

EL MALTRATO EN EL ANCIANO



Autor: Kelly Corbacho Armas.

Tutor: Paloma Salvadores Fuentes.

INDICE

	<i>Págs.</i>
Resumen.....	2
Introducción.....	3 – 5
Capítulo 1. El Maltrato en el anciano.....	6 – 12
1.1 Definición y características.	
1.2 Tipos de maltrato.	
1.3 Epidemiología del maltrato en el anciano.	
1.4 Teorías sobre el maltrato en el anciano.	
1.5 Factores de riesgo para el maltrato en el anciano	
1.6 Consecuencias del maltrato en el anciano	
1.7 Marco legal contra el maltrato en el anciano	
Capítulo 2. Detección del maltrato en el anciano.....	13 - 21
2.1 Elaboración de registro dirigido a enfermería para la detección del maltrato	
Capítulo 3. Intervención de enfermería hacia el maltrato en el anciano.....	22 – 24
Conclusión.....	25
Bibliografía.....	26 – 27
Anexos.....	28 - 29

RESUMEN

El maltrato en el anciano emerge como problema social hace pocos años y no porque antes no existiera, sino por el contrario siempre ha existido como un problema oculto, sin tener la verdadera importancia en la sociedad, debido al aumento de las expectativas de vida de los ancianos, el número de casos de maltrato se está incrementando y hay que tener en cuenta el impacto de este abuso sobre la salud del anciano.

En el presente trabajo abordaremos conceptos básicos sobre el maltrato en el anciano y el papel de enfermería en el proceso de detección, para la detección del maltrato es importante contar con un instrumento que nos permita hacer una valoración general, rápida y concisa, donde se pueda recoger todos los datos, es este uno de los objetivos del presente trabajo, el hecho de tener un instrumento de valoración, permitirá realizar una evaluación adecuada de cada situación, con lo que conseguiremos detectar situaciones potenciales de maltrato.

Palabras claves: maltrato en el anciano, detección del maltrato

ABSTRACT

The abuse in the ancient emerge as a social problem a few years ago not just because it did not exist before, but on the contrary has always existed as a hidden problem, without having the true importance in society due to increased life expectancy of the elderly, the number of abuse cases reported and finally considering the impact of this abuse on the health of the elderly.

In this work we address basic concepts on abuse in the elderly and the nursing role in the detection process. In this aspect is important to have a tool that allows us to make a general assessment quickly and concisely that can collect all the data. This is one of the objectives of this work, having valuation tool will allow a proper evaluation of each situation, so get detect potential abuse situation.

Keywords: abuse in the elderly, abuse detection.

INTRODUCCION

El maltrato a las personas ancianas se ha convertido en una realidad que cada vez es más evidente y necesita una atención específica por parte del personal sanitario, y son precisamente estos rasgos particulares en el maltrato que justifican el desarrollo de este trabajo, puesto que se necesita un herramienta para identificar si un anciano sufre o no maltrato.

Se prevé que en el 2050 habrá cerca de 2.000 millones de personas mayores de 60 años, esto sería el 32% de la población en total y será la primera vez en la historia que haya más ancianos que niños en el mundo, según datos de Naciones Unidas.

Actualmente en España el 18 % de la población está compuesta por personas mayores de 65 años y según datos estadísticos está en aumento es por ello que el mensaje es claro y directo, el envejecimiento y sus implicancias es tu tema que debe abordarse.

El maltrato en el anciano es un problema extendido en todo el mundo y con poca cabida ya que poseemos pocos recursos para abordar el tema.

En la primera conferencia de Consenso sobre el maltrato al anciano - 1995 lo definen como: "Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años y mas, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.

Posteriormente diferentes organizaciones y reuniones nacionales e internacionales han conducido a la propuesta de distintas definiciones para el maltrato. Actualmente parece que existe una conciliación respecto al concepto adoptada en el 2002 por la Organización Mundial de la Salud en la declaración de Toronto, propuesta en 1995 por INPEA (International Network for the Prevention of ELder Abuse) y apoyada en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo lugar en Madrid, en el año 2002.

La declaración de Toronto -2002 dice así: el maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puedes ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.

En un estudio en el 2001 realizado en País vasco, Andalucía y Canarias, a través de una entrevista realizada a personal de Servicio de ayuda domicilio. Sus datos indicaron que 111 ancianos, un 4.7%, eran víctimas de maltrato familiar. La negligencia en el cuidado físico estaba presente en más del 70% de los casos, seguido por la negligencia en el cuidado psicoafectivo (alrededor del 50%) y el maltrato psicológico-emocional (entre 15% para los hombres y 36% para las mujeres). También había casos de abuso material y maltrato físico. ⁽¹⁾

Posteriormente en el 2008 en otro estudio se entrevisto a 2041 ancianos y a 789 cuidadores principales en el ámbito familiar el año 2005. Los datos de prevalencia eran bastante diferentes si la fuente de información era el anciano o era el cuidador. En función de las respuestas de los

ancianos, el 1.5 % decía haber experimentado maltrato pero si el cuidador era quien informaba, el porcentaje aumentaba hasta el 4.6%. Y también el tipo de maltrato difería según la fuente de información: un 1.7% de los cuidadores aceptaron haber realizado abuso económico, maltrato psicológico y/o maltrato físico, mientras que los ancianos denunciaban haber sido víctimas de abuso económico 0.8% de los casos, 0.5% de negligencia, 0.5% maltrato psicológico y solo el 0.3% de maltrato físico. ⁽²⁾

En España, el reconocimiento de malos tratos en ancianos se inició en 1990 en un congreso en Toledo ⁽²⁹⁾. En ese mismo año, Marín ⁽⁶⁾ y sus colaboradores efectúan la primera aportación pública sobre el síndrome del maltrato y el abuso al anciano en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriatriá y Gerontología, celebrado en Las Palmas. En 1995, en Almería, se celebró la I Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, constituyéndose en un serio documento que se eleva a los organismos públicos del estado y de las autonomías para recabar su atención sobre el asunto y solicitarles fondos para la educación, información y la investigación multidisciplinar. En España, según este informe, la conciencia de abuso del anciano no se ha formado todavía; se carece de programas de formación para profesionales y de información específica.

En España se echa en falta el abordaje teórico, empírico, legal y de manejo del problema, así como políticas sociales y sanitarias para la detección, prevención y resolución de tales situaciones Lázaro ⁽²⁸⁾. Así en Madrid se celebra la II Asamblea Mundial del Anciano, donde se resaltan los siguientes puntos:

- Propiciar la solidaridad intergeneracional.
- Implicar al anciano en la toma de decisiones.
- Facilitar al anciano el acceso a los cuidados sociales básicos propiciando su derecho a la salud con especial consideración a las áreas rurales
- Negociación del estado con empresas farmacéuticas para facilitar el acceso de todos los ancianos a los medicamentos básicos con bajos precios, especial consideración para la mejora de cuidados a los enfermos aquejados de enfermedades mentales, con especial consideración a la enfermedad de Alzheimer
- Legislar e incrementar los esfuerzos legales para eliminar cualquier abuso
- Proteger su vida y su dignidad hasta su fin natural, proveyendo todos los cuidados paliativos, instar al anciano para que conserve su autosuficiencia y movilidad y observe la evolución de la sociedad actual como algo que les es propio, nunca con ajenidad, pesimismo o rechazo.
- Promoción de la educación desde la infancia, para entender que el anciano tiene lugar activo en la sociedad.
- Luchar por eliminar falsos estereotipos en el anciano en los medios de comunicación: visión positiva de sí mismo.

Podemos ver que el tema se ha tratado y se ha intentado implantar estamentos que ayuden a abordar el tema, pero en la práctica esto no se lleva a cabo. Si hacemos un análisis racional y actual de los casos que se presentan en los centros asistenciales, en las consultas clínicas y en los medios de comunicación se pueden establecer barreras que dificultan la detección del maltrato, y por ello, un adecuado estudio epidemiológico. Estas barreras se sitúan en la propia víctima, en los amigos y/o familiares de la víctima, en el maltratador, en los profesionales y en los recursos estructurales.

Los objetivos del presente trabajo son:

1. Definir marco teórico y epidemiología.
2. Identificar los factores de riesgo en el maltrato en ancianos.
3. Elaborar un instrumento que ayude a la detección del maltrato en ancianos.
4. Proponer estrategias de la intervención de enfermería dirigidas hacia el maltrato.

En el transcurso de este trabajo, recordaremos conocimientos previamente aprendidos, y adquiriremos conocimientos nuevos para dirigirlos hacia las competencias de enfermería.

En el primer capítulo hablaremos sobre la definición, características, tipos, epidemiología, teorías acerca del maltrato, factores de riesgo que desencadenan el maltrato en el anciano, consecuencias y consideraciones sobre el marco legal.

En el segundo capítulo se tratan aspectos importantes a tener en cuenta para detectar el maltrato y en el tercer capítulo plantearemos posibles intervenciones de enfermería para el maltrato y por último en la sección anexos encontraremos tablas citadas a lo largo del presente trabajo.

Las fuentes bibliográficas que se han revisado para elaborar el presente trabajo son muy variadas, se revisó la BUC, bases de datos como: Dialnet, Pubmed, Elsevier, CUIDENplus, Psycodoc y Google académico y también hice revisión de libros especializados en Gerontología en español e inglés.

El equipo de salud, principalmente los profesionales de enfermería, tenemos un papel importante y fundamental en la detección e intervención en el maltrato al anciano, las enfermeras/os estamos obligados a conocer con más profundidad el alcance y las consecuencias de este problema que crece silenciosamente ante la indiferencia de la sociedad.

Con este trabajo se pretende dar una visión amplia y estructurada de los conceptos que están dentro del maltrato al anciano, y principalmente proponer instrumentos para la detección del maltrato y estrategias de intervención dirigidas a la enfermera/o y al equipo de salud.

CAPITULO 1

EL MALTRATO EN EL ANCIANO

1.1 Definición y características

Aunque no hay una definición ampliamente aceptada sobre el abuso en el adulto existen diferentes organizaciones se pronuncian respecto al tema pero dentro de las mas utilizadas y aceptada esta el que propone la Organización International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) que la define como “un acto único o reiterado u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza.”⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) así lo define: “acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.”⁽⁴⁾

1.2 Tipos de Maltrato en el anciano

Los malos tratos al anciano han sido clasificadas en siete categorías de las cuales tenemos:

Maltrato Físico: Son actos en los que se utiliza la fuerza física, bien directamente o con distintos objetos, y que resultan agresivos al cuerpo del anciano, motivando daño corporal anatómico o funcional, como pueden ser patadas, bofetadas, puñetazos, torsiones de extremidades, pinchazos, quemaduras, empujones, etc. Significan el 25.7% según estudio realizado por Yuste Marco, 2003.⁽⁵⁾

Maltrato Psicológico: Son palabras o actuaciones de intimidación o humillación, así como actos de omisión de actividades (aislamiento familiar o social, desprecios personales, gritos, insultos, amenazas, intimidaciones, etc.) que busquen y desencadenen en el anciano sensación de malestar, estrés, angustia, estado de irritación o dolor emocional. Corresponden a un 34.4% de los tipos de maltratos diagnosticados.

Maltrato sexual: Es el uso corporal sin consentimiento del anciano(o anciana), tocamientos y violaciones. También incluye: desnudar y/o fotografiar al anciano con fines perversos pornográficos o de humillación, dejación, etc. que podrían enlazar con los psicológicos.

Maltrato económico: consiste en utilizar ilegalmente los medios económicos del anciano de forma indebida y sin su consentimiento, como puede ser dinero en metálico o a través de cheques, “malversación de fondos” que a su vez pueden ser falsificando la firma o haciendo firmar al anciano, unas veces por engaño y otras obligados por la fuerza o por amenazas (en el caso de no firmar).

Negligencia: Es la deficiencia por parte del cuidador para prevenir, mantener o proporcionar el estado de salud o estabilidad psíquica que otorgue buena calidad de vida. Así como el aporte de alimentos adecuados que evitan daño físico, funcional, o puedan provocar estado de angustia o daño mental. Este grupo de alteración en el cuidado del anciano alcanza la mayor incidencia, un 48.7%.

En consecuencia es la falta de cumplimiento por parte del cuidador de cualquiera de todas las atenciones u obligaciones que se tiene hacia el anciano, bien directamente hacia su persona, como es la falta de higiene personal, realice las actividades físicas y funcionales indicadas por el médico o fisioterapeuta, así como verificar cambios posturales periódico si los precisa.

Abandono: Es cuando el cuidador deja desamparado y solo al anciano de forma imprevista, sin previo aviso y sin tiempo suficiente para poder encontrar otro cuidador o localizar un lugar donde poder vivir con dignidad. El abandono puede ser temporal, de corto o largo tiempo. El primero es por unas horas, por múltiples razones, justificadas o no. Finalmente esta el abandono definitivo, el cuidador se va, unas veces, sin dar explicaciones a nadie (ni al anciano ni al familiar) y otras veces informando de su marcha inmediata. No es infrecuente acudir al servicio de urgencias con el anciano (frecuentemente afecto de uno o más procesos crónicos) alegando agudización de una de estas patologías, quedar ingresado en el hospital y desaparecer el cuidador y cuando va a ser dado de alta, no encontrar a una persona responsable que se haga cargo de sus cuidados. Este tipo de maltrato es el menos frecuente, se cuantifica en un 2.9%.

Maltrato auto personal "auto negligencia": Es cuando el anciano decide abandonar su propio cuidado personal, higiene, de salud, alimentación, hidratación, medicación, aislamiento psíquico, familiar, social, etc. No es infrecuente decida el propio anciano sea este el camino de autolisis.

1.3 Epidemiología del maltrato en el anciano

No existe estudios con base poblacional que permitan estimar la magnitud de este problemas en España, aunque hay algunos trabajos ⁽⁶⁾ que han intentado investigarlo, tanto del punto de vista epidemiológico como mediante la búsqueda de herramientas diagnósticas y factores de riesgo. Sus resultados no se pueden extrapolar a la población general.

Las cifras oscilan, según el ámbito de estudio, desde el 35 % en los ancianos atendidos por los servicios sociales ⁽⁷⁾ al 8.5% en los hospitalizados. En un estudio de prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos ⁽⁸⁾ sin confirmación diagnóstica se obtuvieron cifras del 11.9%.

En Estudios realizados en otros países, como Estados Unidos ⁽⁹⁾, Canadá ⁽¹⁰⁾ y Reino Unido ⁽¹¹⁾, se encontraron cifras de prevalencia del 3-6% en mayores de 65 años. Un informe ⁽¹²⁾ sobre las enfermeras de asistencia a domicilio mostro que más del 36% de ellas habían sido testigo de maltrato físico y el 81% de maltrato psicológico.

Los agresores eran, en el 66% de los casos, los propios cónyuges, mientras que en el resto lo fueron los hijos mayores.

Respecto al perfil de la persona agresora, en un 50% de los casos es el/la cuidador/a principal a consecuencia del estrés provocado por las responsabilidades. Entre las personas, un 85% es del entorno familiar. En un 37% el/la agresor/a también es mayor de 65 años. El 53% de agresores son hombres y el 47% mujeres.

Respecto al perfil de la persona maltratada, el 80% son mujeres y el 20% son hombres, hay que destacar que la mujer es más longeva y sufre enfermedades degenerativas y otras enfermedades discapacitantes.

Respecto a la incidencia de los tipos de maltrato, la negligencia es el más elevado, seguido por el maltrato físico y por último el maltrato económico

1.4 Teorías sobre el maltrato en ancianos

El saber de los posibles factores desencadenantes del maltrato es muy importante para el profesional sanitario en la prevención y detección del maltrato. Algunos autores^{21, 22, 23} (y también la Asamblea Médica Mundial, 2000) han expuesto diferentes teorías que pretenden explicar el maltrato en el anciano y sus causas, de las cuales tenemos:

1. *Teoría del aprendizaje social o de la violencia transgeneracional:* Establece que la violencia se aprende; de este modo, es probable que niños maltratados cuando crezcan se conviertan en maltratadores de sus padres.
2. *Teoría del cansancio (estrés=tensión) del cuidador:* Establece que el maltrato y la negligencia para con el anciano aparecen cuando los factores estresantes tanto externos como relacionados directamente con el cuidado superan un determinado umbral en el cuidador.
3. *Teoría del asilamiento:* Expone que la privación de las redes sociales es un factor de riesgo para sufrir maltrato y negligencia.
4. *Teoría de la dependencia:* La fragilidad funcional (pérdida de autonomía) y la enfermedad (enfermedades crónicas y alteraciones cognitivas, entre ellas la enfermedad de Alzheimer) son condiciones de riesgo para que se dé el maltrato.
5. *Teoría de la psicopatología del maltratador:* Establece que el agente de maltrato posee características de personalidad consideradas patológicas (esquizofrenia, ideas paranoicas, etc.).
6. *Otras teorías propuestas:* Desde el consumo de sustancias tóxicas por parte del cuidador, hasta la dependencia de este sobre la persona que recibe los cuidados (la víctima). También se señalan cuestiones socioculturales y ambientales como la adecuación de la vivienda, la actitud social ante la vejez o la cultura de ayuda o solidaridad.

Esta diversidad de teorías explicativas del maltrato no puede verse de manera aislada; seguramente, en cada caso de maltrato al anciano hallaremos una mezcla más o menos variada de estas causas; por ende, la detección de una o varias de ellas nos permitirá estar atentos ante la posibilidad de la existencia o riesgo de maltrato

1.5 Factores de riesgo para el maltrato en el anciano

El maltrato al anciano puede ser motivado por una serie de circunstancias personales y factores de riesgo que Cooney y Mortimer en 1995 describen y diferencian en un origen de procedencia distinta: en la mayoría de los casos son motivados o inducidos por el cuidador, considerado en principio como “presunto agresor”. Circunstancias y factores por parte de la víctima y los inducidos por el medio ambiente.

A. *Circunstancias y factores de riesgo de malos tratos relacionados con el agresor:*

- Habitualmente, en la mayoría de las ocasiones de malos tratos al anciano es el cuidador.
- Parentesco con la víctima: Esposo, hijo, sobrino, etc.
- Tiene problemas familiares.
- Tiene escasa formación educativa y cultural.
- No acepta el papel o responsabilidad de cuidador y lo hace por obligación o necesidad.
- Es consumidor de fármacos (preferentemente psicotrópicos), alcohol, drogas, etc.
- Tiene escasos o nulos contactos sociales y rechaza ayudas personales o sociales.
- Económicamente es dependiente de la víctima, directa (gastos generales) o indirectamente (vivienda, etc.) o tiene problemas financieros.
- Padece enfermedad orgánica (frecuentemente crónica) o tiene discapacidad física.
- Alteraciones de la personalidad, afecto de enfermedad psiquiátrica o psicopatológica sexual.
- En la entrevista (que debe realizarse aislado con él y procurando empatizar) presenta actitud hostil, suspicaz o irritabilidad.
- Sentimiento de frustración e inutilidad que llegan a provocar estado de “incapacidad para la vida”
- Tiene antecedentes de violencias.
- En su profesión y convivencia tiene antecedentes de absentismo, insubordinación, rivalidad con compañeros.
- El cuidador muestra fácil pérdida de control psíquico y conductual.
- Sufre estado de estrés (por diversas causas: trastornos del sueño, pérdida de trabajo, problemas conyugales o familiares, económicos, sociales, salud, cansancio, etc.).

B. *Circunstancias y factores de riesgo de malos tratos relacionados con la víctima*

- La mayor incidencia de maltrato es en mujer de 75 o más años.
- Importante deterioro anatómico o funcional (pluripatológico o con enfermedad crónica y/o progresiva).
- Por ser dependiente de su cuidador o cuidadora para las actividades de la vida diaria (ABVD).
- Por ser portadora de problemas y conductas anormales, comportamiento difícil, incontinencia (s), agresividad, insomnio, agitación nocturna, etc.
- Por el deterioro cognitivo o amnesia que padece.
- Por la convivencia con un familiar o social en que vive.
- Por tener alteraciones conductuales de tipo sexual.
- Presentan signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene, consecuencia de alteración en la dosis de fármacos. Mal vestida.

C. *Circunstancias y factores de riesgo procedentes del medio ambiente*

- En la convivencia familiar o asilada:
 - o Discrepancias frecuente entre el anciano y cuidador.
 - o Respuestas inadecuadas, difusas o de difícil comprensión por la víctima o del cuidador.
 - o Sueldo bajo.
 - o Importante deterioro de la vivienda (deficiente mantenimiento calor/frío, humedad, etc.).
 - o Vivienda monótona y sin estímulos (no salen de paseo, etc.).
- Convivencia institucionalizada en residencias para mayores
 - o Escaso número de personas cuidadoras o con deficiente formación.
 - o Cambios frecuentes de personal o de funciones del mismo.
 - o Sueldos bajos de los trabajadores, jornadas prolongadas o muy estresantes.
 - o Instalación inadaptada para personas mayores, escaleras, etc. No tiene zonas de ocio, aire libre, jardines, etc.
 - o Incomunicación de dirección o personas responsables con los trabajadores o los ancianos residentes.
 - o Respuestas inadecuadas, desproporcionadas o fuera de tiempo cuando se sabe la existencia de malos tratos.
 - o Edificio inadecuado al destino institucional para mayores, en extensión, peligrosidad, falta de cuidados de mantenimiento o existencia de puntos peligrosos (cables y enchufes de luz, fácil salida de gas, etc.)

1.6 **Consecuencias del maltrato en el anciano**

Las consecuencias y los costos financieros y humanos, directos e indirectos, del maltrato de las personas de edad se estiman considerables, si bien todavía no se conoce su verdadera magnitud.

Se han realizado muy pocos estudios empíricos para determinar las consecuencias del maltrato, aunque en los estudios clínicos y de casos hay abundante información sobre las graves dificultades, principalmente emocionales, de las personas mayores maltratados.

Haciendo un resumen de la información recolectada de los estudios, mencionaremos las consecuencias que pueden sufrir a largo plazo, para la salud física y psíquica, los malos tratos a los anciano ⁽³¹⁾

1.6.1 Daños permanentes como consecuencias de lesiones físicas: Aunque las consecuencias físicas del maltrato dependen del tipo de heridas o daños sufridos, de la intención, gravedad, intensidad, frecuencia y duración de los malos tratos y de la disponibilidad y prontitud del apoyo médico y social, hay que considerar que, para los ancianos, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves. Se trata de personas físicamente más débiles y más vulnerables que los adultos más jóvenes, sus huesos son más quebradizos y los procesos de procesos de convalecencia son más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes.

1.6.2 Consecuencias psicopatológicas: Es común referir dos grandes consecuencias psicopatológicas tras la experiencia de maltrato: la depresión y el estrés postraumático. Sin embargo, en el caso de las personas de edad avanzada, habitualmente se alude a los estados depresivos intensos, tal vez porque es más difícil que pueda tener lugar conductas de evitación o, aun menos, estrategias activas de afrontamiento. Por tanto, en el caso de los ancianos, la experiencia traumática de maltrato, sobre todo si es continuado, puede ser la mejor caracterización de una situación de indefensión que conduce a la denominada depresión por desesperanza. Sin embargo, no es posible en el estado actual de conocimiento, determinar la verdadera naturaleza de esta depresión, es decir, si esta es la causa o la consecuencia del maltrato. En diversas investigaciones realizadas en los países desarrollados se encuentra ciertos datos fidedignos que demuestran que la depresión o las dificultades psicológicas son más frecuentes en los ancianos maltratados que en sus pares no maltratados.

1.6.3 Muerte: En una investigación, sumamente importante, realizada en New Haven (EEUU), los datos de un estudio integral anual de salud y bienestar efectuado en una muestra representativa de 2812 personas mayores, todos los años durante nueve años, se combinaron con la base de datos del organismo local que se ocupa de los problemas de maltrato de los ancianos. La información de la encuesta de salud fue registrada por enfermeras que entrevistaban a las personas ancianas en un hospital, el primer año para registrar sus datos y luego cada tres años. En los años intermedios, los datos se actualizaron telefónicamente. La información sobre los malos tratos y descuidos fue recopilada por asistentes sociales que utilizaron los protocolos existentes tras investigar las denuncias de maltrato. La base de datos combinada permitió a los investigadores identificar a los integrantes de la muestra que habían sido víctimas comprobadas de maltrato físico o descuido. Se calcularon luego las tasa de mortalidad para los que habían sido víctimas de malos tratos o descuido como para el resto del grupo. Cuando se compararon las tasas de mortalidad de ambos grupos, 13 años después de iniciado el estudio, se informó de que el 40% de las personas que no habían sido víctimas de maltrato o descuido aun vivían, mientras que en el otro grupo la proporción era del 9%. Después de verificar todos los factores que podían influir en la mortalidad (como la edad, sexo, ingresos, condiciones funcionales y cognitivas, el diagnóstico y el grado de apoyo social) y al no haber encontrado ninguna relación significativa con estos otros factores, los investigadores concluyeron que el maltrato puede aumentar el riesgo de muerte.

1.7 Marco legal contra el maltrato en el anciano

El marco legal sobre el maltrato en el anciano es un tema muy extenso del cual podríamos dedicarle un capítulo completo donde podríamos hablar y analizar las diferentes leyes producto de numerosas reuniones para abordar este tema, pero para efectos de este trabajo y a modo informativo abordaremos el marco legal en tres grandes ámbitos y de interés para este trabajo.

1.7.1 Ámbito internacional

A partir de los principios básicos que informan la declaración de los derechos del hombre y del ciudadano de 26 de agosto de 1978, la Declaración de Derechos Humanos proclamada por la Asamblea de las Naciones Unidas, la 41ª Asamblea Médica Mundial (celebrada en Hong Kong en septiembre de 1989 y revisada editorialmente en la 126ª Sesión de Consejo, Jerusalén, Israel, mayo 1990) analiza los presupuestos, causas y manifestaciones del problema, así como el grado de responsabilidad médica. En la II Asamblea Mundial del Anciano, celebrada en Madrid en 2002 y en la declaración de Toronto (noviembre de 2002) se resalta la falta de marcos legales apropiados.

Debemos tener en cuenta que los organismos internacionales disponen de su prestigio para inspirar sucesivas de reuniones para desarrollar normativos regionales y locales.

1.7.2 En la comunidad Europea

Se puede considerar en algún caso que las directivas comunitarias no son propiamente derecho nacional aplicable, en tanto no sea incorporado al ordenamiento jurídico mediante la correspondiente norma de trasposición, es cierto que nuestro derecho constitucional, por una parte, y las declaraciones jurídicas por otra, determinan que las directivas comunitarias son fuente de derecho y que en caso de no producirse su transposición a la norma nacional se genera responsabilidad del estado por el retraso respecto a los daños que pudieran causarse al ciudadano. Citaremos algunas instancias:

Parlamento Europeo: Tratado de Ámsterdam, de 19 de junio de 1997. De extraordinaria transcendencia, este tratado regula el marco social Europeo, estableciendo determinadas provisiones respecto a la protección laboral, económica, asistencial y sanitaria de los ancianos.

Carta de los Derechos Fundamentales de la UE: proclamada por el consejo, el Parlamento Europeo y la comisión durante la cumbre europea de Niza en diciembre de 2000. Esta carta recoge en un único texto el conjunto de los derechos civiles, políticos, económicos y sociales de los ciudadanos europeos y de todas las personas que viven en el territorio de la unión.

CAPITULO 2

DETECCION DEL MALTRATO EN EL ANCIANO

Es obvio que las manifestaciones físicas del maltrato son fácilmente reconocibles, aunque cabe destacar que a pesar de que el impacto de estas es muy importante sobre la salud del anciano, hay una detección más difícil con relación a otros tipos de maltrato. En primer lugar, aunque el abuso al anciano ocurre tan frecuentemente como otra forma de violencia domestica, la detección y registro son menores; algunos autores anotan una razón de un registro frente a seis casos existentes ⁽¹³⁾, otros apuntan hasta una relación de 1 a 15 registrados en gran proporción por los trabajadores sociales; a mucha distancia están los registros de enfermeras/os y, por último, los de los profesionales médicos ⁽¹⁴⁾. Existen varios factores que influyen en la detección y el registro de un abuso a un anciano; a veces el anciano presenta un grado importante de dependencia del cuidador o una implicación emocional, una necesidad de permanecer en la casa o esta institucionalizado, etc. La falta de conocimiento (Pénale, 1993; Rosenblat, Cho y Durance, 1996), así como la diferencia de criterio al registrarlo, también contribuyen al problema de la escasa detección (Tatona, 1993; Blakely, Dolon y May, 1993). Otra barrera es la actitud profesional y social ante las personas mayores, según la cual los profesionales identificarían y tratarían el abuso al anciano como un serio problema de salud, dentro del ámbito de su competencia (Matlaw y Mayer, 1996). A veces el anciano tiene una actitud sumisa y esta aterrado para hablar. ⁽¹⁵⁾

Los profesionales de la salud, especialmente las enfermera/os, debido a su relación directa con la familia cuidadora y con otros agentes del cuidado, debemos ser muy susceptibles a estos casos utilizando recursos que disponemos para la detección pronta; la actuación a través de equipos multidisciplinarios es la mejor manera de coordinar la atención de forma integral del caso de maltrato. El enfoque multidisciplinario beneficia a la víctima del maltrato y disminuye la carga de responsabilidad, que es así compartida por los profesionales implicados en el seguimiento del caso. No obstante, la detección del maltrato por parte del profesional conlleva una serie de dificultades ⁽¹⁶⁾apunta algunas de ellas, como son: la poca o nula información para reconocer el maltrato al anciano, la actitud desfavorable hacia al anciano, la poca información en la bibliografía sobre el maltrato al anciano, la incredulidad y la desgana para atribuir signos al maltrato, la presencia sutil (deshidratación, escasa higiene, etc.) el aislamiento de las víctimas, el miedo a descubrir o enfrentarse al abusador, la resistencia a denunciar el maltrato si es solo una sospecha, la persona maltratada no quiere que el abuso sea denunciado, la falta de conocimientos sobre los procedimientos en la denuncia del hecho y por último, el temor a arriesgar la relación con el anciano y la familia.

Los instrumentos de medida actuales para la evaluación de los malos tratos en ancianos varían desde los que intentan diferenciar casos positivos (victimas), casos negativos (no victimas) hasta los que pretenden hacer una clasificación detallada. También existen inventarios que intentan detectar las personas que se encuentran en situación de riesgo.

Todos los estudios señalan que no existen grandes progresos en las escalas de medida de los malos tratos desde los años ochenta

Entre los instrumentos más usados tenemos:

1. *Spiane de Jonson (1981)*

Protocolo de selección para determinar los malos tratos y la negligencia. Consta de una entrevista estructurada y un test de selección. Se centra, sobre todo, en los malos tratos físicos y en negligencia.

2. *Protocolo de identificación y Evaluación de los Malos Tratos y Negligencia de Tomita (1981)*

Se presenta como estrategia de evaluación para la explotación profesional. Tiene 6 tipos de malos tratos: agresiones físicas, violencia psicológica y verbal, explotación material, omisión o negligencia, agresiones sexuales y abuso de medicamentos. El diagnóstico se fundamenta en la entrevista con el paciente, síntomas que presenta y el examen físico.

3. *Estado de Salud y Actitud frente a la vida (HALF) de Ferguson y Beck (1983)*

Trata de evaluar la dinámica familiar en cuatro caminos: el estado de salud, la actitud frente al envejecimiento, las condiciones de vida y la economía. Consiste en una medida tipo Likert que evalúa el comportamiento abusivo de la familia.

4. *Detección de Malos tratos (EADI) de Bloom (1989)*

Consta de entrevista estructurada y observación. Obtienen los datos a través de los antecedentes médicos (heridas inexplicables), las conclusiones del médico y las observaciones (angustia, estrés, etc.). Esta prueba ha sido severamente criticada porque, debido a su escasa fiabilidad, no se puede generalizar la evaluación realizada.

5. *Índice completo de Malos Tratos de Sengstock y Hwalek (SHCIAE)*

Se puede considerar una de las escalas más completas, con un contenido de 26 páginas. Evalúa malos tratos físicos, negligencia física, violencia psicológica, negligencia psicológica, explotación material y violación de los derechos de la persona. Las respuestas se dan según la frecuencia de acontecimientos observados o encontrados.

6. *Inventario de Servicios de protección del Pennsylvania Department of Aging (OAPSIR)*

Trata de evaluar los mismos parámetros que el anterior, pero es más corta y operativa, consta de 6 páginas. Se puntúa en una frecuencia de acontecimientos de 1 a 3. También existe un espacio reservado para la fuente y naturales de la agresión, que permite discriminar entre heridas accidentales y malos tratos.

7. *El inventario de Stones (EAST)*

Para su elaboración se aplicaron 112 preguntas sobre el maltrato a 364 ancianos y a 264 profesionales. Cada participante tuvo que evaluar cada ítem en una escala de 1 a 5. Tan solo los ítems evaluados por el 80% de los participantes como abuso indudable fueron tenidos en cuenta. Hubo consenso entre profesionales y personas mayores sobre la medida de gravedad, por lo que se aceptaron como maltrato los ítems que obtenían puntuaciones superiores a 3. El resultado final fue la escala Elder Abuse Survey Tool (EAST), que comprende 71 elementos fiables agrupados en 9 categorías: agresiones físicas, negligencia excesiva, riesgo para la salud, ausencia de cuidados facilitados por una persona remunerada o no, presiones inducidas, comportamientos humillantes, abusos en las instituciones y humillación verbal.

Las visitas rutinarias que habitualmente realizan los profesionales sanitarios, sobre todo los de enfermería, pueden ser de gran utilidad para la detección del posible maltrato. Butler ⁽¹⁷⁾ señala algunas preguntas simples y directas hacia el anciano:

- ¿Alguien le ha pegado?
- ¿Algún miembro de la casa le tiene amenazado?
- ¿Alguien le ha quitado alguna de sus pertenencias sin pedirle permiso?
- ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas que usted no quiera 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 comprende?
- ¿Se siente seguro donde usted está viviendo?

Es muy importante que la entrevista se realice en privado, pues la presencia del posible abusador puede intimidar al paciente, al igual que puede ser reticente a revelar información delante de otras personas, entre ellas el personal sanitario. Whinham ⁽¹⁸⁾ propone una serie de preguntas hacia el cuidador que sería útil para valorar su interacción con el anciano y el posible riesgo de existencia de maltrato al anciano, estas preguntas son:

- ¿Le ocasiona mucho trabajo cuidar a.....? ¿Es un trabajo cansado o frustrante para usted?
- ¿Tiene ayuda en el cuidador de.....? ¿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?
- ¿Será útil para usted la ayuda de alguien para proporcionar los cuidados?
- ¿Cuál será la mejor ayuda para usted?

Mediante la entrevista, la enfermera/o puede reconocer las características del cuidador de la persona anciana y del entorno que determinan las situaciones o factores de riesgo. ⁽¹⁹⁾

La valoración de enfermería es una herramienta fundamental para detectar el maltrato al anciano. La valoración física inicial será de gran utilidad para detectar los signos evidentes de maltrato físico los cuales detallamos a continuación:

- Lesiones múltiples.
- Múltiples heridas: abrasiones, escaras, laceraciones o quemaduras en varios estadios de curación.
- Múltiples fracturas en varios estados de curación. Fracturas en espiral y fracturas en vara.
- Contusiones múltiples en muñecas, hombros o alrededor del abdomen, en brazos de forma extraña, de coloración diferente en la cara interna de los muslos o brazos, en la zona genital; pequeñas o irregulares contusiones que indican pellizcos, en la boca; luxaciones y esguinces recurrentes.
- Lesiones en la cabeza, en la cara o el cuello: fractura orbitaria, hematoma ocular en antifaz y alopecia por arrancamiento del cabello de forma agresiva y brusca. Fracturas dentales.
- Quemaduras: suelen ser en lugares pocos frecuentes producidos por objetos o por líquidos calientes.
- Arañazos
- Exudación o sangrado vaginal o anal, dolor en la zona genital.
- Úlceras de presión o contracturas.

En el caso del modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson, hay que poner especial atención en los aspectos recogidos en cada una de las necesidades como posibles indicadores de maltrato, ello nos permitirá evaluar el impacto y las implicancias del posible maltrato en la salud del anciano y de la familia, estos indicadores a tener en cuenta en la valoración de un anciano/a, según el modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson para la detección del maltrato son:

- 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).
- Necesidad de comer y beber: dificultad nutricional, signos de deshidratación, cambios de peso recientes, dieta inapropiada.

- Necesidad de eliminación: incontinencia urinaria o intestinal y signos de déficit de higiene y cuidado de la zona, no facilitar el acceso al WC.
- Necesidad de moverse y mantener la posición inadecuada: dificultades en la movilidad y medidas que se adoptan para solucionar los problemas relacionados con esta posición incorrecta en la cama y/o en la ducha.
- Necesidad de dormir y descansar: características ambientales de la habitación, abrigo suficiente e higiene de la cama. Dificultad para conciliar el sueño.
- Necesidad de vestirse y desvestirse: aspecto físico descuidado, ropas no adecuadas a las condiciones climatológicas y al estado de salud del anciano.
- 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.
- Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel: aspecto físico descuidado, hábitos de higiene deficientes por parte del propio anciano o del cuidador, mal estado de las uñas. Olor en el cuerpo y en la ropa. Presencia de pulgas y piojos. Características generales del hogar, falta de limpieza, desorden, hacinamiento.
- 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 de elementos de protección. Bajo estado anímico del anciano y del cuidador, actitud poco colaboradora de la familia cuidadora. Omisión del uso de gafas y 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 sobre medicación, automedicación. Dejarlo solo en casa durante largos periodos. Confusión y desorientación.
- Necesidad de comunicarse: déficit sensorial, manifestación de sentimientos negativos o de temor hacia el cuidador y la familia. Expresión de sentimientos de cansancio y/o hostilidad hacia el anciano/a por parte del cuidador/familia. Signos de abuso sexual. Trato infantil. Evitación del contacto visual por parte del anciano. Resistencia al contacto físico directo con otros. Miedo a los extraños. Aislamiento social.
- Necesidad de vivir según valores y creencias: falta de respeto por parte del cuidador a las creencias, valores y expectativas del anciano y la actitud del anciano ante ello. Conflicto entre los cuidados de salud actuales y las creencias y valores.
- Necesidad de ocuparse de la propia realización: manifestación 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.

- Necesidad de participar en actividades recreativas: cambios en las actividades de entrenamiento y manifestaciones de aburrimiento.
- 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.).

En el listado de diagnósticos de enfermería de la NANDA ⁽²⁰⁾ podemos destacar un grupo de ellos cuya existencia puede indicar una certeza o riesgo de maltrato al anciano ya que están ligados a las causas posibles y a las manifestaciones del mismo, el grupo de Diagnósticos de enfermería para identificar riesgo o certeza de maltrato anciano/a, según NANDA son:

- Deterioro de la movilidad física.
- Déficit de auto cuidado.
 - Alimentación.
 - Baño e Higiene.
 - Vestido/acicalamiento.
 - Uso del WC.
- Aislamiento social.
- Deterioro de la interacción social.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico y/o familiar.
- Cansancio en el desempeño del papel cuidador.
- Riesgo de cansancio en el desempeño o del papel de cuidador.
- Afrontamiento inefectivo.
- Afrontamiento familiar.
 - Incapacitante
 - Comprometido
- Deterioro en el mantenimiento del hogar.
- Déficit de actividades recreativas.
- Riesgo de violencia autodirigida.
- Aflicción crónica.

La necesidad de mejorar la detección y la prevención del maltrato al anciano tiene implicaciones directas en el ejercicio de la enfermería. Las enfermeras han de ser consciente de la importancia de recoger un historial clínico asistencial global. La detección a menudo es problemática debido a que la víctima es reacia a admitir que está padeciendo malos tratos. Puede actuar así por orgullo, vergüenza, miedo, desconcierto o confusión, o porque el anciano depende de gran medida de su agresor, culpándose así mismo de su situación. ⁽³³⁾

En el caso del maltrato físico, la labor de evaluación de enfermería empieza con su primer contacto con la persona mayor y continua con cada una de las posteriores interacciones.

El primer contacto sería comenzar con una entrevista, estructurada con preguntas simples, la entrevista debe realizarse en un entorno tranquilo, cómodo y seguro, diferente al lugar donde se encuentra el cuidador/agresor; debemos crear un ambiente de confianza y facilitar así la expresión de sentimientos, garantizando la confidencialidad en todo momento y hablando al anciano con un lenguaje claro y sencillo. La Canadian Task Force y el USA Preventive Service utilizan cuestionarios que recogen unos de los tipos de maltrato en una serie de preguntas, considerándose sospechosa de maltrato una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas, así podemos realizar las siguientes preguntas: ^(31,32)

- ¿Quién le ha hecho daño?
- ¿Quien le ha hecho esto?
- ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- ¿Alguien le ha gritado o amenazado?
- ¿Quién cuida de usted en casa?
- ¿Tiene miedo de la persona que le cuida?

Posteriormente debemos formular preguntas relacionadas con su hogar y su vida familiar, que incitan a una conversación amplia, esto nos serviría para detectar posibles maltratos por negligencia y/o abuso económico:

- ¿Está satisfecho/a de su situación?
- ¿Cómo es su día normal para usted?
- ¿Quién le da a usted la medicación?
- ¿Quién le baña o le da de comer?
- ¿Alguien le ha negado alguna vez comida o la medicación?
- ¿Se siente seguro donde vive?
- ¿Alguien le ha gritado o castigado alguna vez?
- ¿Quién se encarga de la economía familiar?
- ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?

Estas serían preguntas directas y simples que se le puede realizar al anciano en donde se sospecha maltrato.

El segundo paso sería el examen físico rutinario, la enfermera debe permanecer alerta para reconocer aquellos síntomas clínicos que no concuerden con la información recogida en la historia clínica del paciente (inicialmente recogida por el médico). Esto se vuelve difícil cuando el anciano padece defectos cognitivos y está confuso o desorientado. En tal caso es recomendable localizar al cuidador principal o, si procede, a otros profesionales que hayan estado implicados en los cuidados del paciente, para confirmar los detalles. Los familiares a menudo pueden proporcionar información adicional que aclare la naturaleza de la lesión o su causa. La capacidad de observación de la enfermera es de extrema importancia en todos los casos, tanto si el estado mental del paciente es funcional como si no. Los indicadores se deben considerar en grupo

porque, aunque no prueben existencia del maltrato, desde luego indican un riesgo. Los indicadores a tener en cuenta en la exploración física están citados en la tabla 3. ⁽³³⁾

Debemos fijarnos también en situaciones tales como la mala evolución de las lesiones tras la aplicación de unas medidas terapéuticas adecuadas. Finalmente, y mediante entrevistas separadas, debe preguntarse al anciano ya al cuidador sobre detalles de cualquier lesión:

- ¿Cómo y cuando ha pasado esto?
- ¿Cuánto tiempo ha pasado entre el momento en que se produce la lesión y el momento de la atención sanitaria?
- ¿con que frecuencia pasa esto?

Para identificar maltrato sexual debemos tener en cuenta los siguientes signos de alerta:

- Quejas de dolor en la zona genital y perineal.
- Prurito genital.
- Lesiones en la zona genital: laceraciones, abrasiones, hemorragias, hematomas, etc.
- Hematomas en la parte inferior de los muslos.
- Evidencia de enfermedades de transmisión sexual.
- Miedo a mostrar la zona genital.
- Hematomas y erosiones en la zona pectoral.

Cuando las enfermeras evalúan a sus pacientes, han de ser conscientes del papel vital que desempeña los cuidadores. Siempre que pueda haber motivos para creer que se han producido malos tratos la evaluación ha de implicar al cuidador o cuidadores principales y ha de ser realizada con mucha delicadeza. En caso en los que existe maltrato, es importante evaluar el grado de comprensión del cuidador, los recursos que dispone y la buena disposición del anciano para aceptar sus atenciones.

La observación de cuidadores en busca de indicios de maltrato físico no es fácil, puesto que también pueden ser reacios a ofrecer información. Pero, no obstante, si queremos obtener una visión de conjunto que nos permita acceder la resolución de los problemas, no podemos desatender la evaluación del cuidador. Los indicadores que se podrían apreciar en un cuidador maltratador serían:

- Peticiones de ayuda frecuente (por parte del cuidador o del paciente), que incluyen el ingreso en una institución de cuidados.
- Agresión: frustración, o desesperación a menudo dirigidas hacia los profesionales.
- Síntomas evidentes de enfermedad física o mental, de agotamiento.
- Solicitud de información fuera de las entrevistas concertadas o telefónicas.
- Falta de participación en los planes de cuidado del anciano.
- Ansiedad y preocupación, sensación de asilamiento, soledad, baja autoestima, depresión.
- Indiferencia hacia el anciano.
- Alcoholismo o drogodependencia evidente.
- Crítica excesiva hacia ciertos aspectos de los cuidados del paciente.

ELABORACION DE REGISTRO DIRIGIDO A ENFERMERIA PARA LA DETECCION DEL MALTRATO DEL ANCIANO

La capacitación de las enfermeras para detectar los posibles indicios, la recogida de información en unos protocolos de evaluación necesarios debidamente rellenados, aunque se consideren procedimientos engorrosos y que llevan mucho tiempo, proporciona datos definitivos en relación a posibles casos de maltrato. Esto en si podría bastar para iniciar las actuaciones o al menos alertar a los profesionales médicos sobre la necesidad de realizar una investigación más detallada.

Uno de los objetivos planteados en este trabajo es la elaboración de un registro sencillo, ágil y resumido que este dirigido hacia las enfermeras/os, este registro pretende servir como procedimiento de exploración, para documentar signos de un posible maltrato, donde la enfermera tendrá que poner en marcha su capacidad de observación y registro, en este sentido presentamos este registro con sus diferentes apartados en el anexo 2

En la primera parte del registro no se pide que se cuantifique los datos obtenidos, sino mas bien emplear la capacidad de entrevista, escucha y empatía con el anciano, en este apartado recogeremos datos personales y sobre su ámbito familiar, debemos recordar que la entrevista se debe realizar en las condiciones mencionadas en el presente trabajo. El objetivo principal de la enfermera será establecer una relación empática y de confianza.

En la segunda parte del registro abordaremos preguntas directas sobre maltrato, donde en todo momento intentaremos que el anciano se sienta cómodo y es muy importante no presionarlo.

La tercera parte hay que cuantificar los indicadores con un puntaje 0 o 1 cual sea la situación. Para evaluar el deterioro cognitivo usaremos el test Minimental, para la valorar el deterioro de las ABVD, usaremos un registro de valoración general. Para evaluar el grado de dependencia, usaremos el índice de Barthel. En el apartado Incontinencia, usaremos el registro de valoración e intervención en la incontinencia. En la valoración del estado nutricional usaremos el registro de evaluación de la nutrición. En el apartado depresión usaremos la escala de depresión de Yesavage. En el apartado ansiedad, usaremos la escala de ansiedad de Hamilton.

Y por ultimo identificaremos las lesiones físicas: úlceras, heridas, equimosis o rozaduras/desgarros. En la sección de úlceras debemos registrar la localización y la cantidad de úlceras en cada parte del cuerpo indicada ahí, y muy importante el grado de la úlcera. En la sección de heridas hay que especificar el diámetro de la lesión. En la sección equimosis debemos especificar el color, ya que eso nos da una idea de la antigüedad de ese golpe de igual manera en las rozaduras o desgarros.

Tras recoger los datos en este registro debemos analizarlo con el equipo multidisciplinar para evaluar si el maltrato esta o no está presente.

CAPITULO 3

INTERVENCION DE ENFERMERIA HACIA EL MALTRATO EN EL ANCIANO

Existen dificultades en el proceso de intervención en dos niveles principalmente: el poder llegar a una visión compleja de la demanda y la ausencia de una verdadera interdisciplinariedad en las intervenciones. En el ámbito de la atención primaria de salud es donde los profesionales del equipo de salud pueden incidir más directamente en el problema. Varios autores^(21,22) consideran fundamental la coordinación del equipo multidisciplinar para poner en marcha programas de prevención e intervención dirigidos hacia esta problemática. Algunos autores⁽²³⁾ consideran que el papel del profesional de enfermería es básico en la detección y también en la intervención en el maltrato al anciano, son estos profesionales que mantiene un mayor y mas constante contacto con los ancianos y sus familias o cuidadores, tanto en la consulta como en la atención domiciliaria y en el ámbito comunitario en general. Una visión interdisciplinaria y próxima a la situación específica, como la del profesional de enfermería, es la que nos permite abordar con mayor posibilidad d éxito un problema tan complejo. Podemos distinguir tres niveles de actuación de los profesionales del equipo interdisciplinario, y especialmente de las enfermeras/os:

3.1 Hacia el anciano/a y la familia cuidadora

El objetivo principal de estas estrategias es la detección del posible maltrato o su riesgo, así como potenciar acciones que lo eviten o disminuyan sus posibles consecuencias, tanto en el anciano como en los cuidadores.

Para ello, es necesaria una adecuada valoración del anciano, cuidador principal, de la familia y de la vivienda; es de mucha importancia desarrollar una relación terapéutica adecuada que permita una comunicación fluida, empática y con confianza del anciano y su familia. De esta recogida de información del anciano, utilizando los registros que dispongamos o creamos que son necesarios y convenientes, detectaremos los posibles indicadores y características definitorias en el perfil del anciano, como del cuidador principal y del resto de la familia que nos pueda sugerir un posible maltrato o riesgo. Si identificamos suficientes datos para corroborar esta hipótesis, podemos utilizar algunos de los instrumentos para la detección del maltrato para hacer una detección más específica y dirigida. Evidentemente nuestro plan de atención iría dirigido a las particularidades detectadas en cada caso.

Como lo hemos mencionada en otro capítulo de este trabajo, la detección de una posible causa de maltrato precisara la participación de otros profesionales es decir una intervención multidisciplinar con la coordinación del profesional de enfermería que facilitará el contacto con el resto de los profesionales, así como la coordinación de soporte tanto comunitaria, como social o legal que precise. El equipo multidisciplinar de salud tiene que ser sensible al aumento de las necesidades de cuidado del anciano, a los indicadores y expresiones de estrés de los cuidadores y a los episodios de pérdida de control por parte del anciano o de los miembros de la familia⁽²⁴⁾. Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la labor educativa como formadores y como elementos de soporte de los cuidadores informales. Deben aprender a reconocer los signos indicadores de maltrato y los diagnósticos relacionados, además de conocer como derivarlo, si llega el caso, hacia un procedimiento legal, ágil y satisfactorio⁽²⁵⁾. No debemos olvidar que los profesionales sociosanitarios deben velar por la seguridad de los pacientes y por tanto, la denuncia de los hechos es una obligación no solo ética sino legal.

3.2 En la área comunitaria

El objetivo principal de este tipo de estrategias sería reforzar o crear iniciativas que potencien y sostengan las redes de apoyo comunitario hacia el cuidado informal, así como la sensibilización de la comunidad en un concepto positivo de la vejez y también la sensibilización ante algún problema en concreto detectado en el maltrato hacia el anciano.

Una de las intervenciones es de desarrollo de actividades de promoción de la salud relacionado con la vejez. Una de las directivas de actuación es la concienciación sobre el valor del anciano y su papel social, así como la denuncia pública de los posibles problemas de salud, fomentando hábitos saludables en el anciano como en los cuidadores.

A partir de una valoración inicial de los recursos formales e informales y de los valores socioculturales inmersos en nuestra comunidad, se puede y debe estimular la creación de programas específicos de atención a cuidadores informales, así como otro tipo de programas más creativos según recursos comunitarios existentes: programas intergeneracionales, experiencias de acogimiento, grupos de autoayuda, voluntariado, etc. Incluso si los casos de maltrato son significativos, se habrá de estructurar un programa específico de atención tanto para el anciano maltratado como para los cuidadores maltratadores.^(22,23)

Podemos extrapolar las experiencias de programas llamados empowerment o empoderamiento, realizadas en el caso de maltrato de mujeres nos pueden ser de mucha utilidad para desarrollar grupos de ancianos/as con el objetivo de conseguir que las víctimas adquieran seguridad en sí mismas y recuperen el control y el poder de decisión sobre sus propias vidas. Este tipo de programas ayuda a romper el aislamiento social al que habitualmente se ven sometidas las víctimas, ofreciendo recursos para poder desvincularse del tipo de relación o para poder reorientarla.

Aunque no hay que olvidar que el mayor y quizá más impactante maltrato no es el físico sino el psicológico y el social, el desprecio por la vejez, el aislamiento, la soledad, la falta de estímulos, ya no solo afectivo sino también sensorial, pueden ser iguales o más dañinos que el maltrato físico evidente.

3.3 Estrategias sociopolíticas e institucionales

El objetivo de estas estrategias aunque no están dirigidas directamente hacia la competencia de enfermería, hay que recordar que las enfermeras formamos parte de un equipo multidisciplinar donde algunos de ellos, tiene la responsabilidad directa de dichas intervenciones, es por ello que lo mencionamos.

El objetivo principal de estas estrategias es incidir en las políticas sociosanitarias de nuestro entorno que promuevan iniciativas y recursos dirigidos a solventar y detener el maltrato hacia el anciano.

La responsabilidad de de los profesionales sociosanitarios no acaba en la atención individual, grupal o comunitaria. Las necesidades de salud detectadas en la población deben hacerse llegar a

los poderes públicos y privados que dirigen y distribuyen los recursos sociosanitarios que son los que definen, en suma, las políticas de salud y prioridades de actuación. La deficiencia y la falta de coordinación de los recursos sociosanitarios existentes de apoyo al cuidado informal pueden ser factores que contribuyen a la persistencia y el aumento del maltrato. ⁽²¹⁾

Desde el mayor soporte para realizar los cuidados precisos en el domicilio, hasta la existencia de suficientes plazas residenciales, hospitales de día, centros de acogida, etc., son acciones fundamentales para evitar la sobrecarga en los cuidadores y, por tanto, un nivel elevado de agresión. Las desigualdades económicas que pueden generar dependencia de los cuidadores a los ancianos también son un elemento favorecedor de los malos tratos a los ancianos. ⁽²⁶⁾

La participación activa como abogados de nuestros pacientes es una de las premisas básicas en la definición de la práctica profesional de enfermería. ⁽²⁷⁾ La existencia de un marco legal específico que respalde tanto a las víctimas como a las organizaciones y los servicios que intervienen en el tema es necesaria para asegurar la protección del anciano y el adecuado tratamiento del problema.

Se han descrito muchas situaciones, conductas, síntomas o signos que pueden hacer que pensemos en la existencia de malos tratos. La queja por parte de la persona mayor es el indicador más sensible y específico, pero no siempre está presente, por lo cual a menudo tendremos que partir de estos indicadores de sospecha, a partir de los cuales confirmaremos o no la existencia de malos tratos en ancianos, cuando se ha detectado la sospecha de maltrato, debemos seguir un protocolo de actuación el cual nos indica todos los pasos a seguir y del cual se derivaran nuestras intervenciones, ya sea en la certeza de maltrato o ante la sospecha maltrato. Ver anexo 1

CONCLUSION

Es conocido que el ser humano constituye una unidad bio-psico-social, pero en ninguna otra etapa de la vida esta unión es tan estrecha, ni el factor psicológico y abuso físico tiene un papel tan significativo en la calidad de vida de las personas como en la tercera edad.

El maltrato en el anciano es uno de los problemas de salud que tiene cada vez más fuerza en la sociedad y en nuestro entorno social, aunque no vaya de la mano de una respuesta por parte de los sistemas sociosanitarios.

Teniendo en cuenta la importancia del tema, por su sensibilidad humana de las personas que lo sufren y padecen, los ancianos, y la incidencia de este problema en los últimos años, el personal de enfermería debe ser consciente de que el maltrato en ancianos existe, y que desgraciadamente es un hecho que cada vez es más frecuente en nuestra sociedad, por lo tanto debemos ser receptivas a cualquier indicio que nos indique su existencia, sea cual sea el tipo de maltrato que el anciano está sometido.

El hecho de conocer conceptos básicos del tema así como sus características, tipos, teorías, factores de riesgo, epidemiología, consecuencias y el marco legal que contempla el maltrato, así como su forma de detección, permitirá realizar una adecuada evaluación de los pacientes ancianos, con lo que conseguiremos detectar situaciones potenciales de maltrato (o reales) y tratar el tema con otros profesionales del equipo de salud para la solución del caso.

BIBLIOGRAFIA

1. Bazo Royo M.T. Malos tratos a las personas mayores: Bases para la intervención. 1º ed. Madrid: Milan Calenti; 2011.
2. Iborra I editor. Maltrato en las personas mayores en las familias en España. 2ª ed. Valencia: Fundación de la comunidad valenciana para el estudio de la violencia; 2008.
3. International Network for the prevention of Elder Abuse (INPEA). [Sede Web]. Canada: International Network for the Precention of Elder Abuse; 1997-[acceso 15 marzo del 2013]. Disponible en: www.inpea.net/
4. World Health Organisation. ¿Qué es el maltrato en el anciano? [sede web]. Genova: World Health Organisation; 1948 – [acceso el 15 marzo 2013]. Disponible en: www.who.int/hps/ageing.
5. Yuste A, Barbero Javier, Gutierrez Begoña editor. Malos tratos a personas mayores. 1ª ed. Madrid: Inmerso; 2005.
6. Marin N. Síndrome del maltrato y abuso en el anciano. Revista Especial de Geriátría y Gerontología. 1991;26:40-6.
7. Maltractaments i abusos. Activitats preventis de la gent gran. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1999.p.303-9.
8. Ruiz Sanmartín A, Atlet Torner J, Porta Marti N. Violencia domestica: prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos. Atencion Primaria. 2001; 27:331-4.
9. Pillemer K, Finkelhor D. The Prevalence of elder abuse: a random simple survey. 2ª ed.USA: Donilleen.Gerontologist; 1998;59:179-87.
10. Podnieks E editor. National survey on abuse of the elderly in Canada. 2ª ed. Canada: Ryerson Polytechnical Institute; 1992.
11. Ogg J, Bennet G. Elder Abuse in Britain. BMJ. 1992; 305:998-9.
12. Pillemer K, Moore D. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. The Gerontologist. Madrid.1989;29:314-20.
13. Childs H, Hayslip B. Young and middle aged adults, percetions of elder abuse. The Gerontologist. 2000. 40:75-85.
14. Bird P, Harrington D, Barrillo D, Shirani K, Goodwin C. Elder abuses a call to action. Journal of Burn Care. 1998, 19:522-7.
15. Kennedy M. The subtle and the overt: identifying elder abuse. WMJ. 2000.99(7):10-4.
16. Takahashi PY, Swagerty DL, Evans JM. Elder mistreatment. *Ethics Law Aging Rev.* 1999; 59:2.804-8.
17. Butler R. Warning Signs of Elder Abuse. Madrid: Masson; 1999.
18. Whindam D. The millennial challenge: Elder Abuse. Emergency Nursing; 2000; 26:444-7.
19. González R, Cantero J. ¿Qué es el síndrome del abuso en el anciano? Enfermería científica; 1997;181:18-20.
20. NANDA. Diagnosticos Enfermeros de la NANDA 2001-2002. Definiciones y clasificación. Madrid: Harcourt; 2001.
21. Tomilin S. abuse of elderly people: an unnecessar y and preventable problema. London: The British Geriatrics Society; 1989.
22. Paveza G, Cohen D, Eisdorfen C. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. Gerontologist; 1992; 32:493-7.
23. Hoban S. Elder abuse and neglect. Barcelona: Pepin; 2000.
24. All AC. A literature review: assessment and intervention in elder abuse. JGerontol Nurs. 1994 Jul.; 20(7):25-32
25. Rounds L. Abuso y Negligencia en el anciano. 2º ed. Madrid: Ribera. 1992.
26. Peralta A. La hoja roja: abusos a ancianos. 1ª ed. Madrid: Gerokomos; 1998.
27. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Enfermería comunitaria. Barcelona: Masson; 1996.

28. Lázaro del Nogal M. El maltrato como urgencia geriátrica. 2ª ed. Madrid: Ribera.;1992.
29. Suarez S. Los Malos Tratos en personas mayores. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
30. Zubiarrete I, Sarasua B, Echeburua E, De Corral P. Consecuencias psicopatológicas del maltrato domésticos. 1ª ed. Madrid: Pirámide; 1994.
31. Patterson C. Secondary prevention of elder abuse. Canadian Task Force on the periodic health examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada; 1994.
32. Rosenblatt DE. Elder abuse: what can physicians do? Arch Fam Med. 1996;5(2):88-90
33. Decalmer P, Glendenning F. El maltrato a las personas mayores. Barcelona: Paidós Iberica; 2000
34. Publicaciones Universidad Pontificia Salamanca. Maltrato de género, infantil y de ancianos. Salamanca: Kadmos; 2005.
35. Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (SEGG). [Sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia; 1948. [acceso el 15 marzo del 2013]. Disponible en: www.segg.es/segg.asp

ANEXO 1.- ALGORITMO DE LOS MALOS TRATOS EN ANCIANOS

Anciano que acude a consulta de atención

- Prevención primaria
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria

Factores de riesgo para MTA

Para el anciano:

- Edad avanzada
- Mala salud
- Incontinencia
- Deterioro cognitivo
- Dependencia física/emocional
- Aislamiento social

Para el agresor:

- Trast. Psicopatológicos
- Sobrecarga física y emocional
- Dep. Económica
- Experiencia familiar de MT

Situaciones de mayor vulnerabilidad

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

Signos de alerta

- Retraso en solicitar la asistencia
- Hiperfrecuencia a serv. De urgencia
- Adm. Involuntaria de medicamentos.
- Falta de resp. A tto.
- Mala evolución de lesiones.
- Desnutrición sin motivos.
- Deshidratación.
- Caídas reiteradas
- Contradicciones en el relato del pac.

Fomento del reconocimiento y respeto hacia la persona anciana mediante acciones educativas: familia, servicios educativos, medios de educación, servicios sanitarios, control de factores de riesgo, programas de ayuda social a los ancianos y familias

Identificación de FR o situaciones de mayor vulnerabilidad para el maltrato en el anciano (MTA)

NO

Anotar en la historia

SI

Ante la observación de signos de alerta MTA en la exploración rutinaria

Preguntar si es víctima de MTA
INTRODUCIR PREG. DIRIGIDAS A LA DETECCIÓN DE MT
(utilizar registro de detección del maltrato de enfermería)

NO

Estar alerta y hacer seguimiento de la situación

SI

Plan de atención integral y coordinado

Valorar riesgo inmediato

NO

Valoración y coordinación de la actuación por el M de la familia:

- Valoración integral.
- Informar al paciente.
- Hacer parte de lesiones.
- Comunicar al trabajador social.
- Ofrecer serv. De apoyo social (instituciones, servicios de atención a domicilio, centros de día)
- Remitir a servicios especializados.
- Buscar estrategias de protección si riesgo de nuevas agresiones.
- Hacer un plan de seguimiento.
- Control de FR vulnerables.
- Apoyo al cuidador.
- Tratamiento psicopatológico del cuidador si precisa.
- Anotar en la historia

SI

Físico
(Gravedad de lesiones)

Psíquico
(Riesgo autolítico)

Social (amenaza para la vida o abandono)

Hacer parte de lesiones

Remisión a S. de urgencias del hospital

Remisión a S. de urgencias del hospital

Comunicación inmediata al juzgado

Pasada la situación aguda proseguir las actuaciones de coordinación y seguimiento en Atención Primaria

Agresiones sexuales

Remitir siempre al hospital para valoración ginecológica y forense

Fuente: España, Malos tratos a los ancianos. Grupo de salud mental del PAPPS.

ANEXO 2.- REGISTRO PARA DETECCION DE MALTRATO EN ANCIANOS

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

DIA:

HORA:

ACOMPANAMIENTO: SI ____ NO ____ NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:

RELACION CON EL PACIENTE:

1. NOMBRE DEL PACIENTE
2. EDAD
3. FECHA DE NACIMIENTO
4. LUGAR DE NACIMIENTO
5. LUGAR DE RESIDENCIA
6. HISTORIA FAMILIAR
7. DINAMICA FAMILIAR
8. VALORACION DE LAS ABVD
9. SITUACION LABORAL
10. DATOS DE LA FAMILIA Y ACTIVIDADES SOCIALES
11. INGRESOS ECONOMICOS: DEPENDE DE ALGUIEN O ALGUIEN DEPENDE DE EL?

PREGUNTAS DIRECTAS SOBRE MALTRATO

1. ¿Alguien le ha hecho daño en casa/residencia?

SI

☐

NO

☐

NO CONTESTA

☐

Si la respuesta es afirmativa. ¿Quién? _____

2. ¿Tiene miedo de alguna persona que vive con usted?

SI ☐

NO ☐

NO CONTESTA ☐

Si la respuesta es afirmativa. ¿Quién? _____

3. ¿le han amenazado?

SI ☐

NO ☐

NO CONTESTA ☐

Si la respuesta es afirmativa. ¿Quién? _____

4. ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?

SI ☐

NO ☐

NO CONTESTA ☐

Si la respuesta es afirmativa. ¿Quién? _____

5. ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por si mismo?

SI ☐

NO ☐

NO CONTESTA ☐

Si la respuesta es afirmativa. ¿Quién? _____

6. ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?

SI ☐

NO ☐

NO CONTESTA ☐

Si la respuesta es afirmativa. ¿Quién? _____

7. ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?

SI ☐

NO ☐

NO CONTESTA ☐

Si la respuesta es afirmativa. ¿Quién? _____

8. ¿Alguien toma cosas que le pertenece, sin su permiso?

SI ☐

NO ☐

NO CONTESTA ☐

Si la respuesta es afirmativa. ¿Quién? _____

9. ¿Está sola/o a menudo?

SI ☐

NO ☐

NO CONTESTA ☐

Si la respuesta es afirmativa. ¿Quién? _____

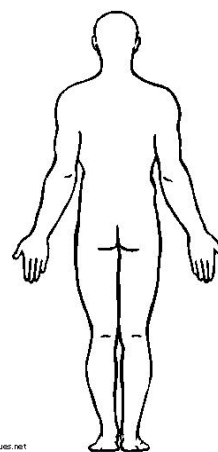
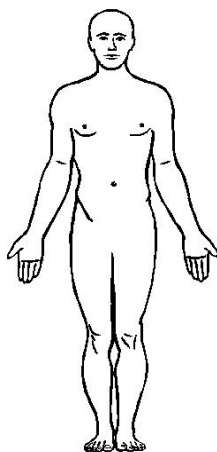
REGISTRO CON PUNTUACION: PARTE 2

Nombre:	Puntos
1. GENERO: Hombre= 0 puntos Mujer = 1 puntos	
2. ESTADO CIVIL: Casada/o =0 puntos Soltero(a)/viudo(a)= 1 punto	
3. EDAD: Menos de 74 años=0 punto 75 años a mas= 1 punto	
4. DETERIORO COGNITIVO: APLICAR EL TEST MINIMENTAL Deterioro leve=0 puntos Deterioro moderado/grave= 1punto	
5. DETERIORO DE LAS ABVD: APLICAR REGISTRO DE VALORACION GENERAL Deterioro leve= 0 puntos Deterioro moderado/grave= 1 punto	
6. GRADO DE DEPENDENCIA: Aplicar registro Barthel Leve=0 punto Moderado/grave= 1 puntos	
7. INCONTINENCIA: Aplicar registro de evaluación de la incontinencia No= 0 puntos Si (doble)= 1 punto Si (simple)= 1 punto	
8. ESTADO NUTRICIONAL: Aplicar registro de evaluación nutricional Riesgo de malnutrición=0 punto Malnutrición= 1 puntos	
9. DEPRESION: Aplicar registro de escala de depresión de Yesavage No= 0 puntos Si=1 punto	
10. ANSIEDAD: Aplicar registro de escala de Hamilton No= 0 puntos Si=1 punto	
11. ESTADO DE LA ROPA Limpia= 0 puntos Sucia= 1 punto	
12. HIGIENE CORPORAL Limpio(a)=0 puntos Sucio(a)=1 punto	
13. ESTADO DE LA PIEL: luego evaluar este apartado en la sgte. hoja Sana: o puntos Ulceras/heridas/equimosis=1 punto	
TOTAL PUNTOS	
FECHA	
FIRMA	

EXPLORACION FÍSICA

1. ULCERAS

Localización	Grado/cantidad	Color/tamaño
• De cubito Supino		
Occipucio	_____	_____
Omoplatos	_____	_____
Codos	_____	_____
Sacro	_____	_____
Talones	_____	_____
• Decúbito prono		
Mejilla/oreja	_____	_____
Hombros	_____	_____
Senos (mujeres)	_____	_____
Genitales (hombres)	_____	_____
Rodillas/dedos del pie	_____	_____
• Decúbito lateral		
Oreja	_____	_____
Acromion	_____	_____
Costillas	_____	_____
Caderas	_____	_____
Maleolo	_____	_____
• Sedestacion		
Sacro	_____	_____

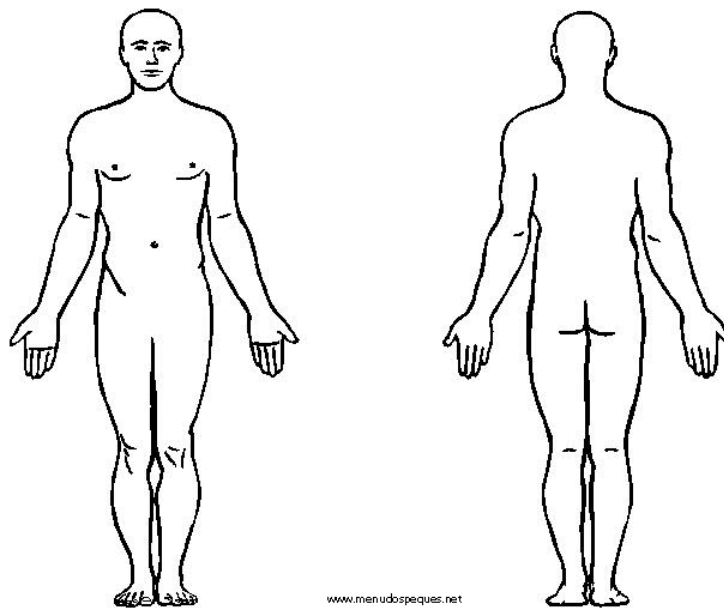


www.menudospieques.net

2. HERIDAS

Localización	Diámetro	Estado*
• Hombros	_____	_____
• Glúteos	_____	_____
• Muslos	_____	_____
• Antebrazos	_____	_____
• Labios	_____	_____
• Boca	_____	_____
• Cara	_____	_____
• Ojos	_____	_____
• Otras	_____	_____

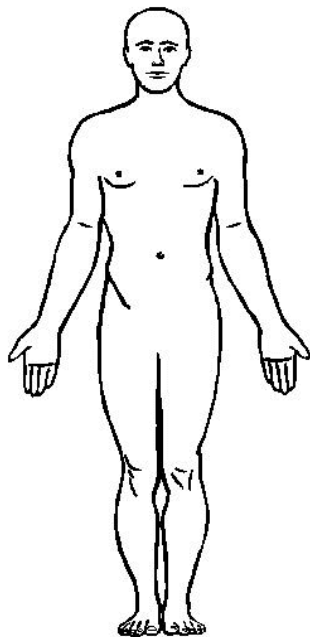
*Estado: infectado/sano



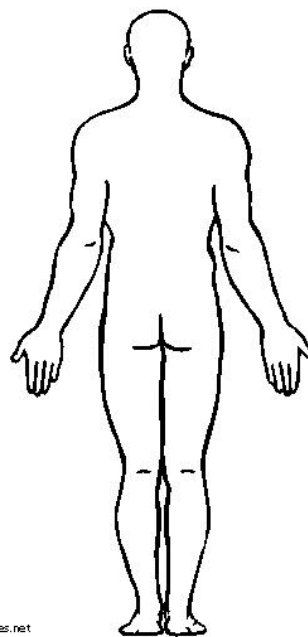
3. EQUIMOSIS

Localización	Tamaño	Color*
• Hombros	_____	_____
• Glúteos	_____	_____
• Muslos	_____	_____
• Antebrazos	_____	_____
• Labios	_____	_____
• Boca	_____	_____
• Cara	_____	_____
• Ojos	_____	_____
• Otros	_____	_____

**Color: negro, purpúreo o amarillo*



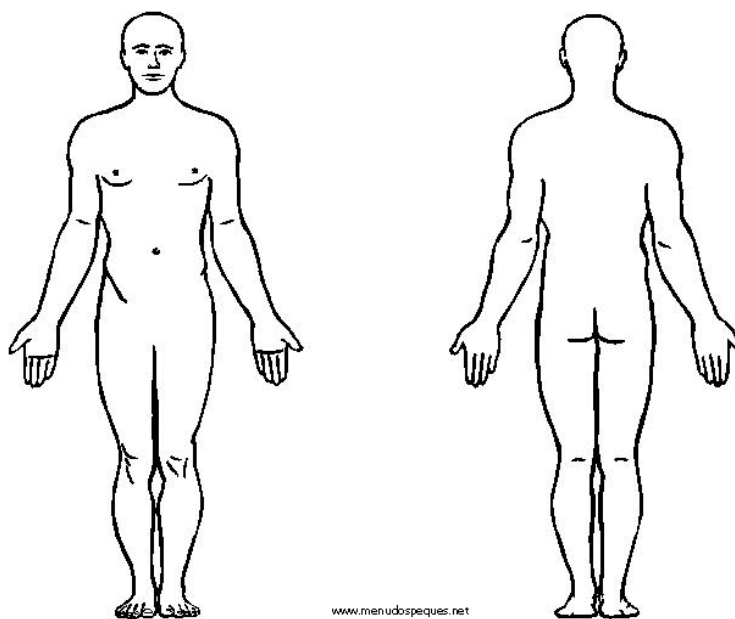
www.menudospeques.net



4. ROZADURAS/DESGARROS

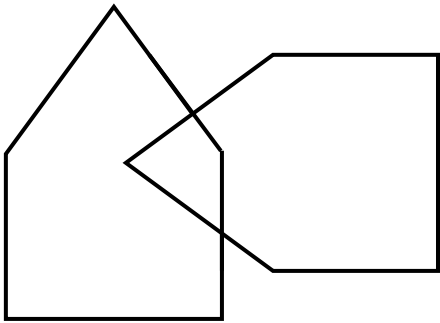
Localización	Color/estado*	Tamaño
• Boca	_____	_____
• Labios	_____	_____
• Encias	_____	_____
• Genitales	_____	_____
• Glúteos	_____	_____
• Otros	_____	_____

**Color/estado: rojo, rosáceo/abierto, cerrado, cicatrizado, costroso, sensible.*



TEST MINIMENTAL

Nombre:								
ORIENTACIÓN	Dígame el: <i>(un punto por cada respuesta correcta)</i>							
	Día							
	Fecha							
	Mes							
	Estación							
	Año							
	Puntos (máximo 5)							
¿DÓNDE ESTAMOS	Dígame: <i>(un punto por cada respuesta correcta)</i>							
	Centro/edificio							
	Planta							
	Ciudad							
	Provincia							
	Nación							
	Puntos (máximo 5)							
FIJACIÓN	Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana. <i>(Decírselas lenta y claramente a ritmo de una por segundo. Hacer incapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Están permitidos 6 intentos hasta que las repita correctamente).</i> <i>Se dará un punto por cada palabra sólo en el caso de que las repita en el primer intento.</i>							
	Puntos (máximo 3)							
ATENCIÓN Y CÁLCULO (Sustracción)	Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas van quedando? <i>(Se puede ayudar indicando cada vez ¿menos tres? Pero no se puede recordar la cifra anterior en que había quedado la secuencia)</i> <i>Se dará un punto por cada sustracción correcta en 5 restas.</i>							
	Puntos (máximo 5)							
ATENCIÓN Y CÁLCULO (Repetir dígitos)	Repita los números 5-9-2 <i>(Decírselos lentamente, uno por segundo, hasta que los aprenda)</i> Ahora dígalos al revés. <i>Se dará un punto por cada número correcto en la posición correcta.</i>							
	Puntos (máximo 3)							
MEMORIA RECIENTE	Repita las tres palabras que he dicho antes. <i>(Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayuda)</i> <i>Se dará un punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.</i>							
	Puntos (máximo 3)							
CONSTRUCCIÓN (Mostrar)	Mostrar un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Mostrar un reloj y preguntar ¿qué es esto? <i>Se dará un punto por cada respuesta correcta en el primer intento.</i>							

	Puntos (máximo 2)							
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Frase)	Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" <i>(Se ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada)</i> <i>Se dará un punto por repetir la frase exacta en un intento. Un error en alguna letra es 0 puntos en el ítem.</i>							
	Puntos (máximo 1)							
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Semejanzas)	Una manzana y una pera son una fruta. ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Qué son un perro y un gato? <i>Se dará un punto por cada respuesta correcta de asociación.</i>							
	Puntos (máximo 2)							
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Orden verbal)	Realice las siguientes acciones: "Coja este papel en la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" <i>Se dará un punto por cada parte de la orden que realice correctamente. Si coge el papel con la mano izquierda se valora como error. Si dobla el papel más de una vez es otro error.</i>							
	Puntos (máximo 3)							
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Orden escrita)	Lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS" <i>(Dar un papel donde esté escrita la frase con letra grande, clara y en mayúsculas)</i> <i>Se dará un punto por cerrar los ojos.</i>							
	Puntos (máximo 1)							
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Escritura))	Escriba una frase. <i>(Dar una hoja. Debe ser una frase completa, sujeto verbo y complemento, no palabras sueltas, ni frases dictadas, aunque se pueden poner ejemplos para que entienda qué es una frase, siempre y cuando después escriba otra. Es indiferente la corrección ortográfica o gramatical.)</i> <i>Se dará un punto si la frase es correcta.</i>							
	Puntos (máximo 1)							
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (Dibujo)	Copie este dibujo  <i>Se dará un punto por dibujar dos figuras de semejantes ángulos, lados e intersecciones. Es indiferente el temblor o líneas no rectas.</i>							
	Puntos (máximo 1)							
TOTAL PUNTOS								
FECHA								
FIRMA								

Usuario menor de 65 años y con menos de 24 puntos, sería indicativo de deterioro grave y entre 24 y 28 de deterioro leve. Si el usuario es mayor de 65 años y obtiene una puntuación de 20 a 24 puntos, orientan hacia la existencia de un deterioro leve y si obtiene menos de 20 puntos de deterioro grave.

(En usuarios que no se pueda realizar algún ítem por analfabetismo, ceguera, etc. Se ajustará el resultado final mediante una regla de tres. Se restan los ítems que no se han podido realizar (ej. $3 > 35-3=32$) y se calcula la puntuación obtenida (ej. 20) respecto a la resta anterior (ej: $20 \times 35 / 32 = 21.8$), redondeando el resultado (ej. 22))

VALORACION DE LAS ABVD

NOMBRE:							
AUDICIÓN	Buena						
	Intermedia						
	Mala						
	Audífono						
VISIÓN	Buena						
	Intermedia						
	Amaurosis						
	Lentes +						
	Lentes -						
PRÓTESIS BUCAL	No						
	Parcial superior						
	Parcial inferior						
	Total						
ESTADO DE LA PIEL	Bueno						
	Deshidratada						
	Heridas						
	Rozaduras						
MOVILIDAD	Plena						
	Deficiente						
	Reducida						
	Restringida habitación						
ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN	Autónomo						
	Supervisión						
	Ayuda parcial						
	Ayuda total						
AYUDAS TÉCNICAS	Bastón/muleta						
	Andador						
	Silla ruedas						
	Otros						
LIBERTAD DE MOVIMIENTOS	Absoluta						
	Prohibido salir solo al exterior						
CAPACIDAD PARA MANIPULAR O REGULAR EL ENTORNO	Total						
	Regula entorno habitual						
	Regula aspectos básicos						
	Nula						
PUEDE PEDIR AYUDA SI ACCIDENTE	Si						
	Ocasionalmente						
	No						
SUPERVISIÓN / VIGILANCIA	Ocasional (una vez por turno)						
	Frecuente (tres veces por turno)						
	Continuada						
FECHA							
FIRMA							

INDICE DE BARTHEL

Nombre:							
COMIDA	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable	10					
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan..., pero es capaz de comer solo	5					
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0					
LAVADO O BAÑO	Independiente. Capaz de lavarse entero y salir del baño sin ayuda y sin necesidad de supervisión	5					
	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	0					
VESTIDO	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10					
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5					
	Dependiente.	0					
ARREGLO	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna.	5					
	Dependiente. Necesita alguna ayuda	0					
DEPOSICIÓN	Continente. No presenta episodios de incontinencia	10					
	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios	5					
	Incontinente. Más de un episodio semanal.	0					
MICCIÓN	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda...)	10					
	Accidente ocasional. Un episodio cada 24 horas o precisa ayuda para la sonda.	5					
	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	0					
IR AL WC	Independiente. Entra y sale solo sin necesitar ayuda de otra persona	10					
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, puede limpiarse solo	5					
	Dependiente. Incapaz de acceder al wc o de utilizarlo sin ayuda mayor	0					
TRANSFERENCIAS	Independiente. No requiere ayuda para ir del sillón a la cama ni para entrar o salir de la cama	15					
	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física	10					
	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona entrenada, pero se mantiene sentado sin ayuda	5					
	Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	0					
DEAMBULACIÓN	Independiente. Camina solo 50 m. sin supervisión. Si utiliza prótesis puede quitarla y ponerla solo.	15					
	Necesita ayuda supervisión o una pequeña ayuda física o utiliza andador	10					
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5					
	Dependiente	0					
SUBIR- BAJAR ESCALERAS	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	10					
	Necesita ayuda física o supervisión	5					
	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	0					
TOTAL PUNTOS							
FECHA							
FIRMA							

Máxima puntuación 100 puntos (90 en caso de ir en silla de ruedas). Igual o más de 60 puntos: dependencia leve. De 40 a 55 puntos: dependencia moderada. De 20 a 35 puntos: dependencia grave. Menos de 20 puntos: dependencia total.

VALORACION DE LA INCONTINENCIA E INTERVENCION

NOMBRE:								
VALORACIÓN	I.R.W.C.	Independiente						
		Supervisión						
		Ayuda parcial						
		Ayuda total						
	PATRÓN MICCIÓN	Frecuencia eliminación						
		Asociado a tos/esfuerzos						
		Urgencia miccional						
		Pérdidas continuas						
		Nicturia						
		Predice salida de orina						
	PATRÓN DEFECCIÓN	Frecuencia eliminación						
		Periodo						
		Alteración						
		Capaz de avisar con antelación						
	CAPACIDADES	Hábitos						
		Conocimientos						
		Motivación						
		Orientación						
	I.U.	Continente						
		Accidente ocasional						
		Establecida						
		Riesgo						
	I.F.	Continente						
		Accidente ocasional						
		Incontinente						
		Riesgo						
		Entrenamiento vesical						
		Ejercicios						

	DISPOSITIVOS	Absorbente						
		Compresa						
		Colector						
		Sonda						
FECHA								
FIRMA								

Apartados I.U, I.F, Ir a wc, técnicas conductuales y dispositivos: poner una X en la opción que corresponda.

Apartado patrón micción: en la opción frecuencia eliminación poner el intervalo de horas, en el resto poner una X cuando corresponda.

Apartado patrón defecación: en la opción frecuencia poner si las deposiciones son o no diarias; en la opción periodo poner durante qué periodo del día realiza la deposición; en la opción alteración poner si suele tener estreñimiento o diarrea.

Apartado capacidades: poner SI o NO según las opciones se configuren o no de forma adecuada.

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

Nombre:			Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos
¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	Anorexia grave	0					
	Anorexia moderada	1					
	Sin anorexia	2					
Pérdida reciente de peso (< 3 meses)	Pérdida de peso > 3kg	0					
	No lo sabe	1					
	Pérdida peso entre 1 y 3kg.	2					
	Sin pérdida de peso	3					
Movilidad	De cama a sillón	0					
	Autonomía en interior	1					
	Sale al exterior	2					
¿Ha tenido enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?	Si	0					
	No	2					
Problemas neuropsicológicos	Demencia/depresión severa	0					
	Demencia/depresión moderada	1					
	Sin problemas psicológicos	2					
Índice de masa corporal (IMC = peso/talla ²)	IMC < 19	0					
	19 ≤ IMC < 21	1					
	21 ≤ IMC < 23	2					
	IMC ≥ 23	3					
PUNTOS EVALUACIÓN CRIBAJE (11 o más puntos, no es necesario continuar)							
La persona vive independiente en su domicilio	No	0					
	Si	1					
¿Toma más de 3 medicamentos al día?	Si	0					
	No	1					
¿Úlceras o lesiones cutáneas?	Si	0					
	No	1					
¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalente a dos platos y postre)	1 comida	0					
		1					

	2 comidas	2					
	3 comidas						
Consume: productos lácteos mínimo una vez al día; huevos o legumbres 1/2 veces semana.; carne, pescado o aves a diario	0 o 1 si	0					
	2 si	0,5					
	3 si	1					
Consume frutas o verduras al menos dos veces al día	No	0					
	Si	1					
¿Cuántos vasos de agua o líquidos toma al día (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)	Menos de 3 vasos	0					
	De 3 a 5 vasos	0,5					
	Más de 5 vasos	1					
Forma de alimentarse	Necesita ayuda	0					
	Se alimenta solo con dificultad	1					
	Se alimenta solo sin dificultad	2					
¿Considera la persona que está bien nutrida?	Malnutrición severa	0					
	No lo sabe o malnut. moderada	1					
	Sin problemas de nutrición	2					
En comparación con personas de su edad, ¿cómo encuentra su estado de salud?	Peor	0					
	No lo sabe	0,5					
	Igual	1					
	Mejor	2					
Circunferencia braquial (CB en cm)	CB < 21	0					
	$21 \leq CB \leq 22$	0,5					
	CB > 22	1					
Circunferencia de la pierna (pantorrilla) (CP en cm)	CP < 31	0					
	$CP \geq 31$	1					
PUNTUACIÓN TOTAL (incluyendo puntos cribaje)							
FECHA							
FIRMA							

Evaluación global, máximo 30 puntos. Menos de 17 puntos: mal estado nutricional (intervención médica). De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición. 24 puntos o más: estado nutricional satisfactorio.

ESCALA DE DEPRESION DE YESAVAGE

Nombre:	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos
¿Está satisfecho con su vida? Si= 0 puntos; No= 1 punto								
¿Ha renunciado a muchas actividades? Si=1 punto; No= 0 puntos								
¿Siente que su vida está vacía? Si=1 punto; No= 0 puntos								
¿Se encuentra a menudo aburrido? Si=1 punto; No= 0 puntos								
¿Tiene a menudo buen ánimo? Si= 0 puntos; No= 1 punto								
¿Teme que algo malo le pase? Si=1 punto; No= 0 puntos								
¿Se siente feliz muchas veces? Si= 0 puntos; No= 1 punto								
¿Se siente a menudo abandonado/a? Si=1 punto; No= 0 puntos								
¿Prefiere quedarse en casa a salir? Si=1 punto; No= 0 puntos								
¿Cree tener más problemas de memoria que los demás? Si=1 punto; No= 0 puntos								
¿Piensa que es maravilloso vivir? Si= 0 puntos; No= 1 punto								
¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? Si=1 punto; No= 0 puntos								
¿Se siente lleno de alegría? Si= 0 puntos; No= 1 punto								
¿Siente que su situación es desesperada? Si=1 punto; No= 0 puntos								
¿Cree que mucha gente está mejor que usted? Si=1 punto; No= 0 puntos								
TOTAL PUNTOS								
FECHA								
FIRMA								

Valoración:

De 0 a 5 puntos: normal. De 6 a 9 puntos: depresión leve. Más de 10 puntos: depresión establecida.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre:	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos
ANSIEDAD Preocupaciones, temores, aprensión, irritabilidad.						
TENSIÓN Sensación de tensión, fatiga, tendencia al lloro, tembloroso, incapacidad relajarse, sobresaltos, trémulo, inquieto.						
TEMORES De la oscuridad, desconocidos, soledad, animales grandes.						
TRASTORNOS DEL SUEÑO Dificultad conciliación, interrupción, pesadillas, cansancio al despertarse, terrores nocturnos, ensueños.						
TRASTORNOS INTELECTIVOS Dificultad de concentración, debilidad de memoria.						
DEPRESIÓN Falta de interés, insatisfacción diversiones, deprimido, humor oscilante.						
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULAR) Dolores, rigidez muscular, crujir de dientes, voz vacilante.						
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES) Acúfenos, visión borrosa, calor/frío, sensación de debilidad, hormigueos.						
SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos, latidos.						
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Opresión o constricción torácica, sensación de ahogo, disnea.						
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Dificultad tragar, dispepsia, pérdida de peso, diarrea, borborigmos.						
SÍNTOMAS GENITOURINARIOS Micción frecuente o imperiosa. Amenorrea, menorragias.						
SÍNTOMAS VEGETATIVOS Sequedad de boca, rubor, palidez, sudor, vértigos, cefalea tensional.						
COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA Rígido/no relajado, inquietud y desasosiego, sudoración, tics, manos temblorosas, cejas fruncidas, facies rígida, tragar saliva						
TOTAL PUNTOS						
FECHA						
FIRMA						

Puntuación:

Nunca = 0 puntos. A veces = 1 punto. Frecuentemente = 2 puntos. Continuamente = 3 puntos.

Valoración:

De 0 a 15 puntos: normal. De 16 a 30 puntos: ansiedad moderada. Más de 30 puntos: ansiedad severa.