

TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES ELDER ABUSE



Autor: Brian Cacho Vallejo

Tutora: Cristina Castanedo Pfeiffer

Curso académico: 2018/19

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

Resumen y palabras clave	3
1. Introducción:	4
1.1. Justificación	5
1.2. Objetivos	5
1.3. Estrategias de búsqueda bibliográfica	5
1.4. Descripción de capítulos y contenidos.....	6
2. Capítulo I. Maltrato hacia las personas mayores	7
2.1. Definición	7
2.2. Tipos	7
2.3. Teorías	8
2.4. Epidemiología y factores de riesgo	9
2.5. Legislación vigente	12
3. Capítulo II. Papel de los profesionales sanitarios ante el maltrato al anciano	13
3.1. Percepción de los profesionales.....	13
3.2. Protocolo de actuación	13
3.3. Prevención.....	14
3.4. Detección.....	16
3.5. Abordaje enfermero.....	16
4. Reflexiones	17
Bibliografía	18
Anexos	22
Anexo 1. Modelos y teorías aplicados al maltrato a las personas mayores.	22
Anexo 2. Algoritmo para la actuación en situaciones de maltrato en la ciudad de Santander.	24
Anexo 3. Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctima de malos tratos.....	25
Anexo 4. Cuestionario de Ayuda al Profesional de Enfermería de Atención Primaria para la Detección del Maltrato en las Personas Mayores.....	26
Anexo 5. Cuestionario de prevención y detección de factores de riesgo de malos tratos físicos y económicos.....	28
Anexo 6. Decálogo para dar buen trato a las personas mayores.....	30
Anexo 7. Decálogo para recibir buen trato	31

Resumen y palabras clave

El maltrato dirigido a personas mayores es un problema de salud pública presente en nuestra sociedad, como otros tipos de maltrato; no obstante, ha comenzado a visibilizarse en los últimos años gracias a estudios epidemiológicos de evidencia científica y a la evolución que se está consiguiendo en el ámbito sanitario y sociosanitario, lo cual está favoreciendo la realización de estudios enfocados a la calidad de cuidados que ofrecemos en ámbitos como la atención directa a los usuarios, la gestión de cuidados, entendiendo que en esto se incluyen campañas de concienciación, formación a los profesionales e implicación de los responsables de servicios sanitarios y sociosanitarios, así como de las consejerías de sanidad y del propio ministerio.

El principal objetivo de esta revisión bibliográfica es describir y relacionar el maltrato con la calidad de vida de las personas mayores en la sociedad española, así como la revisión exhaustiva de los conocimientos existentes sobre este tema, estudiando sus características y exponiendo soluciones. Con esto se pretende dar mayor visibilidad a este problema y fomentar la actuación de los profesionales sanitarios de prevención, actuación y tratamiento interdisciplinar.

Palabras clave: Maltrato, personas mayores, profesionales sanitarios, enfermería.

Abstract and keywords

Elder abuse is a public health problem present in our society, like other types of mistreatment; However, it has begun to make visible in recent years thanks to epidemiological scientific evidenced studies and also to the evolution that has achieved in the health and social care area, which is favoring the realization of studies focused on the quality of care that we offer in areas such as direct attention to users, care management, realising that this includes awareness campaigns, training for professionals and involvement of those responsible of health and socio-health services, as well as health ministries and the ministry itself.

The main target of this bibliographic review is to describe and relate the abuse with the quality of life of the elderly in Spanish society, as well as the exhaustive review of existing knowledge on this subject, studying its characteristics and exposing solutions. This is intended to give greater visibility to this problem and encourage the action of health professionals in prevention, action and interdisciplinary treatment.

Keywords: Mistreatment, old people, health professionals, nursing.

1. Introducción:

Durante los últimos años, nuestra sociedad, ha aumentado notablemente el porcentaje de personas mayores, pasando de un 5,2% de la población total a principios del siglo pasado a terminar representando a más de un 18% de la población actual y siendo esto una tendencia creciente en los próximos años (1).

Este crecimiento demográfico ocurre por un aumento de la esperanza de vida, el cual viene como consecuencia de las mejoras sanitarias, los avances tecnológicos y biomédicos (2).

Es una realidad que las personas mayores están más predispuestas a sufrir un mayor número de problemas de salud, uno de ellos, el maltrato (3).

Considerando el maltrato como un problema de salud pública, este podría afectar a un mayor porcentaje de esta población en un futuro, si no se establecen medidas para detectarlo y erradicarlo, como las ya existentes para otros tipos de maltrato, podría suponer una pérdida de calidad de vida importante en las futuras generaciones.

La primera vez que los malos tratos tuvieron repercusión mediática fue a principios de los años 70 (4). A partir de entonces se le ha ido dando cada vez más importancia, pero de una forma pausada, hasta que llegamos a principios del siglo XXI y se realiza la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, donde se da a conocer como uno de las preocupaciones principales en la atención a las personas mayores (1).

El término “envejecimiento” ha cambiado desde su primera definición que daba la OMS en los años 90, en la cual se centraba en la salud, hasta llegar a la que nos da en 2002 basada en el envejecimiento activo, un proceso en el que la persona es participe de su propia salud.

Para poder lograr una atención y cuidados de calidad es necesario poner en práctica nuestra capacidad, como profesionales sanitarios, y tratar a la persona holísticamente para poder detectar este problema, que ha sido invisible hasta hace relativamente poco tiempo, además de utilizar herramientas que nos puedan facilitar la valoración del paciente de una forma precisa y eficiente.

Se debe poner únicamente énfasis en enfoques basados en evidencia científica para abordar el problema que tratamos en este trabajo. Bien es cierto que se han iniciado intervenciones en centros sanitarios, sociales y legales para identificar y prevenir el maltrato a personas mayores, sin embargo se ha dedicado poca investigación hasta la fecha (5).

1.1. Justificación

He decidido realizar este trabajo, por la despreocupación que he podido observar en la sociedad sobre el tema del Maltrato, además del desconocimiento por parte de los propios profesionales. En la práctica clínica, muchas veces los profesionales sanitarios pasamos por alto ciertas situaciones, más aún aquellas que son complejas de identificar, como son circunstancias que se dan en su gran mayoría en los domicilios de los pacientes. Considero que es una cuestión de invisibilidad, ya que, si lo conociéramos en profundidad, además de identificar cuáles son los factores de riesgo y sus consecuencias sobre la salud, podríamos abanderar la educación a la sociedad y enseñarles una nueva perspectiva del tema.

Creo que el maltrato a los mayores tiene la misma importancia que en otros grupos de edad que estudiamos en la actualidad, solo que todavía no tiene la misma repercusión debido a los pocos estudios realizados en relación con este.

Por esto, esta revisión bibliográfica está enfocada en conocer más de cerca este tema y en ofrecer ideas y recursos a seguir para dar visibilidad a este problema y conseguir que desde las estructuras sociales, sanitarias y sociosanitarias aborden protocolos e intervenciones para erradicarlo.

1.2. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo sería describir y relacionar el maltrato con la calidad de vida de las personas mayores en la sociedad española.

- Definir el concepto de maltrato, las teorías que lo engloban y los tipos de maltrato que existen.
- Identificar factores de riesgo del maltrato.
- Reconocer las medidas legislativas españolas que se apliquen en una situación de maltrato.
- Describir las diferentes herramientas y estrategias utilizadas por profesionales sanitarios para su prevención, detección y tratamiento.

1.3. Estrategias de búsqueda bibliográfica

Este trabajo es una revisión bibliográfica de distintos artículos, realizando su consulta mediante diferentes bases de datos, tales como: Google académico, Scopus, PubMed y Dialnet.

Pudiendo acceder a la mayoría de los artículos gracias al acceso remoto de la biblioteca de la Universidad de Cantabria (UC).

Los diferentes descriptores utilizados en la búsqueda de los artículos fueron consultados en la página web de descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y fueron: "Elder abuse/maltrato al anciano", "aged/anciano", "España/Spain", "persona mayor", "epidemiología", "risk factor/factor de riesgo", "legislation/legislación", "nursing/enfermería", "meta-analysis" y "systematic review". Pude relacionar estos descriptores mediante el operador booleano "AND".

Como criterios de inclusión se escogieron 40 artículos de 58 que fueron encontrados, de los cuales 30 son en español, 9 en inglés y 1 en alemán, con un límite de fecha desde el año 2009 hasta el año 2019. Entre estos artículos, existen varios que han sido publicados antes de 2009, los cuales he considerado útiles para la realización de este trabajo.

1.4. Descripción de capítulos y contenidos

Para llevar a cabo este trabajo se han planteado dos capítulos, además de anexos relacionados.

El primer capítulo consta de una contextualización del problema. Hablaremos de su definición hoy en día, exponiendo los tipos de maltrato que podemos diferenciar en la actualidad; seguidamente explicaremos las teorías en las que nos basamos los profesionales a la hora de entender y explicar el origen de este problema de salud; tras esto pretendemos mostrar el impacto que tiene en la sociedad mediante la epidemiología; diferenciaremos distintos factores de riesgo desde tres distintos niveles, que serían la persona maltratada, la persona maltratadora y el ambiente.

En el segundo capítulo nos centraremos en el papel que llevan a cabo los profesionales a la hora de detectar, abordar y prevenir el maltrato.

Lo abordaremos desde la prevención primaria, secundaria y terciaria, mencionando protocolos ya existentes de distintas comunidades autónomas de España y en los cuales se está basando la práctica sanitaria para detectar casos, mediante encuestas estandarizadas, y actuar de una forma esquemática para detectar los casos de maltrato. Para terminar, se ha incluido un abordaje desde el punto de vista enfermero.

2. Capítulo I. Maltrato hacia las personas mayores

2.1. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el maltrato a personas mayores es definido como “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza.” (3)

2.2. Tipos

Físico: cualquier acción física dirigida al mayor con violencia como golpear, encerrar en una habitación, usar inapropiadamente la medicación, bañar con agua a temperatura inapropiada u ofrecer comida demasiado fría o caliente, movilizar miembros de forma brusca causando lesiones físicas. Sus indicadores son signos visibles como marcas en la piel, huesos rotos, heridas, dolor, cambios reiterados de médico de equipo comunitario, desnutrición y deshidratación (1,6–12).

Psicológico: se trata de una conducta que provoca la disminución del nivel de autoestima y dignidad del mayor. Se suele conseguir mediante la palabra o incluso el lenguaje no verbal; ejemplos de acciones que lo pueden producir son: la intimidación, amenazas, incomunicación, insultos y actitudes edadistas como tratar a la persona como un niño entre otras.

Esto provoca en la víctima miedo, impotencia, duda a la hora de hablar y expresar sus pensamientos, angustia y cambios en el comportamiento hacia la agresividad, infantilismo o depresión (1,6–12).

Sexual: se considera maltrato sexual a cualquier contacto o acción con connotación sexual sin el consentimiento de la persona mayor que lo recibe. Cuando hablamos de esto, tratamos la violación oral, vaginal o anal, pornografía, desnudar sin permiso, bien porque ha sido forzada a ello o no es capaz de decidir por sí misma, exhibicionismo, gestos e insinuaciones o animar a otros residentes a acercarse con propósito sexual.

Las secuelas que tiene este tipo de maltrato pueden ser: moratones alrededor de los genitales, infecciones de transmisión sexual sin razón aparente, declaración de que ha sido sexualmente agredida, ropa interior rasgada y/o manchada de sangre (1,6–12).

Económico supone el mal uso (robo o uso ilegal) de los bienes y propiedades de la persona mayor sin su consentimiento, obligándole a ello o engañándole, beneficiándose de la situación de dependencia o confusión en la que se pueda encontrar la víctima. Este abuso sucede cuando se obliga al mayor a cambiar su testamento, animarle a hacer regalos a ciertas personas en beneficio del abusador u ocupar su domicilio sin su consentimiento.

Los signos de haber sufrido este maltrato pueden ser cambios inesperados en la cuenta bancaria y el testamento, firmas distintas a la de la víctima (1,6–12).

Negligencia: este tipo de abuso se puede apreciar en tres tipos, que son los actos de omisión, intencionales (negligencia activa) y no intencionales (negligencia pasiva). Este tipo de abuso se puede dar en el área física (no cubriendo las necesidades básicas de la persona en cuestión), psicológica (mediante el “trato de silencio”, por ejemplo, cuando se ignora a una persona y se limitan sus relaciones sociales) y económica (no utilizar los recursos disponibles de la persona para ofrecerle cuidados de calidad en relación con su economía) (1,7–12).

Autonegligencia: ese tipo de maltrato es el que causa más controversia, ya que es realizado por la propia persona que lo sufre, sin la existencia de un externo que lo motive. Se considera autonegligencia una situación en la que la persona no pueda cubrir sus necesidades básicas y no pretende conseguir los medios para cubrirlas (13), (13), en el caso de que la persona en cuestión tenga plena capacidad mental, cualquier acción que pueda o no realizar deja de considerarse autonegligencia (10). Esta situación puede surgir de un deterioro cognitivo importante o una falta de apoyo social objetiva (8,13).

Violación de los derechos básicos: consiste principalmente en la expropiación o no reconocimiento de ciertos derechos humanos como el de la dignidad, el respeto a la intimidad, tener en cuenta su cultura, sus creencias e ideales. Algunas situaciones como dejar la puerta abierta de la habitación cuando se está vistiendo o aseando, abrir el correo sin su permiso o controlar sus relaciones sociales (1,7,9).

Abuso social: es un problema que está teniendo cada día más repercusión, y suele ser el más frecuente según las propias personas mayores

Los indicadores que se pueden apreciar de este tipo de maltrato son: restringir llamadas o visitas, dejarle solo, dejar en un sitio quieto durante horas, no facilitar acceso a culto religioso si lo desea, no ofrecer entretenimiento (9,12).

2.3. Teorías

Los modelos y teorías son estudiados para tener una base científica sobre la cual poder trabajar, investigar y poner en práctica nuevas intervenciones basadas en la evidencia.

En el caso del maltrato, en cualquier tipo existen varias teorías que lo explican, cada una tratándolo desde un enfoque distinto, tanto psicológica como biológica o social. Quedan explicados los modelos y las teorías con las que se explican el maltrato a los mayores en el apartado de anexos (anexo 1) (1,5,10,11,23,36–39).

Ninguna de estas teorías puede ser considerada como la principal ya que valoran al maltrato desde distintas perspectivas de la persona y el medio en el que se encuentra. La que más se suele utilizar, debido a que es la más completa y abarca más áreas es la ecológica. Pero aun así no sólo debemos de centrarnos en una teoría, ya que abordar el maltrato con un modelo ecléctico que se base en la mezcla de todas ellas es lo que nos fortalece como profesionales sanitarios a la hora de detectar e intervenir sobre los casos que encontremos a lo largo de nuestra vida profesional.

Lo que es positivo es dar a conocer las distintas teorías existentes a los profesionales, para que tomemos conciencia de su existencia y así poder ofrecer unos cuidados enfocados a un envejecimiento positivo de estas personas.

2.4. Epidemiología y factores de riesgo

No existen cifras epidemiológicas exactas, debido a que como cualquier tipo de maltrato, se trata de un fenómeno iceberg, ya que no se denuncian ni la mitad de los casos de maltrato que se sufren, lo que aumenta la dificultad a la hora de tratar este problema (9,14).

Los distintos estudios realizados obtienen resultados muy diferentes, debido a las distintas muestras escogidas en las investigaciones. El hecho de ser conocedores de estas cifras puede ayudar a la hora de sensibilizar y concienciar a la población sobre su erradicación (9).

Según un estudio epidemiológico realizado en el municipio de Santander por Ariadna Blasco Romera, Javier Sánchez Fernández y María Bedia Méndez se estima que el 75% de los casos de maltrato se dan en el ámbito familiar y el restante 25% se dan en las instituciones. (10) Esto sucede debido a una comodidad económica y social, es decir, los familiares deciden hacerse cargo de los cuidados del mayor en el propio domicilio, solo con la ayuda de la atención domiciliaria que se facilita desde el ayuntamiento porque esta opción es más rentable a nivel económico que cualquier institucionalización (15). Aunque también podemos encontrar otros artículos cuyos datos epidemiológicos difieren.

Lo que se puede afirmar es que la incidencia del maltrato depende directamente del nivel de desarrollo que tiene el modelo de servicios sociosanitarios de cada país, siendo mayor la incidencia en los países donde menos se ha desarrollado el modelo en cuestión (16).

Los familiares que se hacen cargo de esta persona realizarán los cuidados sin remuneración, normalmente, por el hecho de que son parte de su familia, lo que supone un compromiso personal importante y no existe, por tanto, una obligación legal.

Por otro lado, estos cuidados, en un principio pueden estar adecuados a las necesidades del mayor, pero a medida que va pasando el tiempo, y la situación personal del cuidador principal llega al límite de su capacidad, debido a los cuidados del hogar añadidos a los de la persona dependiente, es el momento en el que entra en peligro la salud de ambas personas creándose un ambiente más hostil, llegando a situaciones de maltrato o intentos de afrontamiento por medio del alcohol y otras drogas perjudiciales para la salud.

Otro motivo por el que se suelen hacer cargo en el domicilio es por el estigma social que existe en España hacia los centros residenciales de la tercera edad, ya que simbolizan un desarraigo familiar (1,17).

Según diferentes estudios realizados en distintos países, el porcentaje de personas que son víctimas de este maltrato sería de un 15.7 % en 2016, 1 persona de cada 6 personas mayores de 60 años sufre o ha sufrido algún tipo de maltrato, sin diferencias importantes entre ambos sexos en cuanto a prevalencia.

En cuanto a los tipos de maltrato más predominantes según estos estudios son el psicológico, el económico y la negligencia con un 11,6%, 6,8% y un 4,2% respectivamente, seguidos por el físico con un 2,6% y terminando con un 0,9% de maltrato sexual (18).

En el municipio de Santander se realizó un estudio sobre la prevalencia de sospecha de malos tratos en 2014 con un resultado de sospecha en un 25,68% de la muestra total, apreciando que el más señalado era el psicológico (11,28%), seguido por el económico y la negligencia (1,94% cada uno) terminando con el físico y el sexual (1,55%) como los menos presentes (10).

Se pueden identificar ciertas situaciones que incrementen el riesgo de sufrir maltrato, y estos se logran dividir en tres grupos (6):

Factores de riesgo en relación con la víctima

Género: este factor resulta un tanto controvertido, debido a que son varios artículos los que se contradicen, unos afirmando que la mujer es la que tiene mayor prevalencia basándose en que las mujeres son más longevas, lo que conlleva a una mayor probabilidad de ser víctima de maltrato, además de que suelen buscar ayuda con más frecuencia que los hombres (9,19,20); en cambio existen otros estudios que afirman que no hay diferencia entre ambos sexos (18). Se podría considerar como un factor de riesgo potencial.

Edad: cuanta más edad tenga la persona, tendrá mayor riesgo de sufrir maltrato, sobre todo cuando sobrepasan la barrera de los 75 años, debido a que la probabilidad de ser dependientes de un cuidador será mayor (21,22). Aunque, bien es cierto que la edad no es sinónimo de dependencia, con lo cual este factor de riesgo no es tan fuerte como para considerarlo uno de los principales.

Estado civil: según distintos estudios, existe una mayor prevalencia de maltrato en aquellas personas que conviven con su pareja (21,23), en cambio, vivir solo se considera un factor que disminuye el riesgo según algunos estudios (24), como de riesgo en otros (22,23).

Salud: los diferentes estudios concuerdan en que el grado de dependencia por discapacidad física como mental de la víctima es el factor principalmente relacionado con el maltrato (8,22,25). Este factor se podría considerar uno de los más firmes, debido a su evidencia científica.

Trastornos psicológicos/neuronales: el deterioro cognitivo presente en ambos sexos es el factor común más frecuente. Los estudios reflejan que las personas con deterioro cognitivo son 4.8 veces más vulnerables a sufrir abuso que aquellas personas que no sufren este tipo de enfermedad. Además, estos trastornos mentales pueden provocar conductas provocadoras dirigidas al cuidador principal, entre otros, junto con una mayor demanda de cuidados y responsabilidad del tutor (1,23,25).

Abuso de sustancias tóxicas: normalmente las personas que sufren una dependencia a estas sustancias como son el alcohol, tabaco y otras drogas suelen tener un carácter más provocativo, lo que incentiva situaciones de tensión en las que es fácil que se produzcan malos tratos (10,20,23,24).

Problemas de comunicación: en muchas ocasiones hemos podido ver situaciones en las que una persona se siente frustrada porque no le pueden comprender debido a una falta de comunicación, bien por un déficit visual, auditiva o por déficit del habla que producen una situación de estrés continuada.

Desconocimiento de sus derechos: una persona que desconoce sus derechos, como es en este caso los derechos humanos básicos, no hará ningún esfuerzo para conseguirlos, lo que puede provocar estas situaciones de maltrato en las que el causante se aprovecha de este desconocimiento.

Factores de riesgo en relación con la persona maltratadora

Ciertos estudios coinciden en que el riesgo de que una circunstancia de maltrato exista, no depende de la persona maltratada sino de la persona agresora. Con esto, podemos decir que cualquier persona, mayor en el caso de este trabajo, puede llegar a sufrir maltrato independientemente de sus características (19).

Sexo: normalmente son las mujeres las principales cuidadoras de las personas mayores, por lo que el porcentaje de mujeres maltratadoras es mayor que el de hombres por el hecho de que son más (1,22). Por otro lado, existen estudios que afirman que el hecho de que el cuidador sea

hombre es un factor de riesgo comparado con los datos de prevalencia de otros tipos de violencia doméstica. (23)

El principal tipo de maltrato del que son responsables los hombres es el físico cuando las mujeres son causantes de la negligencia (23).

Estrés/sobrecarga: este es uno de los principales factores de riesgo que se encuentra más a menudo en las distintas situaciones de maltrato, en las cuales, sumadas con el factor de inexperiencia de muchos cuidadores, crean un tándem a partir del cual se obtiene un riesgo elevado de maltratar a la persona mayor.

Las diferentes situaciones que van surgiendo a medida que las necesidades del anciano van aumentando, suponen una carga importante en la vida del cuidador, ya que tiene que invertir tiempo, esfuerzo y dinero que puede que no haya contado con ello, lo que se traduce en un malestar que favorece un ambiente más hostil donde será más favorable la aparición de maltrato (23).

Trastornos psicológicos/Abuso de sustancias: la patología dual es un factor de riesgo importante, ya que incluye un problema mental con un consumo de drogas, lo que acentúa el estado de enfermedad de la persona ; si esta persona es la responsable de los cuidados de un mayor dependiente, los cuidados ofrecidos no serán los adecuados para asegurar una evolución favorable en el anciano (1,22).

Dependencia: cuando hablamos de dependencia como un factor de riesgo en el cuidador principal, nos referimos a la dependencia que existe hacia la persona dependiente, normalmente económica, aunque también puede ser emocional o de alojamiento. Estas situaciones de dependencia pueden provocar sentimientos frustrantes, de impotencia en el cuidador, ya que se ve sujeto al anciano debido a situaciones no deseadas (1,8,22,23,25).

Factores de riesgo en relación con el ambiente

Aislamiento: las víctimas como los maltratadores, habitualmente suelen tener menos relaciones sociales en comparación a otras personas. Suele suceder en situaciones de negligencia o abuso económico. Es probable que disminuya los contactos con personas cercanas, favoreciendo el aislamiento y dificultando las diferentes ayudas que puedan recibir (23).

Convivencia/Problemas familiares: situaciones de tensión tanto pasadas como presentes pueden favorecer un ambiente tenso y hostil entre los diferentes componentes de la familia.

Conflictos/violencia familiar: como en otros tipos de violencia o maltrato, haber sido víctima anteriormente se considera un factor de riesgo para volver a sufrirlo en un futuro.

Situación geográfica: vivir en áreas urbanas puede favorecer la aparición de abuso al anciano, esto puede ser debido a los altos niveles de estrés y la forma acelerada de interactuar en las ciudades, lo que hace al mayor sentirse más incompetente a la hora de realizar las actividades de la vida diaria (25).

Problemas económicos: Las situaciones de pobreza, en las que se observa una falta de recursos real son favorecedoras de esta situación, junto con las relaciones sociales intergeneracionales negativas y la discriminación que estas conllevan (8)

Discriminación social: el concepto “edadismo” es considerado como una forma más de discriminación, esta no se suele observar en la sociedad de una forma tan potente como otras, se trata de una discriminación más leve basada en los estereotipos y prejuicios contra las personas mayores, provocando así una marginación y evitación hacia este grupo social (1,26,27).

Aun contando con todos estos factores de riesgo, no se puede crear un origen firme entre estos y el maltrato, sin embargo, la presencia de estos factores de riesgo nos puede ayudar a los profesionales a identificar y evitar el maltrato.

2.5. Legislación vigente

Todas las personas tienen derecho a una protección legal, tanto a nivel civil, administrativo como penal. Aquella persona que no haya fallecido aún sigue teniendo derecho a disfrutar de los derechos básicos y fundamentales consensuados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 por la ONU.

El principal derecho es el de la vida, y este será el mismo y tendrá la misma importancia a lo largo de toda la vida de cada persona. Esta percepción de importancia disminuye en las personas víctimas de maltrato.

Aquellos derechos que tienen más relación con este tipo de maltrato serían los siguientes:

- Derecho a la igualdad plena ante la ley
- Derecho a la vida
- Derecho a la libertad
- Derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen
- Derecho a la libertad de residencia
- Derecho a recibir información veraz
- Derecho a la participación activa en los asuntos públicos
- Derecho a la tutela de los jueces
- Derecho a una muerte digna

Podemos ver que cualquier tipo de maltrato vulnera alguno de los derechos mencionados, los cuales pueden ser exigibles constitucionalmente y cuya pérdida se considera un delito.

Los profesionales sanitarios debemos de saber en qué momentos y situaciones se están vulnerando y qué castigos existen para aquellas personas que violan estos derechos, siendo delitos las acciones más graves y faltas las leves.

A partir del 29 de septiembre de 2003 con la Ley orgánica 11/2003, el código penal ampara a las víctimas de este tipo de maltrato. El código penal se basa en proteger los derechos constitucionales.

A continuación, hablaremos de los distintos castigos recogidos en el código penal según el tipo de maltrato y sus circunstancias:

- **Maltrato físico:** según los artículos del 147 al 152 existe una pena de prisión desde los seis meses hasta los 3 años, siempre que la lesión requiera asistencia facultativa (la vigilancia se considera como dicha asistencia). En situaciones menos graves se castigará con una pena de siete a veinticuatro fines de semana o una sanción económica de tres a doce meses. Cabe destacar que, entre estos artículos, en el art. 143.4 se habla también de la cooperación para el suicidio.
- **Privación de libertad, amenazas y coacciones:** tratadas en los artículos 163, 169 y 172. Pena de prisión de cuatro a seis años en el caso de privar de libertad a una persona encerrándole o deteniéndole (inmovilizaciones). Las amenazas no tienen ninguna respuesta punitiva, ya que se consideran una falta y no un delito.
- **Tratos denigrantes:** declara el art. 173 un castigo de seis meses a dos años para aquella persona que lleve a cabo un trato humillante que afecte gravemente a la integridad moral de la víctima.

En los casos explicados podemos encontrar agravantes para aquellas personas que abusen de su cargo siendo parte de una autoridad o funcionario público.

3. Capítulo II. Papel de los profesionales sanitarios ante el maltrato al anciano

3.1. Percepción de los profesionales

Un estudio realizado en el municipio de Santander, en 2015, con la colaboración de un grupo de profesionales que trabajaban en contacto cercano con personas mayores, muestra que la percepción de los casos de maltrato depende de la definición que se utilice. La mayoría de las profesionales afirman que los casos de maltrato son muchos más de los que se dan a conocer, reforzando así la teoría del fenómeno “punta de iceberg” (10).

En cuanto a la cuestión sobre la existencia de protocolos, la mayoría desconocían su existencia y afirmaban que es necesario que se dé a conocer en el caso de que esté disponible.

El primer paso para sensibilizar a la sociedad sobre este tema es concienciar y formar a los diferentes profesionales del ámbito sanitario y sociosanitario para que estos puedan servir como un pilar cuando la población necesite ayuda. En nuestra facultad, dentro de la asignatura de enfermería en el envejecimiento se realiza un taller sobre el maltrato a las personas mayores.

Debido a la existencia de diversas definiciones sobre el maltrato, es posible que los profesionales nos confundamos a la hora de definirlo con otros términos como negligencia o abuso cuando nos preguntan sobre ello. Está en nuestras manos conocer estos términos y no sólo quedarnos con una definición que sea tan general con la que se confundan entre sí.

Conforme a L. Sánchez Martínez, en cuanto al abuso, los profesionales lo identifican como “la acción intencionada que puede tener consecuencias negativas en la persona mayor”. Los profesionales relacionan el abuso con una violación de los derechos humanos o, en la misma manera, con el incumplimiento de las responsabilidades laborales. Los propios profesionales aceptan la existencia evidente de un abuso de poder en los centros donde trabajan o han trabajado (28).

Por otro lado, a los profesionales nos cuesta reconocer la existencia de maltrato en el centro donde trabajamos, fundamentalmente físico, pero es cierto que existen situaciones que siguen apareciendo en la prensa que tratan el maltrato en centros sociosanitarios, en mayor medida incluso de tipo psicológico y social.

La mayoría de los profesionales sanitarios, según el estudio nombrado anteriormente del municipio de Santander, consideran que los recursos de los que disponen no son suficientes y que son mejorables mediante una mayor formación sobre el tema, medidas legislativas, campañas de sensibilización e inspecciones más completas de los centros sociosanitarios (10).

3.2. Protocolo de actuación

Un protocolo es considerado un documento donde se reúnen las reglas e instrucciones a seguir ante una situación específica, en este caso, el maltrato, de la forma más eficiente posible (29).

Desde la concejalía de familia y servicios sociales del Ayuntamiento de Santander se ha creado un “*algoritmo para la actuación en situaciones de maltrato en la ciudad de Santander*” (Anexo 2) (10).

El ámbito de actuación más importante que tenemos en España para la prevención y detección de este problema es la atención primaria; gracias al cual se pueden llevar a cabo diferentes investigaciones y campañas relacionadas con esta preocupación que cada día es más tangible, al igual que los servicios de urgencias de los hospitales, donde los profesionales

deberían de estar alerta para identificar posibles malos tratos de la misma forma que en otros grupos etarios (14).

Como con cualquier tema, el hecho de trabajar con los diferentes protocolos que existen tiene ciertas ventajas como: unificación y aclaración de criterios, mayor coordinación interprofesional, aclaración del término de maltrato indicando un camino a seguir al detectar un caso de maltrato, facilitando una forma de trabajo rigurosa que aporte seguridad a los profesionales a la hora de actuar y denunciar.

También podemos encontrar posibles desventajas como: un empeoramiento de la situación tras su detección, y la posibilidad de llegar a situaciones en las que se denuncie el caso pero no se puedan ofrecer soluciones reales debido a su complejidad (10).

3.3. Prevención

En este punto cobra gran importancia el sector de la atención primaria, ya que la prevención se basa en “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998) (30).

La estrategia de prevención se divide en varios niveles:

Prevención primaria.

Con este problema de salud, como con otros que no son específicamente desajustes fisiológicos del organismo y que se pueden ir controlando a lo largo de la vida de la persona, es muy difícil de vigilar, ya que los factores de riesgo son ambiguos y dependen mucho de la persona y el ambiente que le rodea.

Las medidas que se deberán llevar a cabo en este nivel de prevención estarán enfocadas a la comunidad, mediante campañas de sensibilización, educación en salud y desmitificar ideas integradas en la sociedad sobre la tercera edad que son falsas.

Más específicamente, las acciones a llevar a cabo por los profesionales sanitarios son:

Papel profesional:

- Detectar los factores de riesgo (Anexo 3) tanto del anciano como del cuidador, además de conocer en qué situaciones son más vulnerables a poder sufrir este problema (22).
- En caso de reconocer factores de riesgo, encaminar las intervenciones que se puedan plantear hacia su mejora.
- Tener en cuenta al cuidador, vigilar sus cambios de comportamiento, ofrecerle ayuda cuando sea necesario, realizar interconsultas con otros profesionales en el momento indicado. Con los cuidadores es muy importante tener presente de forma permanente un enfoque psicosocial y emocional, detectando cualquier cambio en su salud mental que pueda afectar a su situación (31).
- Realizar educación tanto entre los profesionales sanitarios, como en el resto de la sociedad de manera intergeneracional; ya que existe evidencia científica de que la educación sobre el maltrato a los mayores tiene resultados positivos.

Estos resultados se obtienen gracias a la visibilidad que se consigue al hablar sobre este tema, lo cual facilita a las personas detectar sus signos y síntomas más fácilmente, sin necesidad de actuación de los profesionales y así poder controlar ciertos comportamientos independientemente (32).

Papel gubernamental:

- Ofrecer mayor disponibilidad de cuidados psicosociales mediante programas de ayuda en inserción social hacia los ancianos y sus familiares.
- Un cambio legislativo que se ha producido en estos últimos años es el que, en situaciones de que una persona tenga a su cargo los cuidados de un mayor en su domicilio, realizando una reducción de jornada para compatibilizar el trabajo con los cuidados de la persona dependiente (31).

Prevención secundaria.

Está basada en la detección precoz de este problema y cribado con diferentes instrumentos. El hecho de captar precozmente los casos de maltrato nos puede ayudar a los profesionales a evitar su aparición mediante ciertas intervenciones.

Es aconsejable realizar entrevistas clínicas al anciano en el momento de la consulta, y no dejar escapar la oportunidad de recibir toda la información que nos pueda facilitar, tanto él, como sus familiares o cuidadores. Para esto es importante favorecer un entorno tranquilo y de máxima confianza con el paciente para que nos conteste al mayor número de preguntas que necesitemos hacer.

Una vez tenemos un ambiente acogedor y tranquilo para el paciente, como para el cuidador o la familia, se optará por pasar un cuestionario que ayudará al profesional a la hora de detectar el maltrato y en qué nivel está presente o bien realizar una valoración completa del paciente de una forma holística, para así detectar ciertas necesidades que, en un primer momento no estaban presentes o no tenían importancia para el paciente (anexo 4) (40) .

En la actualidad existen variedad de cuestionarios, guías y demás instrumentos de cribado, todos ellos diferentes entre sí; En Cantabria y en País Vasco cuentan con el mismo protocolo, disponible en cada servicio sanitario. Las cuestiones que se tienen en cuenta en el “Cuestionario de prevención y detección de factores de riesgo de malos tratos físicos y económicos” validado como sensible para su objetivo, está enfocado a dos tipos de maltrato, el físico y el económico, dejando de lado al resto durante la valoración (Anexo 5) (10,29,33).

Prevención terciaria.

Este tipo de prevención se basa en detener el maltrato que se está llevando a cabo, tratándolo y evitando que reaparezca (32).

Las medidas que se pueden llevar a cabo para evitar la reaparición de los casos de maltrato son (34):

- Grupos de autoayuda.
- Programas de ayuda psicológica dirigidas a las personas que causan malos tratos.
- Intervenciones de apoyo a los cuidadores.
- Centros de acogida de emergencia.
- Teléfonos de asistencia para proporcionar información y derivación.
- Notificación obligatoria del maltrato a las instituciones.

3.4. Detección

El entorno donde más facilidades podemos encontrar a la hora de abordar este problema de salud pública es en la atención primaria, ya que, desde la enfermería, obtenemos una visión amplia del paciente, incluyendo al entorno y personas cercanas. Además, en caso de detectar un caso de maltrato, podemos realizar interconsultas con otros profesionales como son los médicos, psicólogos o trabajadores sociales para abordar el problema desde otras perspectivas y actuar de una forma más completa y que se amolde a las necesidades de la víctima.

La valoración que se realiza a lo largo de las visitas, en centros sociosanitarios, residenciales u hospitalarios debe de ser lo más completa posible. Es necesario que integre las esferas socioafectivas del paciente para poder apreciar aquellos aspectos que fueran signos, síntomas o factores de riesgo de maltrato.

3.5. Abordaje enfermero

Desde el ámbito de la enfermería, debemos de favorecer el buen trato, esto se conseguirá creando una cultura común en los equipos de trabajo y en las familias que tenga como principios los siguientes (35):

- Valorar a la persona en el ámbito individual, comunitario e institucional.
- Dar a entender qué es el buen trato para cada persona, respetarlo y empatizar con ella mediante la comunicación tanto verbal como no verbal.
- Adaptar e individualizar los cuidados de cada persona en relación con sus necesidades.
- Favorecer la autonomía personal para que llegue a tener el control sobre sus decisiones.
- Potenciar la escucha activa entre nosotros, los profesionales, y las personas mayores tanto como entres ellas y su entorno.
- Ofrecer calidad de vida y bienestar respetando los valores personales mediante la satisfacción personal.
- Tratar de igual manera a las personas sin depender su edad o situación social.
- Facilitar la libertad de cada persona tanto de expresarse, opinar, pensar, creencias y valores.
- Explorar sus preocupaciones, intereses y necesidades básicas que no estén cubiertos para favorecer una mejora de calidad de vida.
- Negociar con el paciente para encontrar alternativas y soluciones enfocadas hacia el bien común

Para que estos valores se respeten, desde la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) se ha creado un decálogo dirigido a los profesionales y cuidadores para dar un buen trato a las personas mayores (anexo 6) y otro decálogo dirigido a las personas mayores para recibir un buen trato (anexo 7) los que se basan en respetar los derechos humanos universales, fomentando la independencia y autonomía en la persona mayor a la vez que el respeto y bienestar común.

4. Reflexiones

Tras realizar esta revisión bibliográfica podríamos decir que, a lo largo de los años, se ha tomado conciencia paulatinamente sobre el maltrato a las personas mayores. Pero en comparación con otros grupos de edad, quedan estudios científicos de impacto internacional por realizar para llegar al nivel de investigación y control que se tiene de la violencia de género y el maltrato infantil.

El mayor porcentaje de maltrato se da en los domicilios y en los centros sociosanitarios, ya que los profesionales sanitarios y sociosanitarios no están lo suficientemente formados para abordar este problema, porque no conocen la existencia de los protocolos a seguir o no realizan las valoraciones/escalas necesarias para detectar posibles factores de riesgo que puedan desencadenar el maltrato. Una vez que los protocolos se utilicen de forma estandarizada en los centros sociosanitarios y atención primaria, podríamos lograr identificar los casos de maltrato, incluso evitar su aparición.

La responsabilidad de abordar este problema no solo es de la enfermería, sino que recae sobre todos los profesionales sanitarios y sociales, incluyendo psicólogos, trabajadores sociales, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, policías, etc. Incluso aquellas personas que sean testigos de algún caso o sospecha de este están obligadas a actuar.

Para lograr un mejor progreso en las investigaciones, es conveniente fijar una definición única que aclare qué es el maltrato, cuáles son sus causas, factores de riesgo y las teorías en las que nos debemos de basar para su explicación.

El desarrollo de estudios epidemiológicos da una mayor visibilidad al problema del maltrato, pero suelen basarse en muestras muy distintas y tienen resultados dispares, sería importante realizar un estudio a nivel nacional desde el ministerio de sanidad y servicios sociales para poder partir de una estadística fiable y/o verídica.

Bibliografía

1. Pérez-Rojo G, Chulián A, López J, Noriega C, Velasco C, Carretero I. Buen y mal trato hacia las personas mayores: Teorías explicativas y factores asociados. Clin Contemp [Internet]. 2017 [citado 3 de diciembre de 2018];8(e2):1-14. Disponible en: <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2017v8n1a2.pdf>
2. Teófilo Rodríguez J, González Cabezas AN, Díaz Veiga P, Rodríguez Rodríguez V. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES [Internet]. 2011 [citado 9 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.imserso.es>
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]. 21 de diciembre de 2013 [citado 9 de diciembre de 2018];141(12):522-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313000614>
4. Ho CS, Wong SY, Chiu MM, Ho RC. Global Prevalence of Elder Abuse: A Meta-analysis and Meta-regression. East Asian Arch Psychiatry [Internet]. junio de 2017 [citado 9 de diciembre de 2018];27(2):43-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28652497>
5. Botty A, Den Bruele V, Dimachk M, Crandall M. Elder Abuse. 2019 [citado 13 de enero de 2019]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.009>
6. Arellano Pérez M, Garreta Burriel M, Cervera Alemany AM. Negligencia, abuso y maltrato. Tratado geriatría para Resid. 2012;133-40.
7. Mercedes C, Lafarga T. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial Ill treatment and ageing: a psychosocial approach. Interv Psicosoc [Internet]. 2006 [citado 9 de diciembre de 2018];15(3):275-92. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n3/v15n3a03.pdf>
8. Rueda Estrada, JD.; Martín Martín F. El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional [Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales; 2011 [citado 9 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/18708>
9. Rojo GP, Horrillo AC. Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores Conceptual framework of abuse of older persons [Internet]. 2013 [citado 17 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.acpgerontologia.com/documentacion/maltratoperezrojo.pdf>
10. Blasco Romera, A.; Sánchez Fernández, J.; Bedia Méndez M. Prevalencia de sospecha de malos tratos a personas mayores en el municipio de Santander.
11. Tabueña Lafarga C-M. Los abusos a las personas mayores. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 27 de julio de 2006 [citado 27 de diciembre de 2018]; Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/handle/10803/,DanaInfo=www.tdx.cat,SSL+35697?show=full>
12. Secretaria de estado de servicios sociales e igualdad. Protocolo para la detección y actuación ante situaciones de maltrato en los centros del imserso. [Internet]. 2015 [citado 6 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_102205.pdf
13. Touza Garma C, Segura García MP, Universitat de les Illes Balears. Personas mayores en riesgo : detección del maltrato y la autonegligencia [Internet]. Universitat de les Illes Balears; 2009 [citado 3 de enero de 2019]. 190 p. Disponible en:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Ab6EFTXNln8C&oi=fnd&pg=PA11&dq=%22persona+mayor%22+and+autonegligencia&ots=wP6j8UXHih&sig=r19qloS8GTBizrPuPUe5qjG32hs#v=onepage&q&f=false>

14. Sánchez Aguadero N. Abordaje del maltrato al anciano en el ámbito doméstico. Revisión bibliográfica. *Revista Enfermería CyL* [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 9 de diciembre de 2018];7(1):27-38. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/142>
15. Schwedler A, Konopik N, Lukas Heber ·, Wellenhofer M, Oswald · Frank, Zenz G, et al. Beiträge zum Themenschwerpunkt. *Z Gerontol Geriatr* [Internet]. 2017 [citado 16 de enero de 2019];50:294-7. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00391-017-1232-4.pdf>
16. De D, Social B. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO [Internet]. [citado 1 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/ESTUDIO DE PREVALENCIA_CAST.pdf
17. de Haro Honrubia A. El estigma en la vejez. Una etnografía en residencias para mayores. *Intersecc Antropol* [Internet]. 2014 [citado 16 de enero de 2019];15:445-59. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/iant/v15n2/v15n2a12.pdf>
18. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 1 de febrero de 2017 [citado 9 de diciembre de 2018];5(2):e147-56. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X17300062>
19. Iborra Marmolejo I. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbetzuan*. junio de 2009;45(4):49-59.
20. Burnett J, Achenbaum WA, Murphy KP. Prevention and early identification of elder abuse. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2014;30(4):743-59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.013>
21. Garre-Olmo, J; Planas Pujol, X; López Pousa, S; Juvinya D, Vilá, A; Vilalta-Franch J. Prevalence and Risk Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in People Aged 75 and Older. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. mayo de 2009 [citado 2 de enero de 2019];57(5):815-22. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2009.02221.x>
22. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing* [Internet]. 1 de mayo de 2013 [citado 9 de diciembre de 2018];42(3):292-8. Disponible en: <https://academic.oup.com/ageing/article-lookup/doi/10.1093/ageing/afs195>
23. Pérez Rojo G. Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de la sospecha del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar [Internet]. Universidad autónoma de Madrid; 2008 [citado 9 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/3960>
24. Rodríguez LG, Giraldo L, Av R, San FN. Maltrato de personas mayores Revisión-Punto de vista [Internet]. Vol. 2. [citado 17 de diciembre de 2018]. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
25. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist* [Internet]. 1 de abril de 2016 [citado 9 de

- diciembre de 2018];56(Suppl 2):S194-205. Disponible en:
<https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gnw004>
26. Bravo-Segal S. Artículo Edadismo en medios masivos de comunicación: una forma de maltrato discursivo hacia las personas mayores Ageism in the Mass Media: a Way of Discursive Abuse against Older People [Internet]. Vol. 12. 2018 [citado 21 de enero de 2019]. Disponible en: www.dissoc.org
 27. Bárcena Calvo C, Iglesias Guerra JA, Galán Andrés MI, Abella Garcia V. Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. Rev Enfermería Castilla Y León [Internet]. 2009;1(1):46-52. Disponible en:
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/18>
 28. Sánchez Martínez L, María Dolores Pérez Cárceles Aurelio Luna Maldonado DD. Malos tratos a las personas mayores: percepción, conocimientos y barreras para la detección [Internet]. [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en:
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/375903/TLSM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 29. Sociales S. Protocolo para la Prevención y Abordaje del maltrato a Personas Mayores Concejalía de Familia y Servicios Sociales. 2018;
 30. Julio V, Vacarezza DM, Sosa DA. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud [Internet]. Vol. 1, Arch Med Interna 2011-XXXIII. 2011 [citado 7 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
 31. del Carmen Fernández Alonso M. MALOS TRATOS A LOS ANCIANOS [Internet]. [citado 7 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/07/ancianos.pdf>
 32. 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]. 2 de junio de 2015 [citado 9 de marzo de 2019];191:1483-8. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815028438>
 33. -Gasteiz V, Argitalpen EJ, Nagusia Z. Procedimiento de PREVENCIÓN Y DETECCIÓN de malos tratos físicos y económicos a PERSONAS MAYORES en la CAPV [Internet]. 2015 [citado 8 de marzo de 2019]. Disponible en: www.euskadi.eus
 34. Fundación general CSIC. Maltrato a personas mayores [Internet]. 2018 [citado 9 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://envejecimientoenred.es/maltrato-a-personas-mayores/>
 35. Gómez Martín M del P, Díaz Veiga P. Decálogo para el buen trato a las personas mayores. Soc Española Geiatría Y Gerontol. 2012;20.
 36. Roberto KA, Teaster PB. Theorizing Elder Abuse. En: Elder Abuse [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [citado 8 de enero de 2019]. p. 21-41. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-47504-2_2
 37. Rueda Estrada, JD.; de la Red Vega, N.; Vega García C. et al. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio [Internet]. Valladolid: Junta de Catilla y León; 2008 [citado 2 de enero de 2019]. 182 p. Disponible en:
http://www.infogerontologia.com/documents/maltrato/maltrato_mayores_castillaleon.pdf
 38. Eu. Yuly Adams C. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de enero de 2012 [citado 9 de diciembre de 2018];23(1):84-90. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702778>

39. Calzada Palacios L. El maltrato en el adulto mayor / Abuse in elderly. Cantabria; 2018.
40. Teresa Torres Prados Isabel M^a Estrella González M. Sensibilización y detección del maltrato en el anciano. Hacia una atención primaria adaptada a los mayores [Internet]. Vol. 80, ORIGINALES. 2015 [citado 2 de febrero de 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n3/02_originales_01.pdf

Anexos

Anexo 1. Modelos y teorías aplicados al maltrato a las personas mayores.

Modelo situacional: se trata de una de las principales teorías formuladas para explicar el maltrato a las personas mayores, se basa en tres factores situacionales, aquellos que afectan a la persona maltratada (estado de salud, personalidad, grado de dependencia), los que afectan al cuidador (agotamiento, crisis vitales, experiencias de violencia previas, consumo de tóxicos, desempleo) y los que dependen del medio (dificultades económicas, problemática social).

Si es cierto que existe alguna carencia en este modelo, ya que dentro de los distintos factores no se considera que las distintas personas pueden tener distintos resultados en los indicadores que se estudian.

Los diferentes estudios enfocados a este modelo son muy variados, y se basan en las semejanzas entre este tipo de maltrato con el maltrato infantil, por lo que se podría considerar un modelo para la población envejecida con la que trabajamos.

Modelo ecológico: se considera como el modelo principal para la explicación de la violencia hacia los mayores, según la OMS. Este modelo, como el situacional, ha sido utilizado para explicar el maltrato en otros grupos vulnerables.

Contempla las relaciones intergeneracionales entre padres e hijos para basarse en ellas y realizar planes de prevención e intervención, consiguiendo así un mejor estado de salud en el núcleo familiar en una sociedad envejecida.

Cuando trabajamos con este modelo, estamos trabajando desde una perspectiva bi-focal, centrándonos tanto en los padres como en los hijos y en sus relaciones interpersonales, biológicas, socioculturales, económicas, políticas, físicas e históricas entre otras, además de valorar su evolución en el tiempo.

Gracias a este modelo se puede asociar el maltrato a otras características que se extienden más allá de los factores personales y ambientales, entrando en juego el área sociocultural. Los profesionales podemos analizar mejor los distintos factores de riesgo según el marco que se crea como resultado de la relación personal del núcleo familiar.

Modelo Patológico: es un modelo que se basa en las características del maltratador. Estas personas pueden plantear cambios de conducta disminuyendo su capacidad para tomar decisiones a la hora de prestar cuidados a la persona que depende de este.

Por ejemplo, puede llegar a situaciones de violencia secundarias a la necesidad económica que causa la drogodependencia o ludopatía. También se pueden ver momentos de tensión derivados de cursos agudos de problemas mentales del responsable de la persona mayor.

Siguiendo este modelo, podríamos decir que este maltrato se puede evitar tratando al cuidador/a, favoreciendo un buen estado de salud en este y así unos buenos cuidados hacia la persona dependiente.

Teoría del intercambio social: basada en la relación castigo-recompensa entre, como mínimo, dos personas que existe en las diferentes relaciones sociales que comparten. Ambos buscarán maximizar esas recompensas y minimizar los castigos para conseguir una relación satisfactoria. Algunas situaciones que se entienden como recompensas, según esta teoría, pueden ser la prestación de servicios y/o recursos tanto económicos como sociales.

Teoría de la dependencia: la sociedad entiende que una persona es más susceptible de sufrir maltrato cuanto más dependiente es, puede serlo en varias esferas (física, económica, emocional, psicológica, etc.) y no se tienen recursos para proporcionar los cuidados necesarios.

En esta idea se basa esta teoría, pero bien es cierto que no todos los mayores dependientes sufren maltrato, con lo que no se puede tratar como una asociación evidente.

Teoría basada en las demandas excesivas o del estrés interno: esta teoría es una de las más conocidas por los profesionales sanitarios. Se basa en la respuesta de los cuidadores al aumentar los niveles de estrés producidos por una mayor necesidad de cuidados que tiene la persona mayor.

Al ser una de las teorías más conocidas, existen varias estrategias a seguir orientadas hacia esta, como disminuir la carga de estrés de los cuidadores principales previniendo así la aparición de los malos tratos.

Teoría de la economía crítica y política del envejecimiento: Esta teoría centra el maltrato al mayor como una respuesta de la sociedad hacia este grupo vulnerable.

Los problemas que plantea la teoría no son secundarios a cambios fisiológicos ni relaciones sociales negativas, sino que dependen de las limitaciones impuestas gubernamentalmente como las prejubilaciones, la obligatoriedad de la jubilación a una determinada edad, cuando la persona puede seguir realizando su trabajo, cobrar una pensión que en el tiempo disminuye respecto a su salario, la marginación de este grupo, barreras arquitectónicas del entorno doméstico y sus alrededores.

Transmisión intergeneracional de la violencia: Esta teoría es utilizada en varios tipos de maltrato, hablando del infantil y de género; aquí nos centramos en la violencia que se aprende en el núcleo familiar y cómo puede producir un comportamiento violento en un futuro.

El maltrato consecuente a violencia inversa se puede observar en circunstancias donde la persona maltratadora ha sido víctima anteriormente, bien en la infancia o con su pareja.

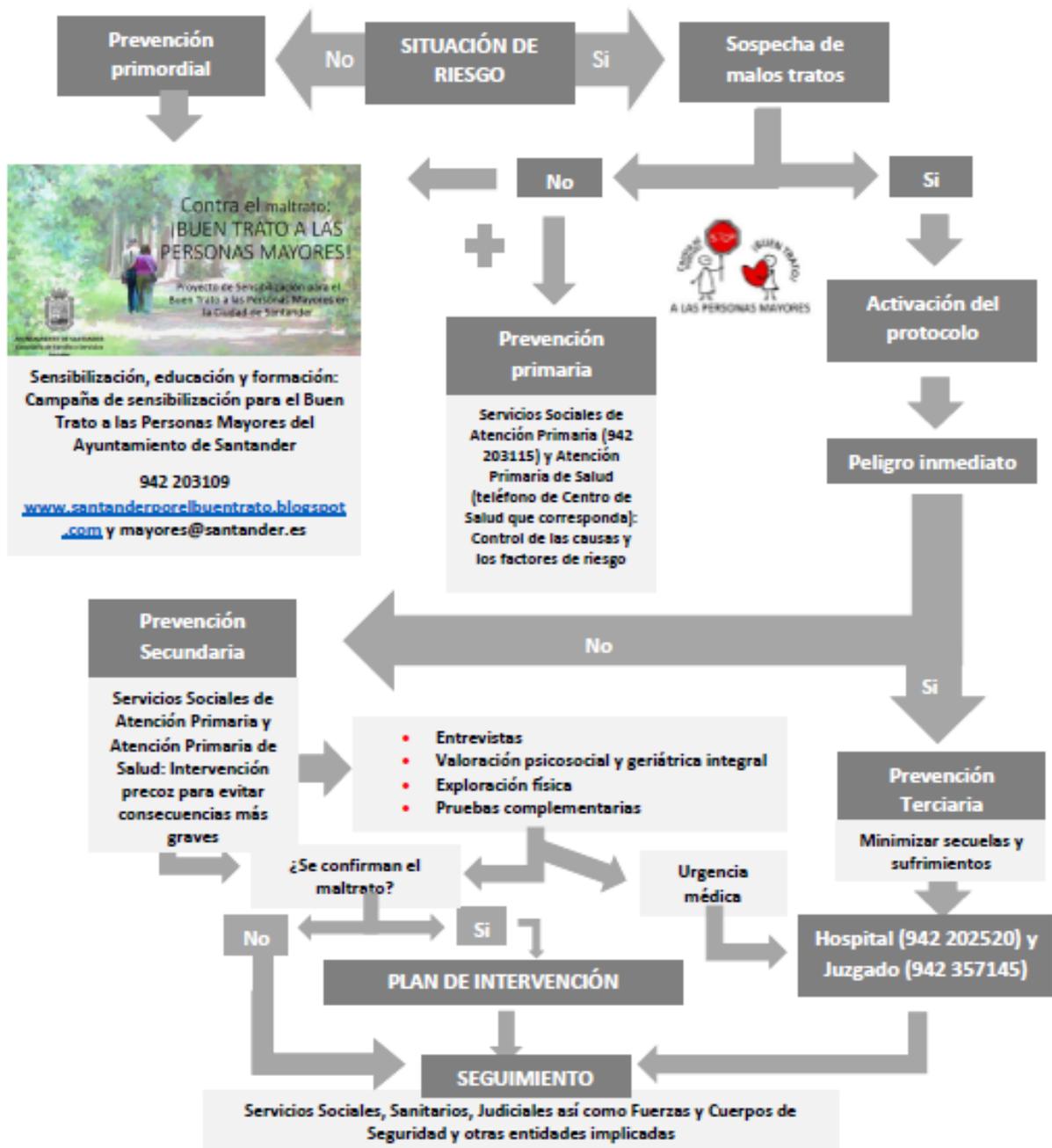
Anexo 2. Algoritmo para la actuación en situaciones de maltrato en la ciudad de Santander.



AYUNTAMIENTO DE SANTANDER
CONCEJALÍA DE FAMILIA Y
SERVICIOS SOCIALES



Algoritmo para la actuación en situaciones de maltrato en la ciudad de Santander



Anexo 3. Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctima de malos tratos.

Elder abuse

Table 1. Risk factors for elder abuse

	Total studies with quality score $\geq 5/8$	Total studies with quality score $\leq 4/8$
Elder person		
Age		
≥ 75	●●●●●●	●●
< 75	●●	●●
Gender		
Female	●●●●●●	●
Male	●●	●
Ethnicity	●●●●●●	
Income/wealth		
Low	●●●●●●	●●
Marital status		
Married		●
Separated, divorced, single	●	
Cognitive impairment	●●●●●●	●●●●●●
Behaviour (provocative/aggressive/resists care)	●●●●●●●●	●●●●●●
Functional dependency		
Higher	●●●●●●●●	●●●●●●●●
Lower		●●●
Incontinence (bladder/bowel)	●	
Loneliness	●	●●
Psychiatric illness or psychological problems	●●●●●●●●	●●●●●●●●
Alcohol use	●●	
Poor physical health or frailty	●●●●●●	●●●●●●
Education level		
Low	●●	●
Secondary/higher	●●	
Trauma or past abuse	●●●●	●
Personality traits	●●●●	●●
No regular doctor	●	
Perpetrator		
Age		
Younger caregiver	●	
Gender		
Female	●●	
Male	●	
Ethnicity	●	
Cognitive impairment	●	●
Psychiatric illness or psychological problems	●●●●●	●●●●●●●●●●
Drug or alcohol use, or gambling	●●	●●●●●●●●●●
Financial difficulties or unemployed	●	●●●●●●●●
Personality traits	●●●●	●
Caregiver inexperience	●	●
Caregiving reluctance/giving up work	●	●●
Caregiving burden or stress	●●●●●●	●●●●
Functional dependency on the elder person		●
Trauma or past abuse	●	●
Health problems		●
History of violence/behaviour problems	●	●
Relationship		
Family disharmony, poor or conflictual relationships	●●●●●●	●●●●●●●●●●
Poor understanding/unrealistic expectations	●	●●●
Environment		
Low social support	●●●●●●●●	●●●●●●●●●●
Living		
Alone	●	●●
With others	●●●●●●	●●
Residence		
Urban	●	
Rural	●	

This table is a summary of Supplementary data available in *Age and Aging* online, Appendix S1.

Anexo 4. Cuestionario de Ayuda al Profesional de Enfermería de Atención Primaria para la Detección del Maltrato en las Personas Mayores.

1. Población diana	<ul style="list-style-type: none"> • Población a partir de los 65 años • Cuidadores de personas mayores dependientes, cuidadores informales y/o cuidadores familiares 																	
2. Uso	<ul style="list-style-type: none"> • Método/herramienta de cribado para la detección del maltrato en personas mayores de 65 años en atención primaria de salud 																	
3. Peculiaridades del cuestionario: se trata de un cuestionario que se divide en dos partes	<p>1.ª Parte</p> <p>Cuestionario cuidador, cuidador informal o cuidador familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heteroadministrado (el cuestionario lo administra el profesional de enfermería al cuidador, familiar cuidador y/o cuidador informal) • Constará de 5 ítems, con unos valores en cada uno de los ítems que oscilan del 0 al 5, es decir: 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre • Interpretación de los resultados: 0 No hay maltrato 0-5 Abandono 6-10 Sospecha 11-15 Probabilidad 16-20 Existe certeza de la existencia de abuso 21-25 Hay maltrato 																	
	<p>2.ª Parte</p> <p>Cuestionario usuario o persona mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoadministrado (solo puede rellenarlo el paciente. En el caso de ser analfabeto, será el profesional sanitario quien le ofrezca un cuestionario opcional con imágenes). • Constará de 10 ítems, con unos valores en cada uno de los ítems que oscilan del 0 al 5, es decir: 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre • Interpretación de los resultados: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Número del ítem</th> <th>Valor de la respuesta</th> <th>Existencia de...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-2</td> <td>3-4 o 5</td> <td>Maltrato psicológico</td> </tr> <tr> <td>3-4</td> <td>3-4 o 5</td> <td>Maltrato sexual</td> </tr> <tr> <td>5-6</td> <td>3-4 o 5</td> <td>Maltrato o abuso financiero</td> </tr> <tr> <td>7-8</td> <td>3-4 o 5</td> <td>Negligencia o abandono</td> </tr> <tr> <td>9-10</td> <td>3-4 o 5</td> <td>Maltrato físico</td> </tr> </tbody> </table>	Número del ítem	Valor de la respuesta	Existencia de...	1-2	3-4 o 5	Maltrato psicológico	3-4	3-4 o 5	Maltrato sexual	5-6	3-4 o 5	Maltrato o abuso financiero	7-8	3-4 o 5	Negligencia o abandono	9-10	3-4 o 5
Número del ítem	Valor de la respuesta	Existencia de...																
1-2	3-4 o 5	Maltrato psicológico																
3-4	3-4 o 5	Maltrato sexual																
5-6	3-4 o 5	Maltrato o abuso financiero																
7-8	3-4 o 5	Negligencia o abandono																
9-10	3-4 o 5	Maltrato físico																
OTROS VALORES																		
<p>a) Si la opción de respuesta es 0, no existe maltrato. b) Si la opción de respuesta es 1, sospecha de maltrato. c) Si la opción de respuesta es 2, probabilidad de maltrato.</p> <p><small>Nota: Siempre como asistencia, probabilidad o sospecha de maltrato, porque los profesionales de enfermería, basados en el marco legal de sus competencias profesionales, no está incluido en ellas diagnosticar un caso de maltrato; pero sí, debemos recurrir al trabajo en equipo multidisciplinar que combata los datos obtenidos y desarrolle sus competencias profesionales correspondientes o no labor dentro del equipo multidisciplinar en el abordaje del maltrato en el anciano.</small></p>																		
APARTADO "OBSERVACIONES" DEL CUESTIONARIO																		
<p>Esta parte es fundamental para recoger más información sobre cuidador y persona mayor, argumentar y determinar la actuación a seguir una vez tengamos los resultados del test. En ella realizaremos un proceso de valoración constante y dinámica, que nos ayudará a valorar aspectos físicos, sociales, comportamientos, sentimientos, etc.</p>																		
FORMATO DEL CUESTIONARIO																		
<p>Nombre del cuidador: Edad: Parentesco:</p> <p>Nombre del paciente: Edad: Grado de dependencia:</p> <p>Nombre del enfermero/a:</p> <p>Fecha: Unidad/Centro:</p>																		

Primera parte: cuidador formal, informal y/o familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cree que necesita ayuda para el cuidado de (nombre de adulto mayor o persona dependiente)? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 2. Cuando invierte tiempo en el cuidado de (nombre de adulto mayor o persona dependiente), ¿cree que es excesivo y que le resulta el trato difícil a diario? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 3. ¿Se preocupa de que reciba asistencia médica y siga el tratamiento pautado? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 4. ¿Se preocupa de ofrecer a (nombre de adulto mayor o persona dependiente) los cuidados básicos, es decir, aseo, acicalamiento, seguimiento adecuado de la dieta, correcta administración de su medicación,...)? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 5. ¿Piensa que (nombre de adulto mayor o persona dependiente) es una carga para su día a día? ¿Se siente cansado/a o desmotivado/a a la hora de desarrollar los principales cuidados? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre
Segunda parte: usuario o persona mayor	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El diálogo con las personas de su entorno es problemático? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 2. ¿Habitualmente las personas de su entorno lo infravaloran y usan un vocabulario despectivo hacia su persona? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 3. ¿Alguna vez (en los últimos meses) alguien ha intentado realizarle algún tipo de tocamiento sin su consentimiento? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 4. ¿Recientemente ha percibido en su entorno algún comportamiento sexual hacia usted con el que se haya sentido incómodo? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 5. ¿Recientemente alguien ha intentado apropiarse de alguna cosa de usted? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 6. ¿Alguna vez le han obligado a firmar algún documento contra su voluntad? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 7. ¿Está solo/a la mayor parte de los días de la semana? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 8. ¿Se asea y come todos los días a sus horas, tomando su medicación? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 9. ¿Habitualmente le empujan, golpean o zarandean? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre 10. ¿Generalmente se encuentra seguro y libre de peligros en su vivienda? 0 Nunca 1 Rara vez 2 Alguna vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre
Puntuación final	a) CUESTIONARIO CUIDADOR (formal, informal y/o familiar): b) CUESTIONARIO USUARIO O PERSONA MAYOR: Observaciones:

Anexo 5. Cuestionario de prevención y detección de factores de riesgo de malos tratos físicos y económicos.

• **INSTRUCCIONES**

El cuestionario siguiente forma parte del procedimiento validado por el Gobierno Vasco para la prevención, detección e intervención en situaciones de malos tratos sufridos por una persona MAYOR DE 65 AÑOS.

El objetivo del mismo es identificar a la población mayor de 65 años en situación de vulnerabilidad o de riesgo de sufrir malos tratos, especialmente aquellas personas mayores de padecen una situación de dependencia para sus actividades de la Vida diaria.

Le pedimos que usted COMPLETE LA SIGUIENTE TABLA de factores de riesgo DESPUÉS DE PRESTAR SU ATENCIÓN a una persona mayor. No es necesario que usted explore nada diferente a lo que haría en una intervención o asistencia habitual. Solo debe de realizar la observación y completar el cuestionario UNA VEZ CON CADA PERSONA, independientemente del número de días o veces que le preste atención. Le pedimos un esfuerzo para que no deje de hacerlo en ningún caso si la persona ES MUJER, MAYOR DE 80 AÑOS Y ESTÁ EN UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Si la persona presenta dos o más factores de riesgo en alguno de los ámbitos (físico y económico) o en ambos, se evaluará posteriormente de manera explícita si existen o no indicadores de malos tratos físicos o económicos.

FECHA EN QUE SE REALIZA LA OBSERVACIÓN _____

PROFESIONAL QUE REALIZA LA OBSERVACIÓN (Nombre, apellidos y profesión) _____

LUGAR DONDE SE PRESTA LA ATENCIÓN O INTERVENCIÓN _____

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA MAYOR (Sexo/año-mes-día de nacimiento/dos primeras letras del primer y del segundo apellidos). (Ejemplo: María Bilbao García con fecha de nacimiento 12-06-1940; la clave de identificación será mujer/400612/BIGA)

GRADO DE DEPENDENCIA DE LA PERSONA MAYOR (Si la conoce bien por la valoración del Barthel, bien por la valoración Foral de la Dependencia)

0 (no es dependiente)

1

2

3

NO SE

Malos tratos FÍSICOS			
FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTA LA PERSONA MAYOR	SI	NO	NO SE
Aislamiento o soledad grave no deseada y debilidad de la red social			
Deterioro cognitivo unido a alteraciones de conducta que dificultan el cuidado y la atención			
Dependencia física y emocional de la persona mayor respecto del cuidador/a			
Escasa higiene o ropa inadecuada			
FACTORES DE RIESGO EN EL ENTORNO DE LA PERSONA MAYOR	SI	NO	NO SE
Mala organización del cuidado (múltiples cuidadores sin coordinación, tiempos sin cuidador...)			
Episodios actuales o pasados de convivencia conflictiva entre la persona mayor y las personas con quien convive (historia previa de conflicto entre persona mayor y su cuidador/a principal, representantes no elegidos por la persona mayor, evidentes conflictos de intereses o de valores...)			
El o la cuidadora principal encuentra limitaciones personales para el cuidado de la persona (relacionados con sobrecarga, padecer trastornos psicopatológicos, consumo abusivo de alcohol u otras toxicomanías...)			
Hostilidad de la persona mayor hacia él o la cuidadora o la persona con quien convive y déficit de este en las estrategias del manejo			
Persona mayor atendida por profesionales desmotivados/as, mal pagados, con bajo salario, burnout...			
OBSERVACIONES: Otros Riesgos, comentarios respecto a su situación física...			

Malos tratos ECONÓMICOS			
FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTA LA PERSONA MAYOR	SI	NO	NO SE
Desconocimiento de su situación económica personal y preocupación por ello			
Deudas cuando se presupone que tiene capacidad económica suficiente para afrontar sus gastos			
Donaciones y transmisiones de bienes			
FACTORES DE RIESGO EN EL ENTORNO DE LA PERSONA MAYOR	SI	NO	NO SE
Dependencia muy alta de los recursos económicos de la persona mayor			
Antecedentes de conflictividad por cuestiones financieras			
Exagerado interés del o la cuidadora por hacerse cargo de la persona mayor			
OBSERVACIONES: otros riesgos, comentarios respecto a su situación económica...			

Le recordamos que si ha observado dos o más factores de riesgo en alguno de los aspectos (físico, económico) o en ambos (2 o más en cada aspecto) se realizará una valoración de los indicadores de malos tratos más exhaustiva que explore el estado físico y las relacionales de la persona mayor.

NO OLVIDE: Si ha observado 2 o más factores de riesgo en alguno de los dos aspectos y considera que debe de dar información de los datos de identificación de la persona a algún profesional que no sea de su propio ámbito (sanitario, social) para que complete la exploración de indicadores no olvide solicitar el consentimiento de la persona para dar SOLO sus datos de identificación y localización para que puedan ponerse en contacto con ella. (Va en hoja aparte)

Ha prestado consentimiento

si

no

Anexo 6. Decálogo para dar buen trato a las personas mayores

1- Respetar, por derecho y con deberes.

Preserve los derechos y libertades en el ámbito público y privado. Como persona adulta, sin discriminación por razón de edad, de enfermedad, dependencia o discapacidad, ideología, nivel cultural o económico, creencias religiosas o lugar de residencia, desde el respeto y la protección a situaciones de especial vulnerabilidad. Derecho está unido a deberes, las personas mayores son protagonistas y tienen la responsabilidad de practicar el Buen Trato.

2- Cumplir con los principios bioéticos.

En el desarrollo vital, en la atención y cuidados, garantizar los principios de:

- No maleficencia: no provocar daño, respetar la integridad física y psicológica.
- Justicia: reparto equitativo, dar a cada uno lo suyo, evitar la segregación, la discriminación y la marginación.
- Autonomía: mantener la capacidad de tomar las decisiones propias.
- Beneficencia: hacer el bien, siempre en relación con el principio de autonomía.

3- Garantizar el bienestar y la calidad de vida.

Disponer de condiciones adecuadas a las condiciones de vida en relación con el hogar, a la comunidad, garantía de prestaciones, salud, integración social, con la familia, amigos y entorno, el estado de salud, la seguridad, la educación, el control personal y la posibilidad de elección.

4- Informar, comunicar, valorar

Escuche, pregunte, dé sentido y valor a lo que le transmite la persona mayor, emociones y preocupaciones. Confirme que la persona mayor ha comprendido la conversación y la información que le ha dado.

5- Preservar la identidad y dignidad personales

Respete su opinión, costumbres, hábitos siempre que sean saludables, ofrézcale ayuda, alternativas, pero permita que decida por sí mismo, preserve su identidad personal, y garantice el apoyo a la dignidad en la relación y atención a las personas mayores.

6- Adaptar y reforzar

Utilice la empatía, tenga en cuenta la situación de salud en su más amplio sentido: en las áreas clínica, funcional, mental, emocional, sensorial, social, familiar y espiritual. Ofrezca medidas que compensen los déficits, busque recursos adecuados. Valore los logros, motivele para realizar las actividades por sí mismo.

7- Formar, animar a aprender

El Buen Trato a las personas mayores hace imprescindible la formación en el proceso de envejecer, en la promoción del envejecimiento activo y saludable, en la prevención de la dependencia, en el abordaje y tratamiento de síndromes geriátricos, en el saber valorar sus enfermedades y sus necesidades, y explorar sus preocupaciones, sus miedos, etc.

8- Proporcionar acompañamiento y presencia

Evite situaciones de aislamiento. Regale tiempo para disfrutar y compartir momentos. Hágase presente, aportará seguridad y mantendrá a la persona mayor en contacto con la realidad.

9- Facilitar el acceso a las nuevas tecnologías

Desarrollar estrategias que faciliten el acceso, la formación y la creación de dispositivos que acerquen a las personas mayores a la tecnología de la información y de la atención, en la investigación y desarrollo, teniendo en cuenta sus necesidades, posibles dificultades sensoriales, de acceso y utilización.

10- Pedir ayuda

Si la dedicación a los cuidados le produce sobrecarga pida ayuda, a su familia, a los profesionales de salud y servicios sociales. En ocasiones, la sobrecarga puede llevar a situaciones de posible trato inadecuado a la persona, por lo que es indispensable mantener una actitud positiva, saludable y con apoyos formales e informales.

Anexo 7. Decálogo para recibir buen trato

1- Usted es importante, haga que los demás lo sepan

Reconózcase el valor social, moral y la dignidad que tiene, mantenga el interés por lo que le rodea, siéntase un valor activo, por lo que ha sido y es, protagonista de la experiencia, valores y principios que benefician a la familia y a nuestra sociedad. Sea usted el primero en ofrecer Buen Trato.

2- Usted elige, usted decide

No permita que los otros decidan por usted, pida opinión, infórmese, exprese sus necesidades e intereses, tome sus propias decisiones, participe en el plan de cuidados y tratamientos, realice el testamento vital/voluntades anticipadas, como garantía de respeto a su decisión individual.

3- Conéctese con el mundo

Evite aislarse, mantenga relación con la familia, vecinos, amigos; utilice los recursos, sanitarios, sociales y tecnológicos para estar en contacto con otras personas, con la realidad social y cultural que le rodea; participe en las actividades del entorno comunitario.

4- Cuide su salud

Siga las recomendaciones de los profesionales de la salud como medida preventiva de la enfermedad y la dependencia. Solicite la valoración de especialistas formados en Geriátrica y Gerontología, y en situaciones de enfermedades avanzadas al final de la vida, profesionales con formación en cuidados paliativos.

5- Participe, su opinión cuenta

Hágase visible en el entorno, en la comunidad, en los medios de comunicación. Transmita los valores, la experiencia y la representatividad que merecen las personas mayores en nuestra sociedad, y no permita que vejez sea sinónimo de pasividad, inactividad y/o enfermedad.

6- No deje de aprender

Aprender a lo largo de la vida es un proceso que no tiene final, mantener el deseo de aprender es una característica que muestra la ilusión e interés por adquirir nuevos conocimientos, manejar nuevas tecnologías; defienda el aprendizaje en los diferentes programas de formación, municipales, autonómicos y universitarios.

7- Reclame sus derechos

La persona mayor tiene derecho a que los recursos y servicios se adapten a su situación y no a la inversa. Tiene derecho a disponer de recursos domiciliarios o de ingreso en los centros adecuados a su situación y preferencias, que garanticen los cuidados y atención necesarios, priorizando el deseo de la persona mayor y las posibilidades de los cuidadores.

8- Defienda su derecho a vivir más y mejor

No se conforme, solicite la mejora de sus condiciones de vida, que le aporten satisfacción y que le proporcionen bienestar físico, psicológico, emocional, social y espiritual, garantizando el respeto, la dignidad.

9- Pregunte, escuche

Exprese su opinión, respete y valore al otro, pida ayuda cuando sea necesaria, exprese cómo quiere ser tratado y agradezca y felicite, cuando sea necesario

10- Contra el trato inadecuado o el maltrato: identifique, actúe y denuncie

Identifique las situaciones que no son Buen Trato; si sucede en el ámbito doméstico, informe a los profesionales de la salud y los servicios sociales. Si se produce dentro de una institución o centro, utilice además los sistemas de reclamación, la comunicación con los profesionales del centro y la denuncia, si existe maltrato.

Si como familiar, vecino o profesional detecta situaciones de riesgo, trato inadecuado o posible maltrato, no mire a otro lado, informe.

Pida ayuda a los agentes seguridad ciudadana y/o utilice los dispositivos de atención.