



UNIVERSIDAD DE CANTABRIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

EL MALTRATO EN LOS ANCIANOS:

**teorías, factores de riesgo, consecuencias y papel de la
enfermería en su prevención.**

ELDER ABUSE:

theories, risk factors, consequences, and the nursing role in its prevention.

Autora: María Alonso Fernández-Martos.

Directora: Aída de la Fuente Rodríguez.

Curso 2021-2022.

AVISO DE RESPONSABILIDAD DE UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

“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.”

CONTENIDO

1. RESUMEN/ABSTRACT Y PALABRAS CLAVE/KEY WORDS	1
1.1. RESUMEN	1
1.2. PALABRAS CLAVE	1
1.3. ABSTRACT.....	1
1.4. KEY WORDS	1
2. INTRODUCCIÓN	2
2.1. JUSTIFICACIÓN.....	3
2.2. OBJETIVOS.....	4
2.3. METODOLOGÍA.....	4
2.4. DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS.....	4
3. CAPÍTULO I: TEORÍAS SOBRE EL MALTRATO Y FACTORES DE RIESGO.	5
3.1. TEORÍAS DEL MALTRATO	5
3.2. FACTORES DE RIESGO	6
3.3. FACTORES DE RIESGO: CÓMO LA PANDEMIA HA AGRAVADO LA SITUACIÓN	7
4. CAPÍTULO II: CONSECUENCIAS DEL MALTRATO EN LAS PERSONAS MAYORES	9
4.1. CONSECUENCIAS FÍSICAS Y MORTALIDAD	9
4.2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS.....	11
4.3. VISITAS HOSPITALARIAS.....	12
5. CAPÍTULO III: PREVENCIÓN Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA.	12
5.1. PREVENCIÓN PRIMARIA.....	12
5.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA	12
DETECCIÓN.....	13
COORDINACIÓN	14
VALORACIÓN	15
INTERVENCIÓN	15
5.3. PREVENCIÓN Terciaria	15
5.4. SEGUIMIENTO	16
6. CONCLUSIONES	17
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
8. ANEXOS	24

1. RESUMEN/ABSTRACT Y PALABRAS CLAVE/KEY WORDS

1.1. RESUMEN

El descenso de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, ha provocado un envejecimiento de la población mundial y se prevé que en el año 2050 haya 1100 millones más de personas mayores de 60 años que en el 2015. Por consiguiente, ha incrementado la prevalencia del maltrato en los ancianos – ya sea físico, sexual, psicológico, económico, invisible o negligencia – a pesar del desarrollo de estudios, proyectos y movimientos contra él.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es definir los tipos de maltrato, poner de manifiesto las teorías que deducen las razones por las cuales se produce el maltrato en los ancianos, así como los factores de riesgo para ser una víctima y para ser maltratador. Está comprobado que las situaciones estresantes provocan una mayor violencia por parte de los cuidadores por lo que la pandemia por SARS-CoV-2 y el estrés que esta ha causado ha empeorado la situación. También se objetivan las consecuencias físicas y psicológicas que el maltrato puede provocar en la persona mayor. Por último, se determinan los distintos niveles de prevención, así como las acciones que los distintos profesionales – entre ellos se hace hincapié en el papel de la enfermería – han llevado a cabo para prevenir, resolver y detectar los casos de maltrato.

1.2. PALABRAS CLAVE

Maltrato en anciano; factores de riesgo; consecuencias; prevención; enfermería.

1.3. ABSTRACT

The decrease in birth rate and the increase in life expectancy, have caused an aging of the world population and it is expected that in year 2050 there will be 1100 million more people over 60 years old than in 2015. Consequently, the prevalence of elder abuse has multiplied – being it physical, sexual, psychological, economic, invisible or negligence – despite the development of studies, projects and movements against it.

The aim of this bibliographic review is to define the types of abuse, to highlight the theories that deduce the reasons why the elder abuse occurs, as well as the risk factors to become a victim or an abuser. It is proven that stressful situations cause greater violence by caregivers, which is why the SARS-CoV-2 pandemic and the stress that it has produced have worsened the situation. It is also objectified the physical and psychological consequences that elder abuse can bring about. At last, the levels of prevention are determined, as well as the actions that different professionals – among them the role of nurses is emphasized – must perpetrate to prevent, resolve and detect cases of abuse.

1.4. KEY WORDS

Elder abuse; risk factors; consequences; prevention; nursing.

2. INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad en la que hay menor número de personas menores de 5 años que de 60. Ello se debe a la mejora de la calidad y esperanza de vida – disminuye la mortalidad –, los avances sanitarios y el descenso de la natalidad.

En España, en 2019, las personas mayores de 65 años suponían alrededor del 19% de la población; de ellas, el 29´93% eran dependientes. Se estima que, solamente en esta década, los mayores de 60 años compondrán el 34% de la población mundial y en 2050, supondrán 2000 millones de personas – cuando en 2015 había 900 millones (1–4).

Años	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2016
Total	34,8	41,7	41,2	50,0	50,1	62,1	69,9	72,4	75,6	76,9	79,3	82,1	83,1
Hombres	33,9	40,9	40,3	48,4	47,1	59,8	67,4	69,6	72,5	73,4	75,9	79,0	80,3
Mujeres	35,7	42,6	42,1	51,6	53,2	64,3	72,2	75,1	78,6	80,5	82,7	85,0	85,8

Tabla 1: Esperanza de vida al nacer en años en España 1900-2016. Datos del Instituto Nacional de Estadística (2).

Si ya en 2017 se estimaba que 1 de cada 6 personas mayores era maltratada, el aumento progresivo de la población envejecida y la situación actual de la pandemia por SARS-CoV-2; han aumentado estas cifras (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (5) definió en la declaración de Toronto de 2002 el maltrato en ancianos – considera así a las personas mayores de 60 años (3) – como “todo acto aislado o reiterado, o la omisión de una intervención adecuada, en el contexto de una relación en la que existen expectativas de confianza y que causa perjuicio o angustia a una persona de edad avanzada”.

Podemos distinguir entre distintos tipos:

ABUSOS:

- *Abuso físico:* “Actos llevados a cabo con la intención de causar un dolor o lesión física a una persona mayor como: empujar, agarrar, abofetear, pegar, asaltar con una arma u objeto lanzado”. Es la forma de maltrato más visible (6) aunque los cambios producidos en la piel debido a la edad o a la medicación pueden imitar las consecuencias del maltrato físico, lo cual dificulta la diferenciación (7).
- *Abuso sexual:* “Contacto no consentido de cualquier tipo con una persona mayor”. Las personas con deterioro cognitivo – a las cuales se les puede olvidar el/los episodio/s de abuso – y los más débiles físicamente – tienen menos fuerza – son los más vulnerables a este tipo de maltrato (8).
- *Abuso psicológico:* “Actos llevados a cabo con la intención de causar un daño o lesión emocional” (9).
- *Abuso económico:* “Uso ilegal de fondos, propiedades u otros recursos de la persona mayor” (1).

NEGLIGENCIA: “El rechazo o fracaso del responsable de los cuidados de una persona mayor dependiente de asistirle en las actividades básicas de la vida diaria o de proporcionar comida, ropa, cobijo y ayuda médica. Incluye también el abandono”. Puede ser abandono activo/intencionado o pasivo/inintencionado – por el desconocimiento o la incompetencia del cuidador –. Sin embargo, si la falta de atención médica es severamente inadecuada, pasa de

considerarse negligencia a maltrato físico. Distinguimos entre negligencia física, psicológica y económica. (6,7)

Tipo de maltrato	Maltrato a las personas de edad en entornos comunitarios	Maltrato a las personas de edad en entornos institucionales	
	Notificado por personas de edad	Notificado por personas de edad y sus representantes	Notificado por trabajadores
Prevalencia general	15,7 %	No hay suficientes datos	64,2%, o dos de cada tres trabajadores
Maltrato psicológico:	11,6 %	33,4 %	32,5 %
Maltrato físico:	2,6 %	14,1 %	9,3 %
Abuso financiero:	6,8 %	13,8 %	No hay suficientes datos
Desatención:	4,2 %	11,6 %	12,0 %
Abuso sexual:	0,9 %	1,9 %	0,7 %

Tabla 2: Estimación del porcentaje de personas mayores que han sufrido maltrato clasificados según el tipo. Tabla obtenida del artículo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada a partir de los datos de 52 estudios de 28 países en 2017 (5).

MALTRATO INVISIBLE: Se da especialmente en las personas mayores institucionalizadas:

- *Infantilización:* “Tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.”
- *Despersonalización:* “Proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente.”
- *Deshumanización:* “Ignorar al anciano y despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidades de su propia vida.”
- *Victimización:* “Ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales.”(10)

Aunque esta es la “clasificación occidental” de los tipos de maltrato, hay otros países del mundo, sobre todo en África, que incluyen en esta clasificación las acusaciones de brujería – cuando hay un evento adverso en una población se suele atribuir a una anciana viuda. En la República Unida de Tanzania, son asesinadas 500 viudas al año por sospecha de brujería –, el “levirato” – obligar a la mujer viuda a casarse con el hermano de su marido – o el “maltrato infligido por los sistemas” – hace referencia a la falta de humanización e inclusión del anciano por los distintos servicios del gobierno (11).

2.1. JUSTIFICACIÓN

El maltrato en los ancianos es un problema mundial que está en incremento y que tiene impacto tanto a nivel personal y familiar, como en el sistema sanitario. He consultado artículos y estudios que parten de los 60 años para hablar de ancianos (aunque habrá algunos que utilicen otra edad, como por ejemplo los 65 años).

He decidido realizar mi Trabajo de Fin de Grado sobre el maltrato en personas mayores de 60 años ya que durante mis prácticas en medicina interna tuve la oportunidad de ver cómo algún

paciente mayor no era tratado de forma adecuada por sus familiares. Es por ello por lo que he querido aprender sobre los tipos, factores de riesgo, signos ... y cómo actuar ante una potencial situación en la que una persona mayor sea maltratada. A pesar de utilizar como punto de partida los 60 años, he mencionado artículos y estudios que consideran otras edades, como los 65 años por ejemplo, como edad de comienzo del envejecimiento.

Este trabajo busca hacer una revisión bibliográfica de los estudios y artículos que permitan reconocer los factores de riesgo y las causas del maltrato para formar al personal sanitario sobre la prevención, la detección y el tratamiento. De esta forma se podrían dirigir intervenciones para que la persona maltratada sea capaz de comunicarlo o para que los maltratadores – que en el 90% de los casos son familiares de la víctima (7) – tengan mejores herramientas para hacer frente a las situaciones que les predispongan a ello.

2.2. OBJETIVOS

Objetivo general: Determinar los factores que influyen en el maltrato hacia las personas mayores de 60 años, así como sus consecuencias y el papel de la enfermería en la prevención, detección y actuación de estas situaciones.

Objetivos específicos:

- Analizar las teorías sobre el maltrato en ancianos.
- Estudiar los factores de riesgo para ser víctima de maltrato y maltratador de personas mayores de sesenta años.
- Identificar las consecuencias físicas y psicológicas que el maltrato supone para la persona mayor.
- Exponer las intervenciones para prevenir el maltrato y el abordaje de enfermería.

2.3. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el maltrato en ancianos. Para ello se han buscado artículos y estudios en diferentes bases de datos– como *PubMed*, *Elsevier*, *SciELO* y *Google Académico* a las que se ha accedido a través de la Biblioteca digital de la Universidad de Cantabria – utilizando las palabras clave (maltrato en anciano, factores de riesgo, consecuencias, prevención y enfermería) – según los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH) e intercalándolos con los booleanos “AND” y “OR”. Los artículos utilizados han sido los publicados desde 2016 en adelante, aunque se ha hecho uso de otros más antiguos por la relevancia de su contenido. Además, se encuentra información extraída de páginas web oficiales como la de la Organización Mundial de la Salud, la CNPEA (Canadian Network for the prevention of Elder Abuse) o el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social de España.

De los 71 artículos leídos, 14 no han sido utilizados para la elaboración de este trabajo al aportar información irrelevante. De los 57 artículos de los que se ha hecho uso (2 de las menciones bibliográficas se corresponden con definiciones buscadas en la Real Academia Española); 21 están escritos en español y los 36 restantes, en inglés.

2.4. DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

El trabajo está dividido en tres capítulos que a su vez se subdividen en apartados donde se recoge la información encontrada en los artículos analizados.

Capítulo I: Teorías sobre el maltrato y factores de riesgo: En el primer apartado se desarrollan las teorías que explican el maltrato en los ancianos. En el segundo y tercer apartado de explican

los factores de riesgo que propician una situación de maltrato en una persona mayor y el impacto que la pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido y cómo ha agravado la situación.

Capítulo II: Consecuencias del maltrato en las personas mayores: Este capítulo se subdivide en tres apartados en los que se recoge información sobre las consecuencias físicas, la mortalidad, las consecuencias psicológicas y las visitas hospitalarias derivadas del maltrato en ancianos.

Capítulo III: Prevención y papel de la enfermería: Se analizan los distintos niveles de prevención, también se hará un recopilatorio de los signos y síntomas del maltrato y se hablará del papel de la enfermería en la detección y prevención.

3. CAPÍTULO I: TEORÍAS SOBRE EL MALTRATO Y FACTORES DE RIESGO.

3.1. TEORÍAS DEL MALTRATO

La “Guía de prevención del maltrato a las personas mayores” de Chile; la Asamblea Médica Mundial del 2000 y otros autores (12–14), describen varias teorías con el fin de explicar las razones del maltrato:

1. *Teoría del estrés del cuidador*: Este se encuentra en una situación en la que ha de brindar cuidados a una persona mayor, sumado a otros factores estresantes de su vida. Por lo general, el cuidador está desinformado de las ayudas que tiene a su disposición, de cómo llevar a cabo la tarea de cuidar adecuadamente y está falto de apoyo.
2. *Teoría de la dependencia o discapacidad de la persona mayor*: Si la persona mayor cuidada es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, aumenta el estrés del cuidador y disminuye el tiempo libre que este pueda tener para su vida privada. A mayor edad y dependencia, más posibilidades de ser maltratado, y los cuidadores que dependen económicamente del mayor; de ser maltratadores.
3. *Teoría del aislamiento social*: La falta de tiempo del cuidador para socializar, aumenta el estrés y las posibilidades de maltratar. Además, las personas mayores maltratadas viven más aisladas y las relaciones sociales que puedan tener son más insatisfactorias.
4. *Teoría del aprendizaje social*: Esta teoría hace hincapié en la importancia del rol de la familia a la hora de aprender e imitar conductas. Es por ello que los niños que viven en un ambiente en el que la violencia se utiliza como medio de expresión de enfado y frustración, aprenderán de ello y tendrán más posibilidades de aplicarlo y ser violento con las personas de su entorno, especialmente con las más vulnerables.
5. *Teoría de la desventaja social*: Muchas personas mayores no se sienten parte de la comunidad, sino que se sienten rechazados y aislados. “Muchos de los problemas que tienen [...] no son consecuencia de procesos biológicos o naturales del propio proceso de envejecimiento, sino que reflejan desigualdades sociales que limitan sus roles y recursos” (12).
6. *Teoría de la psicopatología del maltratador*: Defiende que el maltratador tiene características psicopatológicas.
7. *Teoría de la “generación del yo”*: Parte del culto al individuo, su libertad y sus aspiraciones. En los casos en los que la persona no alcanza sus objetivos y el éxito,

descarga su furia mediante la violencia contra su círculo social, muchas veces, en los ancianos.

8. *Teoría del modelo conductual*: Desarrollado por John Watson, Bernstein y Nietzel. Esta teoría tiene la misma base que la de desventaja social y estipula que el maltratador tiene “doble fachada”: externamente la imagen es positiva mientras que internamente es totalmente opuesta. La persona maltratada entonces es doblemente victimizada: se le atribuyen adjetivos como “loca” o “desequilibrada” y a su vez se le culpa de todos los problemas.
9. *Teoría del modelo ecológico multidimensional*: Tiene en cuenta los distintos factores que influyen en el maltrato. Hace hincapié en la falta de apoyo y el aislamiento de la persona mayor y su cuidador.

Estas teorías permiten detectar rasgos o características – pudiendo darse varias a la vez – del maltratador o del anciano maltratado, pudiendo así prestar especial atención a la situación de estas personas e intervenir.

3.2. FACTORES DE RIESGO

Aunque desde el principio de los tiempos ha habido maltrato en ancianos, no fue hasta el 1975 que Burston acuñó el término “granny battering” – “abuela apaleada” – en la revista “The British Medical Journal” y Butler publicó un artículo hablando del “síndrome de la persona anciana apaleada”. Desde entonces ha habido muchos estudios que buscan clasificar, encontrar causas y consecuencias. Algunos de estos arrojan luz sobre los factores de riesgo que propician una situación de maltrato. (15)

Factores de riesgo para ser una víctima de maltrato:

- Ser mujer.
- No ser de raza caucásica.
- Estar aislado socialmente: aumenta las posibilidades de que el maltrato pase desapercibido.
- Haber vivido eventos traumáticos.
- Ser dependiente económica, física o emocionalmente del maltratador.
- Tener mala salud física y mental: el deterioro cognitivo puede provocar comportamientos disruptivos, lo cual aumenta el estrés del cuidador y por lo tanto el riesgo de maltrato. Además, habrá una posibilidad menor de que la víctima vaya en busca de ayuda.
- Tener un bajo nivel económico.
- Vivir en núcleos familiares grandes. (7,16–19)

Factores de riesgo para ser maltratador:

- Haber sido maltratado.
- Ser hombre.
- Tener problemas de salud físicos o mentales: hay casos en los que el hijo con enfermedad mental vive con los padres para ser atendido por ellos y si se desestabiliza, puede tener conductas agresivas.
- Estar desempleado o depender financieramente de la persona mayor: si la persona mayor no quiere mantener a su cuidador, aumentan las posibilidades de abuso.
- Tener mucha carga de trabajo y/o estrés.

- “Síndrome de burnout”: sobre todo en aquellos casos en los que los cuidadores llevan cinco o más años siéndolo.
- Tener dependencia de alcohol u otras sustancias tóxicas: un exceso de estas sustancias puede favorecer la aparición de conductas violentas. Además, estas personas pueden consumir la medicación prescrita para la persona mayor o venderla con el fin de ganar dinero. (7,9,19–21)

Factores de riesgo del entorno:

- Falta de apoyo social, familiar e institucional.
- Edadismo: Discriminación por parte de la sociedad hacia las personas basadas en la edad.
- Vivir en espacios pequeños y compartidos.

Factores de riesgo de la institución:

- Síndrome de “burnout”, estrés y problemas en la vida personal de los trabajadores.
- Malas condiciones laborales.
- Falta de formación del personal profesional.
- Malas condiciones de las instalaciones.
- Escasez de capital económico y humano.
- Falta de comunicación con los residentes y de trato individualizado.
- Escasez de privacidad y estimulación sensorial.
- Utilización de medios de contención. (11,16)

3.3. FACTORES DE RIESGO: CÓMO LA PANDEMIA HA AGRAVADO LA SITUACIÓN

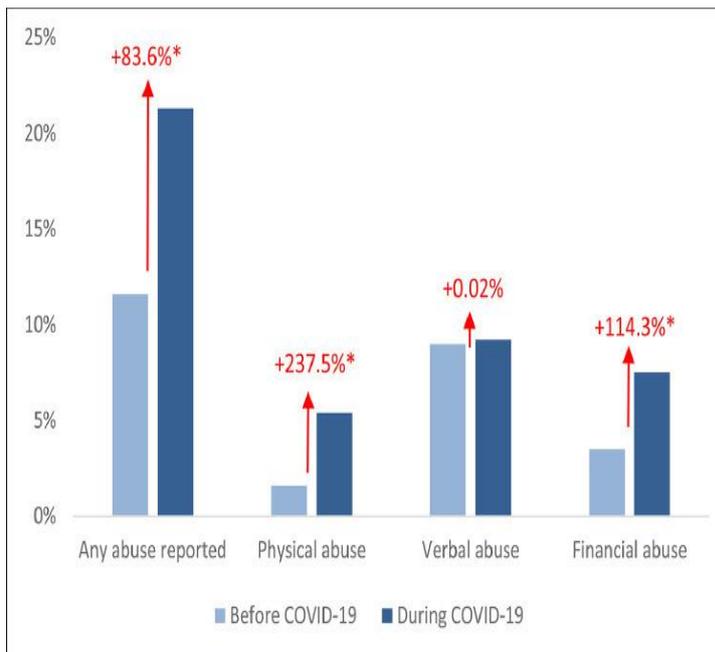
La situación actual de pandemia por SARS-CoV-2 ha alterado el mundo tal y cómo lo conocíamos hace unos años. Es una situación que ha empeorado muchos aspectos de la vida diaria. Es por ello por lo que, analizando datos y estudios, se puede comprobar la relación entre la pandemia y el maltrato en ancianos: cómo han aumentado los casos y qué factores de riesgo se han agravado o han aparecido.

Estudios han demostrado que en momentos de incertidumbre aumenta en frecuencia e intensidad la violencia interpersonal (18). Se ha realizado un estudio – aprobado por la Universidad de Yale – entre abril y mayo de 2020. Se realizó en base a una población de 897 personas estadounidenses mayores de 60 años mediante una encuesta online para determinar algunos factores protectores y predisponentes para ser objeto de maltrato. En el estudio han participado personas de distintos sexos, razas, nivel de estudio y estado civil (aunque al haberse realizado con participantes relativamente sanos y con acceso a Internet, los subgrupos más vulnerables han quedado fuera él).

Los resultados de este estudio concluyen que sentirse parte de una comunidad y ser apoyado por ella favorece la resiliencia en sus miembros y les da mejores armas para enfrentarse a la adversidad (22,23).

Además, seguir las recomendaciones de mantener distancia de seguridad para reducir la posibilidad de contagiarse del SARS-CoV-2 ha disminuido el contacto físico y por tanto la posibilidad de maltrato. Sin embargo, la pandemia ha provocado pérdidas económicas en gran parte de la población, lo cual aumenta la preocupación y los conflictos interpersonales, lo que puede precipitar actos de violencia en la familia (24).

Teniendo en cuenta todo esto y comparándolo con dos estudios americanos realizados previamente a la pandemia – uno realizado por *la National Elder Mistreatment Study (NEMS)* en una población de 5.777 personas entre 60 y 97 años y otro realizado por *la National Social Life, Health and Aging Project (NSHAP)* en una población de 3.005 participantes de entre 57 y 85 años – utilizando la misma encuesta, podemos comprobar que la prevalencia (“proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio” (25)) del maltrato en personas mayores es de 21’3% – y este número solo estima las 6 semanas previas a la recolección de datos, por lo que seguramente los números hayan subido desde entonces – lo que supone un aumento del 83’6% respecto a los estudios anteriores.



Si se desglosa: el maltrato físico ha aumentado un 237’5%; el verbal, un 0’02%; y el financiero, un 114’3%. El 38’4% de los participantes maltratados, denunció los hechos como graves y el 24’9% refirió un aumento de la frecuencia durante la pandemia (22).

← **Tabla 3:** Comparación de la prevalencia del maltrato previa y posteriormente a la pandemia. Tabla realizada por Chang ES y Levy BR en su artículo “High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors” (22).

Pero este aumento de la prevalencia del maltrato en las personas mayores no solo se da en Estados Unidos. Otros estudios afirman que en Hunan – provincia de China – ha aumentado un 15’7% (26) y en la India, se ha duplicado hasta alcanzar un 56’1% (27). En Noruega, el 60’3% del personal de instituciones confesó haber perpetrado algún acto de violencia contra los residentes, sobre todo la negligencia y el maltrato psicológico (28).

Aunque todo ello no se ha visto reflejado en las denuncias realizadas a los Servicios de Protección principalmente por la disminución de citas presenciales con los profesionales de la salud y servicios sociales, la falta de intimidad en las citas telemáticas y el desagrado que produce el hecho de denunciar a un familiar (9,29,30).

A parte de los factores protectores y predisponentes determinados por el estudio estadounidense, en las personas mayores también influyen hechos como que la gran mayoría tenga una enfermedad crónica, limitaciones físicas o sean dependientes.

La pandemia ha tenido como consecuencia un aumento de la mortalidad. En España, a finales de abril de 2020, las muertes de personas mayores de 60 años suponían el 95%, siendo el 58’7% mayores de 80 años. El 75% de los fallecidos tenían patologías previas (31).

Estudios como el realizado en la India, muestran cómo el 42% de los pacientes crónicos han notado un empeoramiento en sus enfermedades (9). Esto se debe a la cancelación o posposición de las citas de seguimiento (32) y a las limitaciones físicas – no poder salir a la calle y moverse – que el confinamiento ha supuesto.

Esto ha incrementado la dependencia de las personas mayores y por lo tanto un mayor estrés en sus cuidadores (15). Además, a dificultad de la obtención de medicamentos ha descompensado la estabilidad de ambos (27) – por ejemplo, la disminución de toma de los psicofármacos prescritos resulta en un mayor irritabilidad, agresividad, violencia y mal humor (33).

Según un estudio realizado en el País Vasco en 2020, las personas con enfermedades crónicas de base presentan más estrés y depresión derivada de la pandemia que los que no tienen enfermedades (34); aumentando así su vulnerabilidad y la posibilidad de que sean maltratados.

Los cuidadores informales – familiares principalmente – están más estresados debido a la incertidumbre de si mantendrán sus empleos, a tener que cuidar de otros familiares que se han visto forzados a trabajar o estudiar desde casa y sus mayores – lo que ha aumentado el “burnout” y por lo tanto las situaciones de maltrato y negligencia (32) –. Según un estudio realizado en Pennsylvania (EE.UU) durante el confinamiento en sus hogares determinó que un 19% de los participantes el estudio – cuidadores principales de personas mayores de 60 años – reflejaba un impacto en su propia salud y un 15% había aumentado el consumo de alcohol. También afirmaban una mayor dificultad física (18’7%), emocional (48’5%) y financiera (14’5%) a la hora de cuidar de los ancianos. El estudio determinó que el mayor factor de riesgo para maltratar a las personas cuidadas era la dificultad financiera (29).

Por otro lado, las personas que viven en centros de atención a la dependencia han tenido restricción de visitas, de contacto con otros residentes y las visitas al exterior se cancelaron – estas medidas han incrementado la sensación de soledad (35); está comprobado que socializar mejora la calidad de vida y favorece ser optimista (36) –. Ello ha permitido que se mantenga el maltrato y que nadie haya podido detectarlo. Además, a pesar de vivir en la era digital, muchos ancianos no tienen acceso a las nuevas tecnologías o no saben hacer uso de ellas, por lo que no pueden denunciar (37).

4. CAPÍTULO II: CONSECUENCIAS DEL MALTRATO EN LAS PERSONAS MAYORES

4.1. CONSECUENCIAS FÍSICAS Y MORTALIDAD

Para las personas mayores, el maltrato puede tener muy graves consecuencias y esto es debido a que suelen presentar pluripatologías, una mayor debilidad física, mayor fragilidad ósea y de la piel, y por lo general precisan de periodos más largos de recuperación (11).

Los seres humanos tenemos dos vías de adaptación que actúan sinérgicamente ante el estrés: respuesta hormonal y mecanismos neurológicos. El eje hipotalámico-pituitario-adrenal actúa para liberar cortisol – el cual “apaga” otras actividades biológicas para centrarse en el factor estresante – y mediante una respuesta neurológica se liberan catecolaminas (adrenalina y noradrenalina).

En el caso de estrés crónico habrá niveles elevados de cortisol que provocarán daños en el sistema nervioso (especialmente en el hipocampo, el cual es clave para el aprendizaje y la memoria) y acelerarán del envejecimiento. También favorecerán la aparición de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, gastrointestinales, inmunosupresoras, disfunciones sexuales, trastornos de crecimiento, del sueño y de reproducción, dolor crónico y depresión.

Un estudio de cohortes realizado en una población estadounidense en 1982 concretó que de las personas maltratadas: el 66% falleció por problemas circulatorios, el 7% por problemas

respiratorios y el 4% por neoplasmas. Permitió concluir que la muerte se acelera a causa del maltrato. En los 3 años posteriores a sufrirlo, se triplica el riesgo de muerte (38–40).

Dong et al. (41) llevaron a cabo un estudio en el que buscaban la relación entre maltrato en los ancianos y la mortalidad teniendo en cuenta distintos factores psicológicos y sociales. El estudio se realizó con personas que habían denunciado maltrato a los servicios sociales entre 1993 y 2005, a los que se les hizo un seguimiento. Los resultados determinaron una gran diferencia entre los fallecimientos de las personas maltratadas y no maltratadas. En el caso de leves síntomas de depresión, gran apoyo y participación social, los resultados no eran significativos.

	Fallecidos/100 personas-año no maltratados	Fallecidos/100 personas-año maltratados
Síntomas de depresión medios + graves	10'67	32'78
Apoyo social escaso + moderado	13'26	47'40
Participación en la sociedad escasa + moderada	13'54	41'94

Tabla 4: Relación entre el maltrato y el fallecimiento teniendo en cuenta distintos factores psicosociales. Realización propia a partir de los datos obtenidos en el libro “Elder Abuse and Mortality: The Role of Psychological and Social Wellbeing” (41).

Olofsson et al (42) realizaron una investigación en la población sueca en la que el maltrato físico y psicológico se vio asociado a un deterioro del patrón del sueño. Dormir es un factor clave para tener una buena salud. Una mala calidad del sueño está asociada a una mayor tasa de muerte prematura, obesidad y diabetes (43).

El maltrato provoca una situación estresante que altera el patrón del sueño, aumentando así los niveles de cortisol que no permiten disminuir el estrés; de esta forma se crea un ciclo retroalimentativo a causa del maltrato. Yunus et al (43) utilizaron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) en 2013-14 en una población originaria de Malasia, mayor de 60 años y con una puntuación mayor de 4 puntos en el test Mini-Mental (MMSE). En su estudio el maltrato se dividió en subtipos, y se realizó el PSQI en el que los valores podían oscilar entre el 0 y los 9 puntos – a mayor puntuación, mayor la alteración del sueño.

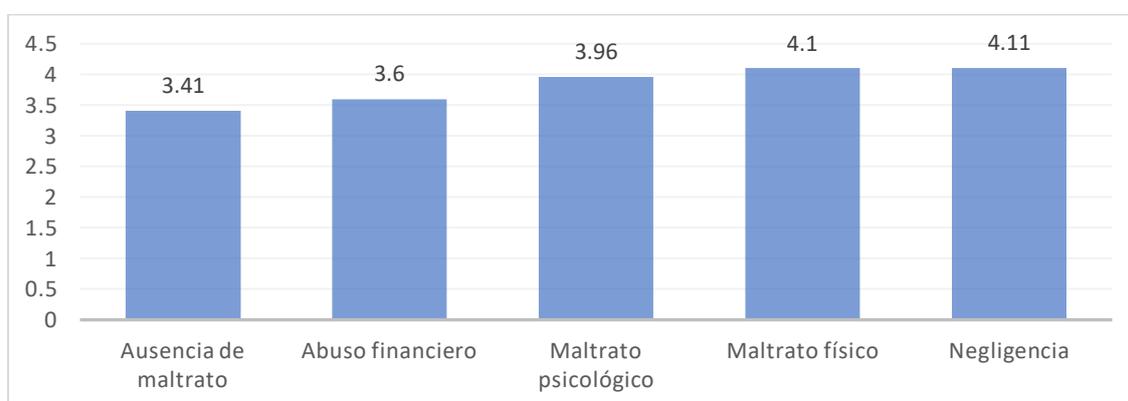


Tabla 5: Relación entre tipo de maltrato y puntuación obtenida en el PSQI. Tabla de realización propia a partir de los datos obtenidos en el artículo “Association between elder abuse and poor sleep: A cross-sectional study among rural older Malaysians” (43).

Otras consecuencias derivadas del maltrato son la desnutrición (comprobar niveles de albúmina) y deshidratación (determinar según los electrolitos) – especialmente en el caso de la negligencia – fracturas, laceraciones, abrasiones, marcas de contención mecánica, alopecia, pérdida de autonomía, dolor persistente o intenso en distintas partes del cuerpo, alteraciones visuales, dolor/molestias/ sangrados genitales, enfermedades de transmisión sexual (43–45).

4.2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

En 2017, en Portugal, se determinó que un 78'8% de los participantes de la investigación – personas no institucionalizadas, mayores de 59 años que habían residido en Portugal durante un mínimo de un año y que habían denunciado maltrato por parte de su familia/cuidador – presentaba síntomas de depresión según la escala GDS-5 (Escala de Deterioro Global) (46).

Otra investigación realizada en Estados Unidos con 995 mujeres mayores de 54 años afirma que una mujer que ha recibido maltrato tiene el doble de posibilidades de desarrollar depresión o ansiedad que aquellas que no habían sido maltratadas. Además, si el maltrato es recurrente, se triplicará el riesgo (47).

Un estudio realizado en 1986 en Massachusetts sobre el maltrato en ancianos, considerando como tales a los mayores de 65 años, determinó que los que habían sufrido maltrato físico – una o más veces desde que cumplieran los 65 años–, verbal y/o negligencia – diez o más veces en el último año– tenían mayor nivel de depresión comparado con un grupo control que no había recibido maltrato (48). Otras investigaciones asociaron al maltrato a sentimientos de miedo, vergüenza, depresión, impotencia, ansiedad y estrés postraumático (39).

En 2017 se llevó a cabo un seguimiento de los participantes – pasado un tiempo de ocho años – de un estudio realizado por la NEMS. Este seguimiento permitió comparar el porcentaje de participantes maltratados y no maltratados que desarrollaron trastorno de ansiedad generalizada (GAD), depresión, síndrome postraumático (PTSD) y mala autopercepción de la salud.

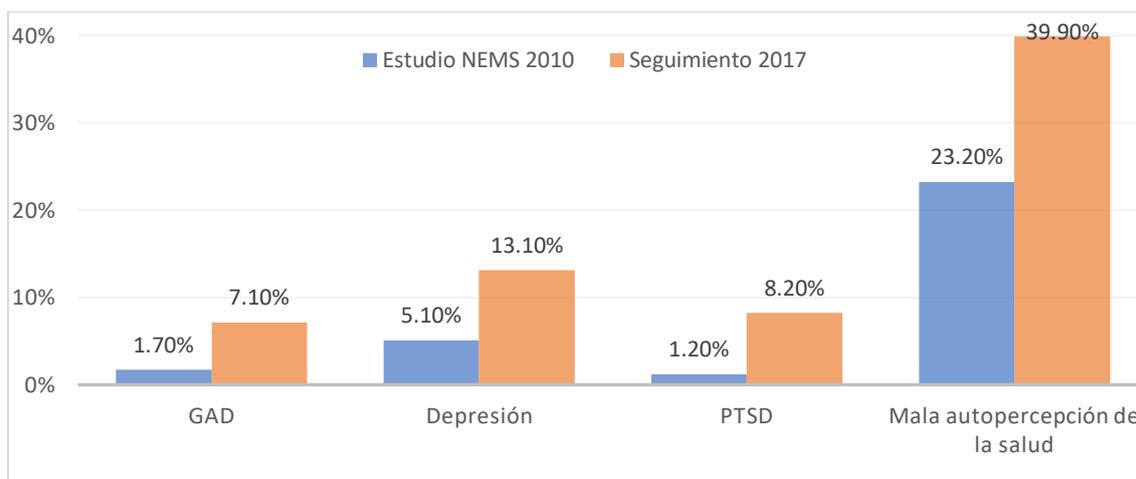


Tabla 6: Porcentaje de personas maltratadas que desarrollaron enfermedades o trastornos psicológicos en comparación con las no maltratadas. Realización propia a partir de los datos obtenidos en el artículo “The National Elder Mistreatment Study: An 8-year longitudinal study of outcomes”. (49).

El maltrato también favorece sentimientos de falta de seguridad y apoyo social, mala autopercepción y desesperanza (50).

4.3. VISITAS HOSPITALARIAS

El maltrato favorece la aparición de patologías físicas y mentales que requieren de unos cuidados por parte del sistema de salud.

Según los datos del Proyecto de Salud y Envejecimiento de Chicago (CHAP) 106 personas mayores de 65 años fueron maltratadas y registradas por los servicios sociales entre los años 1993 y 2010 (estudio de cohortes con seguimientos cada 3 años). Al calcular la ratio (“cociente de dos números” (51)) anual de ingresos hospitalarios con los datos aportados por los Centros de Atención y Cuidados Médicos (CMS) – en los que está registrada la cantidad de visitas hospitalarias de cada uno de los individuos – los resultados son de 0´62 para las personas no maltratadas (grupo control) y de 1´97 para las maltratadas. Si se desglosa, la ratio fue de 1´56 para el maltrato financiero, 1´8 para el psicológico, 1´91 para el físico y 2´77 para la negligencia. En general, para las personas que recibieron maltrato de forma aislada, la ratio anual fue de 1´97 y de 2´01 para los que sufrieron el maltrato en 2 o más ocasiones. Con estos datos se puede afirmar que el maltrato en los ancianos provoca un mayor número de ingresos hospitalarios (52).

Todas estas consecuencias, tienen como resultado un gran gasto económico ya que se invierte mucho dinero en la proyección y creación de servicios destinados a las víctimas, así como en sufragar los costes de los ingresos hospitalarios.

5. CAPÍTULO III: PREVENCIÓN Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA.

Como se ha comprobado, el maltrato en ancianos es muy prevalente y las cifras van en aumento. La Concejalía de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Santander (53) ha desarrollado un protocolo que tiene como objetivo detectar, valorar, intervenir, realizar un seguimiento y coordinar los diferentes equipos o servicios que pueden/deben intervenir en una situación de maltrato. Para ello, el papel de la enfermera es fundamental, ya que pasa mucho tiempo con los pacientes, es capaz de detectar cambios de conducta o indicadores objetivables de maltrato y puede hacer un seguimiento de ellos, ya sea desde atención primaria, en un centro sociosanitario o en el ámbito hospitalario. De esta manera, se busca la mejora y resolución de los casos actuales y la disminución del número de los casos potenciales.

5.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Radica en tratar que el maltrato no llegue a producirse, es decir, reconocer los factores de riesgo para que se produzca la situación y quiénes son las personas más vulnerables. Es por ello por lo que se deberán eliminar o disminuir estos factores mediante la formación y la creación de grupos de apoyo para los cuidadores informales – para evaluar la sobrecarga del cuidador se hace uso de la escala Zarit (anexo 1) (54) –; la proporción de ayudas económicas o a domicilio; la creación de centros de día para que el cuidador tenga tiempo para sí mismo y el anciano se relacione con otras personas. Además, será necesario sensibilizar, formar y educar a la población sobre el papel del anciano en la sociedad, así como su importancia y valía (13,53).

5.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Se basa en tratar a las personas en situación de maltrato que no corren peligro inmediato.

DETECCIÓN

“Consiste en reconocer o identificar una posible situación de maltrato, momento en el cual se activa el protocolo”. Una detección rápida favorece el tratamiento precoz de las lesiones, así como su recuperación y resolución.

Habrà que tener en cuenta la historia – informaci3n proveniente del paciente, la familia u otros –, la entrevista psicosocial y/o el examen m3dico – que busca signos o s3ntomas del maltrato –, las pruebas complementarias – para tener en cuenta otros hechos que puedan influir – y los datos sociales – factores de riesgo detallados en el cap3tulo I. (53)

Para conocer el ambiente y el contexto personal del anciano, el personal de enfermer3a deberà esforzarse en mantener una relaci3n de confianza para que este pueda expresarse y transmitir sus sentimientos (39). Las visitas domiciliarias, permitirán a la enfermera comunitaria ver el entorno en el que se desenvuelve el paciente, así como las personas con las que convive (55). El personal podrà utilizar las preguntas desarrolladas por Butler dirigidas al anciano (anexo 2) – haciéndolas en privado, sin la presencia de sus cuidadores – así como una valoraci3n segùn las 14 necesidades de Virginia Henderson para comprobar cuàles estàn alteradas y los indicadores de maltrato (anexo 3). Tambi3n se podràn utilizar las preguntas de Winham para los cuidadores (anexo 4) (13). Ademàs, el trabajador social podrà rellenar las 77 preguntas del Formulario de Evaluaci3n de Trabajo Social (FETS) mediante el cual evaluarà la situaci3n y determinarà si a su juicio hay sospecha de maltrato y el grado de seguridad en 3l (56).

En la siguiente tabla se puede comprobar que en el 31'3% de los casos, es el personal de hospitales y de centros de salud los que denuncian la situaci3n de maltrato. De esta manera se puede comprobar la importancia de la detecci3n por parte de los profesionales sanitarios.

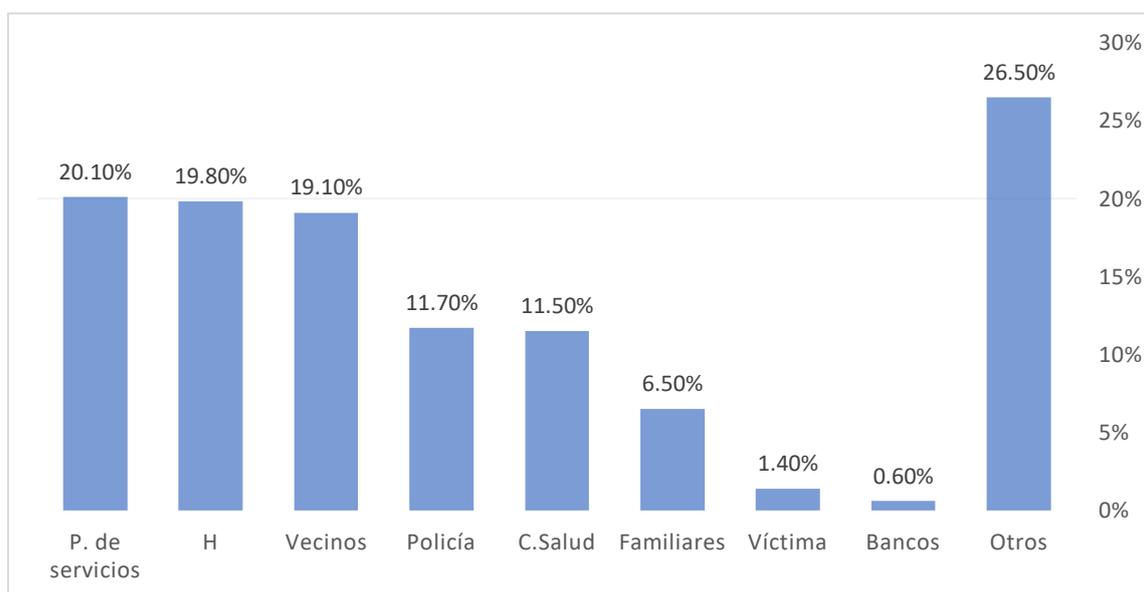


Tabla 7: Porcentaje de denunciadores de casos de maltratos. Elaboraci3n propia a partir de los datos proporcionados por el “estudio nacional de incidencia de maltrato en ancianos” llevado a cabo por la American Public Welfare Association, 1998 (57). (P. de servicios = proveedores de servicio; H = hospitales; C. Salud = centros de salud).

Indicadores del maltrato

El papel de la enfermería es muy importante a la hora de detectar, ya que las enfermeras, en el hospital y en los centros sociosanitarios pasan mucho tiempo con el paciente y sus cuidadores – mientras que otros profesionales los ven de forma puntual – y en la atención primaria, conocen especialmente a los pacientes crónicos que precisan consultas periódicas. Esto les permite ver la evolución, tanto de la enfermedad, como de la persona. Tendrán que estar alertas ante cualquier signo y/ síntoma de alarma. Habrá que prestar atención a:

La historia clínica: el paciente pospone infundadamente la atención médica; no acude a las citas; reiteración de lesiones similares o lesiones inconsistentes con la explicación o con la exploración física. (16)

La actitud: el acompañante no le permite contestar o el paciente se siente temeroso de hacerlo; incongruencia en las explicaciones de las dos partes; ausencia del cuidador en el ingreso a urgencias o falta de cooperación, etc.

También existe el llamado “síndrome de Dr. Jekyll y Mr. Hyde” que habla sobre la actitud de los cuidadores de los pacientes mayores que ingresan en el hospital y están bajo sospecha de recibir maltrato. Los cuidadores principales no muestran gran interés en informarse sobre el diagnóstico y pronóstico del paciente llegando incluso a manifestar que “no es necesario prolongar el sufrimiento” sin haber recibido ningún pronóstico fatal, les dejan abandonados a medida que se prolonga el ingreso, se muestran reticentes e incluso violentos ante el alta. (16,58)

Indicadores de maltrato – heridas con distinto grado de evolución; fracturas reiteradas; quemaduras en zonas del cuerpo infrecuentes; alopecia “a parches”; lesiones o infecciones genitales o caídas inexplicables; gestos de rechazo al acercarse el maltratador – y *negligencia física* – falta de cuidados sanitarios, nutricionales y/o higiénicos; errores en la administración de la medicación; no se proporcionan ayudas auditivas, físicas, dentales o prendas de vestir adecuadas; grandes úlceras por presión sin tratamiento; descompensaciones de una enfermedad crónica a pesar de tener un seguimiento. Hay que tener en cuenta que la piel, a medida que una persona envejece, es menos elástica y más frágil. Además, medicación, como los anticoagulantes, favorece la aparición de hematomas. Por lo tanto, es importante saber distinguir lesiones accidentales de lesiones por maltrato. En ocasiones será necesario realizar interconsultas con dermatología para que hagan una valoración de estas. (7,16)

Indicadores de maltrato – el paciente recibe amenazas o intimidaciones; tiene depresión o ansiedad; no se le permite tomar parte en la toma de decisiones ni expresarse – y *negligencia psicológica* – “trato de silencio” o no hay apenas comunicación entre cuidador-anciano; se le aísla socialmente; se le abandona o encierra; se le priva de tener información, etc. (16)

Indicadores de abuso – robo, ocultación de bienes, se fuerza a la persona a que haga cambios en el testamento o a vender sus propiedades, uso desautorizado de las pensiones y ayudas que reciben los mayores o mediante fraudes a través de Internet – y *negligencia económica* – no se hace uso de los recursos para proporcionar cuidados adecuados a la persona mayor. Este tipo de abuso/negligencia es difícilmente perceptible en una consulta cara a cara; es por ello por lo que será mayormente detectable para el trabajador social o para las enfermeras en caso de que la consulta sea en el domicilio (16,59).

COORDINACIÓN

Para poder comunicar la sospecha de maltrato entre los ámbitos sanitario y social, es necesario contar con la autorización de la persona maltratada. En caso de que sea dependiente, incompetente o incapaz y exista un peligro para su integridad o la de terceros, se requerirán

informes médicos que lo avalen. Se creará un informe accesible para los servicios implicados con datos personales e indicadores de maltrato – estos serán recogidos por la persona que reciba la comunicación y serán posteriormente remitidos al profesional detector del caso. (53)

VALORACIÓN

Se trata de determinar si la sospecha es infundada o no:

En caso de desestimarse la sospecha, se creará un “grupo de observación” que hará un seguimiento y vigilancia mediante la coordinación de los distintos profesionales – pudiendo incluso contar con el círculo más cercano a la persona mayor – y se valorará la intervención y mediación en caso de haya mal ambiente familiar. En el caso de que la situación empeorase se reactivaría el protocolo.

En caso de confirmarse el maltrato, habrá que definir el tipo de maltrato y el peligro al que está sometida la víctima. Según ello, se actuará de una u otra forma y se tendrá en cuenta la urgencia de la intervención (53).

INTERVENCIÓN

A la hora de intervenir, hay que hacerlo en todos los aspectos, es decir, teniendo en cuenta las personas – especialmente a la víctima, a la cual habrá que tratar holísticamente –, los factores de riesgo implicados, los recursos y profesionales disponibles, etc. Los pasos que seguir son:

- Que la persona maltratada firme la autorización o presentar los informes de que no está capacitado para hacerlo.
- Contactar con otros profesionales del sistema de salud, servicios sociales, judiciales, etc.
- Realizar un plan consensuado en el que se establezcan las medidas, los recursos, las personas disponibles y las “proyecciones de futuro”.
- Tratamiento de las lesiones y las repercusiones del maltrato.
- Actuación legal en caso de precisar.

Si se precisa una intervención inminente, se contactará con los servicios de urgencias, centros de atención primaria, hospitales, bomberos o autoridades.

Si no es necesaria la intervención inmediata, se harán “entrevistas, valoración integral de la salud, pruebas complementarias y coordinación profesional”. (53)

Las enfermeras especializadas en salud mental tendrán un papel muy importante ya que podrán intervenir tanto a los maltratados como a los maltratadores. Hay que tener en cuenta el estrés que puede suponer para la víctima el tener contacto con el gobierno o la justicia, así como enfrentarse a su agresor en un juicio. (39)

5.3. PREVENCIÓN TERCIARIA

El objetivo es tratar y minimizar las secuelas, evitar las reincidencias y el mantenimiento de la situación una vez realizada la intervención. El papel de la enfermería consistirá en trabajar en equipos interdisciplinarios para tratar las consecuencias, llevar a los maltratadores ante la justicia y promover cambios en la sociedad. Se deberán llevar a cabo investigaciones y revisiones bibliográficas para poner de manifiesto la prevalencia, las causas, consecuencias e indicadores de maltrato para mejorar los conocimientos de la población sanitaria y no sanitaria con la finalidad de mejorar la prevención primaria y hacer una detección precoz (39).

Programas como los de empoderamiento destinados a las mujeres maltratadas pueden servir de base para crear programas para las víctimas mayores para enseñarles mecanismos de enfrentamiento, de decisión sobre su propia vida y de disolución de la relación con su maltratador. Estos programas también permiten a las víctimas salir del aislamiento social al que su maltratador les somete (13)

5.4. SEGUIMIENTO

Se realiza un “ficha de seguimiento” – donde se escribe lo que hace cada profesional individualmente y los pasos a seguir de manera coordinada – y se buscan casos similares. Permite comprobar los resultados de las intervenciones y hacer cambios si los objetivos no se cumplen.

Además, se crea una “Mesa del Buen Trato a las personas mayores” – formada por expertos y aquellos profesionales y entidades que así lo deseen – que tiene como objetivos: “ajustar el protocolo a las situaciones futuras; tratar la casuística existente y su evolución; abordar nuevas medidas encaminadas a la sensibilización y concienciación sobre buen trato; y continuar incidiendo en la coordinación profesional y la colaboración entre las entidades implicadas” (53).

6. CONCLUSIONES

El maltrato en los ancianos está presente en nuestra comunidad y, desgraciadamente, el número de casos va en aumento. La revisión bibliográfica llevada a cabo para la realización de este trabajo ha puesto de manifiesto que la sociedad cada vez está más envejecida y la situación actual de pandemia por el SARS-CoV-2 ha provocado un aumento de los estresores en la vida de los cuidadores de personas mayores; lo que ha supuesto un aumento de la prevalencia del maltrato.

Para explicar las causas y factores de riesgo por los cuales se dan estas situaciones, varios autores han desarrollado teorías. Estas permiten poner más atención a las características que pueden desencadenar el maltrato en personas mayores de 60 años.

Este tiene consecuencias físicas y psicológicas, que resultan en un empeoramiento de la salud y calidad de vida de la persona maltratada. Además, tiene consecuencias administrativas, ya que el sistema sanitario ha de disponer de sus recursos humanos y económicos para tratar las patologías o daños ocasionados.

Gran parte de estos problemas se podrían evitar creando programas y talleres que pongan de manifiesto la importancia de las personas mayores en nuestra sociedad. También es necesario educar a los profesionales sobre la prevención y detección, con el fin de descubrir potenciales casos de maltrato y reparar el daño causado lo más pronto posible.

De esta forma, este Trabajo Final de Grado hace una síntesis de los estudios y artículos que se han escrito para dar a conocer los datos sobre la prevalencia, las causas, las consecuencias y los pasos a dar para mejorar la situación. Por lo tanto, es de gran relevancia, ya que se trata un tema actual, que aumenta progresivamente y que tiene un gran impacto social y en la salud.

Pero para poder progresar, es esencial que asociaciones como la OMS, EIMA (Asociación para Investigación del Maltrato al Anciano) o ALMAMA (Asociación de lucha contra el maltrato en mayores) se pongan de acuerdo en definir el término "maltrato en ancianos" para así poder orientar los servicios de prevención y detección a un grupo definido.

Sería interesante desarrollar programas que intervengan en todos los grupos de edad para prevenir la violencia y estudiar su impacto. Además, teniendo en cuenta que los factores estresantes son favorecedores de la violencia, sería conveniente aumentar el número de grupos de apoyo para los cuidadores. Otro aspecto interesante a investigar sería relizar estudios sobre si el maltrato hace más proclive a la víctima a desarrollar deterioro cognitivo o demencias, ya que no se han encontrado evidencias de ello al realizar la búsqueda bibliográfica.

A pesar del avance que se ha hecho en los últimos años en relación con la investigación, divulgación y concienciación; queda mucho trabajo por hacer por parte de los ciudadanos, de los profesionales y por las autoridades para poder mejorar la situación. La tecnología puede jugar a favor ya que, en la actualidad, mucha gente tiene acceso a trabajos y estudios que ponen de manifiesto este hecho, lo cual permite concienciar y educar. Es una suerte que cada vez haya más recursos para obtener información que permita realizar estos estudios. Además, el hecho de que cada vez se haga más eco en los medios de comunicación de la violencia de género o el maltrato infantil, puede abrir las puertas a que se comience a hablar sobre el maltrato en ancianos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Aumenta el maltrato a las personas de edad: según la OMS, afecta a uno de cada seis ancianos [Internet]. 2017 [Citado en enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>
2. Pérez Díaz Antonio Abellán García J. Envejecimiento demográfico y vejez en España [Internet]. 2018 [Citado en enero 2022]. Disponible en: chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.funcas.es%2Fwp-content%2Fuploads%2FMigracion%2FArticulos%2FFUNCAS_PS%2F028art02.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2021 [Citado en enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Balea-Fernández, F.J; González-Medina, S; Alonso-Ramírez, J. Negligencia y maltrato en mayores. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2020;1(1). [Citado en enero 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3498/349863388024/>
5. Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores [Internet]. 2021. [Citado en diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
6. Canadian Network for the prevention of Elder Abuse. The Toronto Declaration for the Prevention of Elder Abuse [Internet]. [Citado en enero 2022]. Disponible en: <https://cnpea.ca/en/resources/reports/327-the-toronto-declaration-for-the-prevention-of-elder-abuse>
7. Clarysse K, Kivlahan C, Beyer I, Gutermuth J. Signs of physical abuse and neglect in the mature patient. Clinics in Dermatology. 2018 Mar 1;36(2):264–70. [Citado en enero 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29566931/>
8. Kleinschmidt KC. Elder Abuse: A Review. Annals of Emergency Medicine. 1997 Oct;30(4):463–72. [Citado en enero 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9326861/>
9. Maiti T, (JGCR) J of GC and R, Padhy S, Rina DrK. Impact of COVID-19 pandemic and lockdown on elder abuse. Journal of Global Health [Internet]. 2021 [Citado en diciembre 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/43926068/Impact_of_COVID_19_pandemic_and_lockdown_on_elder_abuse
10. Caballero García JC, Remolar Ribes ML. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. Revista multidisciplinar de gerontología, ISSN 1139-0921, Vol 10, N° 3, 2000, págs 177-188 [Internet]. 2000 [Citado en enero 2022]; 10(3):177–88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834589>
11. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. El maltrato de las personas mayores [Internet]. Informe Mundial Sobre La Violencia y La Salud Mar,

- 2014 p. 134–58. [Citado en enero 2022]. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/03/El-maltrato-a-las-personas-mayores.pdf>
12. SENAMA. Guía prevención del maltrato a las personas mayores. 2012 [Citado en enero 2022]. Disponible en: www.senama.cl2012
 13. Bover Bover A, Moreno Sancho M, Sota Magaña S, Taltavull Aparicio J. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención | Atención Primaria [Internet]. Elsevier. 2003 [Citado en enero 2022]. p. 541–2. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-maltrato-ancianos-el-domicilio--13054669>
 14. Corsi, J. Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Psicología, psiquiatría, psicoterapia; 2003 [Citado en enero 2022]. Disponible en: <https://www.marcialpons.es/libros/maltrato-y-abuso-en-el-ambito-domestico/9789501234534/>
 15. Wolf RS. Elder Abuse: Ten Years Later. J Am Geriatr Soc. 1988 [Citado en enero 2022]; 36(8):758–62. Disponible en: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1988.tb07187.x>
 16. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para residentes. Capítulo 12: Negligencia, abuso y maltrato. [Internet]. 2007 [Citado en enero 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/20034843-Capitulo-12-negligencia-abuso-y-maltrato-prevalencia-introduccion-definicion-tipos-de-maltrato.html>
 17. Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierno R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: the South Carolina elder mistreatment study. J Interpers Violence [Internet]. 2011 Oct [Citado en enero 2022];26(15):2947–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21602200/>
 18. Schneider D, Harknett K, McLanahan S. Intimate Partner Violence in the Great Recession. Demography [Internet]. 2016 Abril 1 [Citado en enero 2022];53(2):471–505. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27003136/>
 19. Kaplan DB, Berkman BJ. Abuso de ancianos [Internet]. Manual MSD. 2019 [Citado en enero 2022]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/geriatr%C3%ADa/abuso-de-ancianos/abuso-de-ancianos#v1152311_es
 20. Palmer M, Brodell RT, Mostow EN. Elder abuse: Dermatologic clues and critical solutions. J Am Acad Dermatol. 2013 Feb 1 [Citado en enero 2022];68(2):e37–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23058735/>
 21. Li M, Dong XQ. Association Between Different Forms of Elder Mistreatment and Cognitive Change. Journal of Aging and Health [Internet]. 2021 Mar 1 [Citado en enero 2022];33(3–4):249–59. Disponible en: <https://journals-sagepub-com.unican.idm.oclc.org/doi/10.1177/0898264320976772>
 22. Chang ES, Levy BR. High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2021 Nov 1 [Citado en diciembre 2021];29(11):1152–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33518464/>

23. Greenfield EA, Marks NF. Sense of Community as a Protective Factor against Long-Term Psychological Effects of Childhood Violence. *Soc Serv Rev* [Internet]. 2010 Mar [Citado en diciembre 2021];84(1):129. Disponible en: [/pmc/articles/PMC2865201/](#)
24. Schneider W, Waldfoegel J, Brooks-Gunn J. The Great Recession and risk for child abuse and neglect. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. 2017 Jan 1 [citado diciembre 2021]; 72:71–81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28461713/>
25. Real Academia Española. Prevalencia [Internet]. [Citado en diciembre 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/prevalencia>
26. Du P, Chen Y. Prevalence of elder abuse and victim-related risk factors during the COVID-19 pandemic in China. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [Citado en diciembre 2021]. Disponible en: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11175-z>
27. The Elder Story: Ground reality during Covid-19. A HelpAge India Report. New Delhi; 2020 Jun. [Citado en diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.helpageindia.org/wp-content/uploads/2021/06/The-Elder-Story-Ground-Reality-during-Covid-19-Impact-Challenges-A-HelpAge-India-Survey-June-2020.pdf>
28. Botngård A, Eide AH, Mosqueda L, Malmedal W. Elder abuse in Norwegian nursing homes: A cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2020 Jan 3 [citado en enero 2022];20(1):1–12. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4861-z>
29. Makaroun LK, Beach S, Rosen T, Rosland AM. Changes in Elder Abuse Risk Factors Reported by Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2021 Mar 1 [citado en enero 2022];69(3):602–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33349915/>
30. Ansary AM, Martinez JN, Scott JD. The virtual physical exam in the 21st century. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2021 [citado en enero 2022];;27(6):382–92.
31. Secretaría General de Sanidad. Situación en España. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad; Gobierno de España. 2020 Apr [citado en enero 2022]. Disponible en: https://rubenfcasal.github.io/COVID-19/2020/Actualizacion_84_COVID-19.pdf
32. Yunus RM, Abdullah NN, Firdaus MAM. Elder abuse and neglect in the midst of COVID-19. *J Glob Health* [Internet]. 2021 Nov 20 [citado en diciembre 2021];11:03122. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34912545>
33. Buckley PF, Noffsinger SG, Smith DA, Hrouda DR, Knoll IV JL. Treatment of the psychotic patient who is violent. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2003 Mar [citado en enero 2022];26(1):231–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12683268/>
34. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de saude publica* [Internet]. 2020 [citado en enero 2022];36(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32374806/>

35. Abbasi J. Social Isolation-the Other COVID-19 Threat in Nursing Homes. JAMA [Internet]. 2020 Aug 18 [citado en diciembre 2021];324(7):619–20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32692848/>
36. Fasihi Harandi T, Mohammad Taghinasab M, Dehghan Nayeri T. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. Electron Physician [Internet]. 2017 Sep 25 [citado en enero 2022];9(9):5212–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29038699/>
37. Schreurs K, Quan-Haase A, Martin K. Problematizing the Digital Literacy Paradox in the Context of Older Adults' ICT Use: Aging, Media Discourse, and Self-Determination. Canadian Journal of Communication [Internet]. 2017 May 23 [citado en diciembre 2021];42(2):359–77. Disponible en: <https://cjc-online.ca/index.php/journal/article/view/3130>
38. Sapolsky R, Rivier C, Yamamoto G, Plotsky P, Vale W. Interleukin-1 Stimulates the Secretion of Hypothalamic Corticotropin-Releasing Factor. Science (1979) [Internet]. 1987 Oct 23 [citado en enero 2022];238(4826):522–4. Disponible en: <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.2821621>
39. Baker MW. Elder mistreatment: Risk, vulnerability, and early mortality. J Am Psychiatr Nurses Assoc [Internet]. 2007 Dec [citado en enero 2022];12(6):313–21. Disponible en: <https://sci-hub.yncjkj.com/10.1177/1078390306297519>
40. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The Mortality of Elder Mistreatment. JAMA [Internet]. 1998 Aug 5 [citado en enero 2022];280(5):428–32. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/187817>
41. Dong XQ, Simon MA, Beck TT, Farran C, McCann JJ, Mendes De Leon CF, et al. Elder Abuse and Mortality: The Role of Psychological and Social Wellbeing. Gerontology [Internet]. 2011 Oct [citado en febrero 2022];57(6):549–58. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/321881>
42. Olofsson N, Lindqvist K, Danielsson I. Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65–84 years. Public Health. 2012 Abril 1 [citado en febrero 2022];126(4):358–64.
43. Yunus RM, Wazid SW, Hairi NN, Choo WY, Hairi FM, Sooryanarayana R, et al. Association between elder abuse and poor sleep: A cross-sectional study among rural older Malaysians. PLOS ONE [Internet]. 2017 Jul 1 [citado en febrero 2022];12(7):e0180222. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0180222>
44. Condori Barrera JR, Hermoza Quispe J. Causas, consecuencias de maltrato en el adulto mayor instituto de Medicina Legal - Arequipa 2015. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2015 [citado en febrero 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1789>
45. Balea-Fernández FJ, González-Medina S, Alonso-Ramírez J. Negligencia y maltrato en mayores. International Journal of Development and Educational Psychology. 2020;1(1).
46. Santos AJ, Nunes B, Kislaya I, Gil AP, Ribeiro O. Exploring the Correlates to Depression in Elder Abuse Victims: Abusive Experience or Individual Characteristics? Journal of

- Interpersonal Violence [Internet]. 2021 Jan 1 [citado en febrero 2022];36(1–2):NP115–34. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0886260517732346?casa_token=O2m2U9QPwmkAAAAA%3A3K-z3BEKYhx27IEzt91wipBs2Dk65kD1HjJreDi4j9QXdGTPmOhaW3v7asD_55EeIGJWePAg970
47. Fisher BS, Zink T, Regan SL. Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of Interpersonal Violence*. 2011 Jan [citado en febrero 2022];26(2):254–68.
 48. Pillemer K, Prescott D. Psychological effects of elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect* [Internet]. 1988 [citado en enero 2022];1(1):65–73. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J084v01n01_06
 49. Acierno R, Hernandez-Tejada MA, Anetzberger GJ, Loew D, Muzzy W. The National Elder Mistreatment Study: An 8-year longitudinal study of outcomes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 2017 Aug 8 [citado en febrero 2022];29(4):254–69.
 50. Espinoza Calderón YE, Ramos Sare MR. Consecuencias del maltrato en el adulto mayor: Una Revisión Sistemática. *Repositorio Institucional - UCV* [Internet]. 2021 [citado en febrero 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/73221>
 51. Real Academia Española. Ratio [Internet]. [citado en febrero 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ratio>
 52. Dong XQ, Simon MA. Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. *JAMA Internal Medicine* [Internet]. 2013 May 27 [citado en febrero 2022];173(10):911–7. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1675876>
 53. Concejalía de Familia y Servicios Sociales. Protocolo para la Prevención y Abordaje del maltrato a Personas Mayores [Internet]. Santander; 2018 Nov [citado en enero 2022]. Disponible en: https://eimamaltrato.files.wordpress.com/2020/02/protocolo_abordaje_mmtt_noviembre_2018_df_1-1-santander.pdf
 54. Alzheimer Universal. Test de Zarit online: Escala de sobrecarga del cuidador. [Internet]. 2012 [citado en febrero 2022]. Disponible en: <https://www.alzheimeruniversal.eu/2012/03/03/test-de-zarit-online-escala-de-sobrecarga-del-cuidador/>
 55. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares [Internet]. [citado en febrero 2022]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100010&script=sci_arttext&tlng=en
 56. 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. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2010 Jul 1 [citado en febrero 2022];45(4):213–8.

57. American Public Welfare Association. National Elder Abuse Incidence Study [Internet]. Administration for Community Living. 1998 [citado en febrero 2022]. Disponible en: <https://acl.gov/programs/elder-justice/national-elder-abuse-incidence-study-1998>
58. Kessel Sardiñas H, Marín Gámez N, Pageo Giménez M, Amat Berenguel E, Barnosi Marín A, Rodríguez-Galdeano M. El síndrome del Dr. Jekyll y Mr. Hide: las dos caras del cuidador de ancianos*. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 1999 Nov 1 [citado en febrero 2022];34(6):346–52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-sindrome-del-dr-jekyll-13011680>
59. Payne BK. Criminals work from home during pandemics too. American Journal of Criminal Justice [Internet]. 2020 Aug 1 [citado en diciembre 2021];45(4):1. Disponible en: </pmc/articles/PMC7274935/>

8. ANEXOS

ANEXO 1: Escala Zarit para evaluar sobrecarga del cuidador informal.

Cuestionario Zarit Burden Interview (ZBI) cuidador					
Test autoadministrado					
A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona.					
Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre.					
A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.					
Nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces = 2, bastantes veces = 3, casi siempre = 4					
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
PUNTUACIÓN TOTAL					
Diagnóstico de sobrecarga > 44 puntos					

ANEXO 2: Preguntas dirigidas al anciano para la detección del posible maltrato (13).

¿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?

ANEXO 3: Aspectos a tener en cuenta en la valoración de un anciano según las 14 necesidades de Virginia Henderson para la detección de maltrato (13).

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.)

ANEXO 4: Preguntas dirigidas al cuidador para valorar su interacción con el anciano (13).

¿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?
