
[00110] Déficit de autocuidado: uso del inodoro		
[00148] Temor		

Fuente: Elaboración propia (42).