El maltrato en las personas mayores

Autora: Ana del Hoyo Herrero.
Directora: Cristina Castanedo Pfeiffer.
Trabajo Fin de Grado.
Escuela Universitaria de Enfermería.
Universidad de Cantabria.
Noviembre 2013

ÍNDICE

RESUMEN 2

INTRODUCCIÓN 3

1. CAPITULO 1: EL MALTRATO 5
    1.1. Antecedentes: 5
    1.2 Impacto social y psicológico de la vejez y repercusión 5
    1.3. Concepto y definición 7
    1.4. Epidemiología 10
    1.5. Tipos de maltrato 12
    1.6. Causas 18
    1.7. Consecuencias 19
    1.8. Factores de riesgo 19
    1.9. El maltratado y el maltratador 22
        1.9.1. El maltrato en el medio familiar 24
        1.9.2. El maltrato institucional 25

2. CAPÍTULO 2: LEGISLACIÓN 26
    2.1. Aspecto legales 26
    2.2. Marco ético del maltrato al anciano 27

3. CAPÍTULO 3: INTERVENCIONES 31
    3.1 Barreras para actuar frente al maltrato 31
    3.2 Abordaje del maltrato 32
        3.2.1 Prevención, formación y educación 33
        3.2.2. Diagnóstico 35
        3.2.3. Pautas de actuación 37

4. CAPÍTULO 4: REFLEXIONES 39

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: 41
ANEXO I: Porcentajes de cada uno de los miembros del entorno del anciano que le maltratan.... 44
ANEXO II: Algunas conductas delictivas que se pueden dar en los ancianos y los artículos penales con sus correspondientes penas: 45
ANEXO III: Algoritmo maltrato domiciliario e institucional. 47
ANEXO IV: Preguntas a realizar según el tipo de maltrato: 49
ANEXO V: Tabla de los signos y síntomas que se pueden encontrar al realizar la valoración de enfermería según las 14 necesidades básicas de V.Henderson. 52
ANEXO VI: Estrategias de intervención y recomendaciones generales. 54
ANEXO VII: Parte de lesiones Hospital Sierrallana. 56

RESUMEN

El maltrato en las personas mayores, es un problema existente desde hace décadas en la sociedad, pero ¿por qué ha empezado a ser conocido sólo hace algunos años?, bien por el silencio de las víctimas, de los cuidadores, del resto del entorno del anciano, o simplemente por el desconocimiento general que existe hacia él. El maltrato al anciano constituye un grave problema de salud y social que necesita de un consenso en ciertos puntos, tales como su definición y su clasificación.

¿Cómo puede ser evitado? Es esencial que la sociedad se conciencie de la gravedad que representa, que cuente con unos profesionales que se formen de manera adecuada para saber detectarlo y abordarlo, la realización de campañas de promoción de la salud y protocolos comunes que faciliten el trabajo. Por otro lado, un incremento en la investigación relativa a él, supondría la adquisición de conocimientos y por consiguiente una mayor concienciación, haciendo posible la lucha contra él y su erradicación. Se destacará el papel de los enfermeros como profesional que está más cerca está del anciano y la importancia de su actuación.

PALABRAS CLAVE*: anciano, abuso del anciano, negligencia, enfermera.*

ABSTRACT

The abuse in the elderly, is a problem that has existed for decades in society, but why has it begun to be known only a few years ago? Either by the silence of the victims, caregivers, the rest of the environment of the elderly, or just general ignorance that exists toward it. The elder mistreatment is a serious health and social problem that requires an agreement on certain points, such as its definition and its classification.

How can it be avoided? It is essential that society is aware of the seriousness that represents, that counts on professionals who train suitably to detect and approach it, campaigns to promote health and protocols to facilitate the work. On the other hand, an increase of research about it would suppose the knowledge acquisition and therefore a greater awareness, enabling the fight against it and its eradication. It highlights the role of the nurses as professionals who are closest to the elderly and the importance of their action.

KEY WORDS*: aged, elder abuse, negligence, nurse.*

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla del término maltrato, es habitual que se piense en la violencia de género y en la violencia infantil, sin pararse a pensar que existe la violencia hacia las personas mayores. Un problema que existe desde hace mucho tiempo en la sociedad, pero que sin embargo por diversos factores no ha salido a la luz hasta hace algunos años.

Es evidente que se trata de un grave problema de salud que afecta a muchas personas (la OMS estima que entre un 4-6% de los ancianos han sufrido maltrato) tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, pero del cual no existen datos reales, ya que sólo constan estadísticas de algunos de ellos. Uno de los graves inconvenientes a la hora de detectar un caso de maltrato radica en que en muchas ocasiones es considerado como algo exclusivamente del ámbito privado, o simplemente las personas afectadas se resisten a contarlo por diversos motivos. Por tanto se trata de un problema que permanece en la sombra y cuyas consecuencias tanto físicas como psicológicas son gravísimas para las personas que lo sufren.

En las culturas mediterráneas y occidentales, los ancianos fueron uno de los pilares de las familias y eran considerados como seres sabios a los que no se debía cuestionar. Pero eso actualmente ha cambiado, no solamente las personas y las sociedades cambian, sino también los estilos de vida. A partir de mediados del siglo XVIII comenzó a primar más la producción en masa y el crecimiento económico. En el siglo XXI, no solamente importa la producción sino que se vive en un constante aprendizaje motivado por la evolución de las ciencias y la ampliación en todos los campos del saber. Es por ello, que las personas mayores en muchas ocasiones se quedan “rezagadas” considerándose como estorbos para el desarrollo de la sociedad.

Esto, unido al incremento de la esperanza de vida (se cree que en 2050 se triplicará el número de personas mayores) y la cronificación de las enfermedades, así como la aparición de unas nuevas, hacen que se demande más cuidados y un aumento de la atención. Es aquí cuando en muchas ocasiones son los propios miembros de la familia o allegados los que deciden hacerse cargo de ellos. A veces por falta de conocimiento, otras por falta de tiempo o paciencia, motiva que se den situaciones de maltrato o negligencia.

Tal y como recoge el artículo número cinco de la Declaración Universal de Derechos Humanos de la OMS: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. Uno de los principales valores éticos que ha de tener una persona es el respeto por el resto de seres humanos. Sin embargo, en el momento en el que se da una situación de maltrato este respeto se pierde.

Existen numerosas asociaciones (sobre todo americanas) que luchan por los derechos de los mayores y sobretodo que luchan en contra del maltrato. Gracias a ellas, el día 15 de Junio se celebra el día mundial en contra del maltrato a los mayores, y siendo este 2013 el año en que se celebra el año internacional en contra de él. Éste junto con lo explicado previamente, son algunos de los motivos que han influido en la realización de este trabajo.

El objetivo principal que pretende conseguir este trabajo es la aproximación a un problema que lejos de erradicarse continúa creciendo. Se repasarán conceptos que ya se saben y se introducirán otros nuevos, tratando siempre de ampliar conocimientos.

Como objetivos secundarios se encuentra:

- Realizar una revisión de algunas de las muchas investigaciones existentes y compararlas entre sí.

- La importancia que tienen los profesionales sanitarios dentro de él y sobre todo la labor clave que realiza un enfermero/a.

- Enfocar un tema muy actual y polémico de una manera útil, haciendo amena la lectura y sencillo su entendimiento.

- Tratar de hacer entender la importancia que tiene para la sociedad y la gravedad para las víctimas. Insistir en que no es un tema sencillo ni de identificar ni de abordar, que requiere mucha preparación y una mayor concienciación por parte de todos.

El trabajo consta de cuatro capítulos que abordaran el maltrato desde puntos totalmente diferentes;

- En el capítulo 1 se encontrará la base más general del tema con puntos como la definición, la epidemiología, una clasificación, los factores de riesgo y las causas y consecuencias. Se recalcará la importancia de unificar términos y las diferencias existentes entre unos trabajos de investigación y otros.

- En el capítulo 2 se visionará el maltrato desde un punto de vista judicial. Se hará un resumen de las leyes con las que actualmente se cuenta, cómo éstas han evolucionado y cómo ha ido incrementando la importancia del problema. También se hará un repaso del prisma ético, que puede hacer reflexionar sobre la práctica y cuáles son las consideraciones que todo profesional ha de tener en cuenta y que en muchas ocasiones no se tiene.

- El capítulo 3 es de suma importancia, pues se mostrará cuáles son las formas de prevenir un maltrato, los recursos con los que se cuenta, qué pautas habría que seguir y los signos y síntomas que puede presentar una víctima. Se recalcará la importancia que tiene que los profesionales sanitarios cuenten con los conocimientos adecuados para afrontar el problema e informar al resto de la sociedad.

- Por último el capítulo 4 en que se plasmarán las reflexiones pertinentes tras todo el trabajo realizado.

- Tras esto, las referencias bibliográficas y los anexos.

Todo ello con un fin remarcable: tal y como decía la INPEA (Internacional Network for the prevention of Elder Abuse): “Because elder abuse should never be ignored” (Porque el maltrato en el anciano nunca debe ser ignorado).

1. CAPITULO 1: EL MALTRATO

1.1. ANTECEDENTES:

La violencia y el maltrato siempre han estado presentes en la sociedad. Hace casi cincuenta años que se comenzó a estudiar el maltrato físico en la infancia. Más tarde se empezó a investigar sobre la violencia de género (en concreto en los años setenta), tema muy de actualidad hoy en día en la sociedad, con especial relevancia en los medios de comunicación.

Hacia mediados de los setenta y principios de los ochenta, se comienza a investigar a nivel internacional sobre la susceptibilidad de las personas mayores a recibir un trato no adecuado. Un problema que hasta entonces había permanecido a la sombra por diversos motivos y del que en cierto modo nadie había reparado hasta entonces. Así es como surge el **maltrato a los ancianos. (1)**

En un primer momento sólo se hacia referencia al maltrato dentro del contexto familiar (Baker y Burston realizaron los primeros informes), en concreto hacia el género femenino y con el maltrato físico como categoría principal. Sin embargo, conforme fue pasando el tiempo, los investigadores se dieron cuenta de que el maltrato se puede dar en muchos ámbitos, que el género es indistinto y que existen varios tipos de maltrato.

Ya es algo reconocido que el maltrato no sólo se da en casa (que es considerado como violencia familiar junto con la violencia a niños y violencia de la pareja), sino también en instituciones y en muchas ocasiones es proporcionado por profesionales que cuidan de las personas mayores.

Por ello, desde el primer momento, lo más complejo fue reconocer la existencia de una situación de maltrato en lugares en los que las personas mayores deberían sentirse seguros.

Así, la familia perfecta y la posición más que relevante de un anciano en ésta quedaba en entredicho, también los profesionales y los cuidados que ofrecían las instituciones se ponían en tela de juicio. **(2)**

1.2 IMPACTO SOCIAL Y PSICOLÓGICO DE LA VEJEZ Y REPERCUSIÓN.

¿Qué papel juegan las personas mayores en nuestra sociedad?, ¿cuáles son las causas y las consecuencias? ¿Influye la cultura?

El autor Vischer definió la vejez como “una tragedia”, y eso que constaba como uno de los mayores defensores de ella.

Si se piensa en vejez, resulta inevitable acordarse de: arrugas, debilidad, fragilidad, pérdida de memoria y de facultades. Sin embargo, no sólo se trata de una causa biológica, sino que posee también una base social y cultural.

En primer lugar se sabe que en las sociedades mediterráneas, tradicionales y rurales, los ancianos eran seres a los que toda la sociedad debía guardar respeto, pues eran la imagen de la experiencia y los conocimientos, es decir, eran considerados la autoridad. Pero a raíz de la revolución industrial, todos estos conceptos se desvanecen, puesto que aparecen otro valores más importantes: producción en masa, tecnificación, urbanización y necesidad de una sociedad más dinámica, por tanto, la sabiduría obtenida gracias a los años, pasa a un segundo plano, y los ancianos son considerados seres "inútiles" que no pueden producir, ni de los que se puede obtener ningún beneficio ni conocimiento, ya que los trabajos han cambiado y lo que hoy se sabe, para mañana ya no sirve, dado que actualmente las personas están inmersas en un constante proceso de aprendizaje.

De esta manera, aparece relacionado la vejez (que al final es un proceso natural de la vida), con los conceptos de "retiro" y "jubilación". Y paralelamente, la juventud y el poder, se van convirtiendo en condiciones cada vez más importante. Dentro de este marco socioeconómico, se introducen términos como "éxito", "competitividad", "aceleración" y "agresividad", que están íntimamente relacionados con la juventud. Por supuesto, no todas las personas mayores tienen la misma posición social, ni comparten los mismos problemas, pero el sesgo cultural se produce en cualquiera que sea su clase social.

En las sociedades occidentales, las personas mayores pasan a llamarse "jubilados", término utilizado para referirse a una persona que no trabaja y que recibe pensiones a costa de la población activa (¿nadie nunca se ha planteado que ellos con su esfuerzo un día hicieron que la sociedad funcionase?), de ahí que surja la estimagmatización. Todo ello deriva en que, estas personas, tras años de trabajo, se sientan inútiles y aparezcan los temidos desequilibrios emocionales por todo el tiempo libre del que disponen y del que son merecedores.

Hacia la década de los 60, se encuentra la aparición de la obra de Tibbits, conocido como el fundador de la gerontología social, y de la cual nacen un conjunto de escuelas de las que surgen una serie de teorías que ayudan a comprender el impacto social de la vejez:

- Teoría de la actividad.
- Teoría del disengagement.
- Teoría de las relaciones interpersonales.

Otro de los puntos clave del impacto social de la vejez es saber realmente como se siente un individuo que está envejeciendo.

Según la investigación llevada a cabo por Reichard, Linson, Peterson (1962) existe una tipología llamada "estrategias de acomodación a la ancianidad" y que consisten en:

1- Constructividad: actividad, autoconfianza, actitudes realistas y lucha contra el deterioro físico e intelectual.

2- Dependencia: pasividad, aislamiento y fantasías.

3- Defensividad: ocultación de la propia edad, el rechazo de la actividad reflexiva y la obsesión por "tener algo que hacer", sea lo que fuere.

4- Hostilidad: mezcla de sentimientos de furia y admiración con respecto a la juventud, miedo en general, construcción de falsas imágenes embellecidas del mundo y de uno mismo.

5- Odio hacia uno mismo (self hate): la depresión, la aceptación de la muerte como alivio, la exageración de los propios defectos.

Otros muchos autores (Kimmel, Birren, Botwinick), defienden que las personas con el paso de los años sufren una introspección en ellos mismos, preocupándose tan solo de si mismos y alejándose del resto del mundo. Experimentando un creciente aferramiento al pasado, y pérdida de la ilusión por metas que hacia tiempo habían establecido. **(3)**

1.3.CONCEPTO Y DEFINICIÓN:

Se han recogido una serie de definiciones de las sociedades de la salud y de geriatría más importantes:

- «un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza». (OMS)

- «El maltrato implica una acción u omisión que tiene como resultado un daño o una amenaza de daño a la salud o el bienestar de una persona mayor. El maltrato incluye el causar daño intencional físico o mental; el abuso sexual; o la negación de la comida" (AMA)

- «el maltrato es cualquier acto único o repetido o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor» (INPEA)

- "Situaciones de extrema vulneración de los derechos del individuo, y con frecuencia en términos de agresión física o sumo abandono, que atenta contra la integridad de una persona mayor totalmente dependiente, esto es, con demencia o inmovilizada" (SEGG)

El establecimiento de una definición general para el término es otro de los puntos polémicos, ya que es imposible ceñirse a una. Los problemas para establecer una única definición son varios:

- En primer lugar, la diferencia cultural patente entre cada una de las sociedades que existen, y en ello, se engloban a los valores, las creencias o la forma de actuar, de manera tanto individual como en grupo hacia el maltrato en los ancianos.

- Falta de precisión y el establecimiento de límites en el concepto, ya que según el autor/a del artículo o proyecto de investigación que se esté leyendo, le da un enfoque u

otro al término: por un lado puede ser un enfoque global, atendiendo sólo a su definición global, u otro tipo en el cual en un primer lugar dar la definición más general para luego ir desgranándola según los diferentes tipos de maltrato que existen.

- Otras definiciones atienden a la intencionalidad o frecuencia del maltrato. **(2)**

- Uso de diferentes términos para referirse al maltrato, tales como: abuso, negligencia, trato inadecuado. Mezclándose en los diferentes trabajos de investigación y dando lugar a interpretaciones erróneas. **(4)**

- Los diferentes puntos de vista que han reflejado los investigadores: desde el cuidador, el profesional, las instituciones…etc. Aunque nunca sin profundizar del todo en las opiniones de las personas mayores y qué entienden ellos por maltrato. **(4)**

- La falta de un criterio común al respecto así como, de un debate que dé lugar a unificar la definición para el término por parte de las instituciones.

Este desacuerdo aumenta el desconocimiento hacia el tema por parte de los profesionales sanitarios, teniendo graves problemas para identificar una situación de maltrato y para darle la importancia que posee. **(5)**

- En definitiva, la falta de un marco de referencia en el cual comparar todos los estudios de investigación. **(2)**

Si se unen todos estos inconvenientes, las conclusiones a las que se llega es que puede producirse:

- Confusión y falta de un conocimiento sólido.
- Malinterpretaciones y contradicciones.
- Imposibilidad de comparación de los estudios de investigación.
- Obstáculos para los profesionales y dificultades para llegar a un consenso.
- Dificultades a la hora de expandir las distintas investigaciones.

Por tanto, ante la imposibilidad de crear una definición definitiva y para uso general, diferentes autores propusieron cuatro fases (Pérez, 2004; Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Johnson, 1986) a partir de las cuales poder establecer una referencia definitoria de “maltrato a mayores”. **(4)**

1- En primer lugar se encuentra la **definición intrínseca**, o también denominada definición nominal, y es la que establece el concepto (Pillemer y Suitor, 1988) de que el maltrato a mayores es “el sufrimiento innecesario que puede ser infligido por la propia persona o por otros (extraños, familiares, amigos, etc.), para el mantenimiento de la calidad de vida de la persona mayor” (Pillemer y Suitor, 1988). Sin embargo, la definición en esta fase es muy extensa y solo se hace eco de si la persona mayor ha estado expuesta o no a dolor o sufrimiento, pero sin preocuparse del lugar y el momento en que ocurrió, si fue intencionada e incluso quién lo propició (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

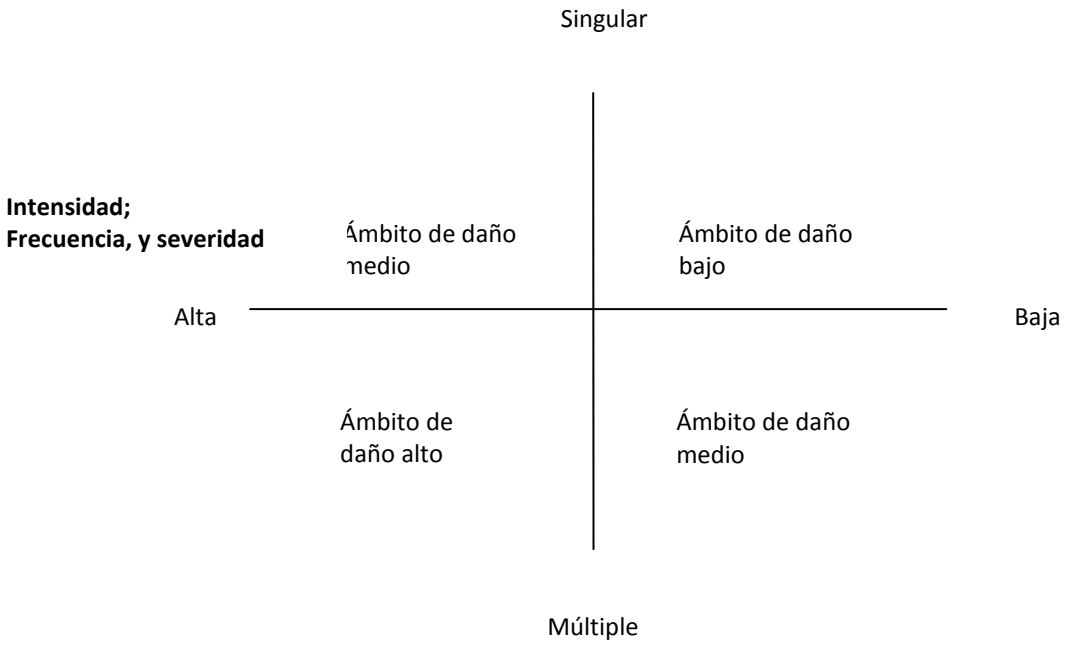
Por tanto en esta fase, la definición se establece en base al grado, es decir, la **intensidad,** frecuencia y severidad del maltrato, así como, las muestras de comportamiento de las diferentes formas de maltrato que se den **(densidad),** evaluándolo desde el punto de vista del profesional y de la víctima.

2- **Definición extrínseca real:** en esta fase se deben detectar manifestaciones conductuales que hagan sospechar. Estas muestras serían del tipo psicológico, físico… etc. Esto ayudará a que los profesionales comiencen a pensar en posibles tácticas de intervención. (Johnson, 1986)

3- **Definición extrínseca operacional:** transformará todas esas manifestaciones conductuales expresadas en la anterior etapa en magnitudes medibles como la frecuencia con la que se produce el maltrato y la gravedad del mismo. Y por otro lado, que tipos de maltrato se dan y cuántos son. Todo esto permitiría al profesional que lo evalúe saber si realmente esto es una situación de maltrato o no, que intervenciones tendría que poner en marcha y el grado de premura que la situación requiere.

4- La última fase es la **definición causal:** ésta define la parte final del término y en ella diferencia si ha sido intencionado o no. Además, intenta encuadrar al maltrato dentro de una de estas cuatro clases: abuso, que se podría definir como la realización de un conjunto de acciones que pueden derivar en maltrato, tanto activo como pasivo. Y por otro lado, negligencia, una vez más tanto activa como pasiva, que es omitir la realización de una acción o serie de acciones y su posible derivación en maltrato. Esta última fase ayudará a la elección de las intervenciones más adecuadas (Pillemer y Suitor, 1988) **(5)**

Densidad: Número de formas distintas de maltrato



Después de haber superado todas las etapas para la formación de una definición, se utilizará "El modelo de Johnson: cuatro ámbitos de daño potencial creciente" el cual se basa en la realización de un esquema con dos ejes, uno que

establezca la densidad, que hace referencia a los número de los tipos de maltrato que se pueden dar, que puede ser desde uno a varios. Mientras que el otro eje hace referencia a la intensidad que incluye frecuencia y severidad de la conducta.

A partir de estos dos ejes se forman cuatro cuadrantes. En cada uno de ellos, se establecerá el grado de peligro que corre la persona anciana maltratada en base a lo ya nombrado anteriormente; densidad e intensidad, y cuyo peligro puede ser alto, medio o bajo. (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Johnson, 1986) **(5)**

1.4. EPIDEMIOLOGÍA:

La OMS en 2012 estimó que la población mundial mayor de 60 años es de 650 millones, y que en 2050 será de 2000 millones, lo que supondrá un desafío sanitario y social. También estima que entre un 4-6% de los ancianos han sufrido maltrato alguna vez. Esto hace reflexionar sobre la posibilidad de que este porcentaje aumente en caso de que la población anciana aumente tan considerablemente.

Realmente se hace muy complicado hacer una estimación aproximada de la prevalencia del maltrato en el anciano. Por diversos motivos no existen datos fidedignos que ayuden a establecer la dimensión real de este grave problema; la negación, el aislamiento de las víctimas…

De lo que sí que se tiene constancia es que las situaciones de maltrato se suelen dar dentro del entorno de una relación que previamente ya existía, es decir, el maltratador puede ser un familiar o su cuidador habitual, los profesionales de las instituciones o simplemente alguien que tenga una relación estrecha con la víctima. **(2)**

En nuestro país se han llevado a cabo algunos estudios de investigación sobre epidemiología, incluyendo los factores de riesgo dentro de ellos, pero ninguno está hecho con un origen poblacional y por tanto no se puede incluir a toda la sociedad. Ni tampoco los métodos utilizados están validados. Aún así, destacan uno realizado en el ámbito hospitalario que dio como resultado una incidencia del 8,57%, y otro realizado por M.T Bazo en el 2001 basado en una población que recibía asistencia domiciliaria, que detectó un 4,7% con maltrato.

Los porcentajes más elevados corresponden a los ancianos atendidos por los servicios sociales (aproximadamente un 35%) y hospitalizados (8,5%), pero sin embargo, en algunas ocasiones se trata tan solo de sospechas sin confirmación. **(6)**

En la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado celebrada en Almería el 4 de Mayo de 1995, establece las siguientes premisas respecto a la epidemiología:

- Carencia de datos de prevalencia en España.

- El maltrato al anciano no es exclusivo de las clases sociales bajas ni de niveles socioeconómicos bajos, sino que puede aparecer en todas. Así como que pueden

observarse situaciones de maltrato tanto en las familias como en las instituciones, entendiendo que el maltratador sería un familiar o su propio cuidador habitual.

- La falta de conocimiento y la negativa de las víctimas a reconocer el problema complican la situación de tal manera que sea muy difícil prevenir e intervenir.

- La existencia de algunos factores de riesgo pueden agravar la situación.

- Falta de trabajos de investigación referentes al tema.

- Falta de unas leyes que protejan a los ancianos maltratados y a los denunciantes. Es obligatorio por parte de los profesionales notificar la sospecha de una situación de maltrato.

- Esencial que el entorno del anciano detecte signos y síntomas.

- Los ancianos han de saber qué es el maltrato y que pueden denunciarlo, así como todos los recursos de los que se dispone para evitarlo. **(7)**

Los conocimientos sobre la epidemiología del maltrato en el anciano no son iguales en el resto de países, ya que en los países anglosajones, la investigación está muy desarrollada. Por ejemplo, estudios realizados en Norteamérica y Reino Unido, llegaron a la conclusión de que entre el 3-6% de los ancianos eran sometidos a algún tipo de maltrato; bien sea de tipo física o psicológico. **(6)** En Noruega y Finlandia se estima que entre un 1-3% de los mayores que viven en su casa son maltratados por familiares. **(8)**

Otro estudio revela que entre un 47-55% de los maltratadores son los hijos y el resto se reparte entre el propio esposo/a de la víctima, familiares directos, vecinos, auxiliares y amigos. **(9)** En otro estudio posterior aparece un alto porcentaje de cuidadores que afirman haber utilizado conductas inadecuadas hacia los ancianos. **(10)**

Otra investigación expone que alrededor de un 30% de las enfermeras de Atención Domiciliaria y Primaria habían presenciado malos tratos físicos y el porcentaje aumentaba considerablemente cuando se trata de malos tratos psicológicos. **(6)**

En cuanto al ranking del tipo de maltrato más frecuente se encuentra el físico (64%), después el psicológico (entre un 20-40%), la violación de derechos (12-18%). Sin embargo, el maltrato sexual presenta cifras muy bajas, casi inapreciables. **(10)** Si se realiza un estudio por separado, se puede encontrar que éste ranking es diferente en hombres que en mujeres.

Las cifras generales hablan de una prevalencia entre el 1 y el 10% a nivel global. Aunque hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones son sólo conjeturas ya que se estima que sólo uno de cada cinco o

seis casos es denunciado. Lo que si es una realidad es que la mayor parte de los maltratos se dan en la familia o con cuidadores informales que no en las instituciones. **(2)**

Pero, ¿y qué creen las personas mayores sobre el maltrato? Según un estudio realizado por la Obra social de Caja Madrid realizado en tres CC.AA. a mujeres mayores de 60 años, educada en otra sociedad, en la que su opinión no tenía relevancia y que estaban sometidas a la figura de un hombre: el 46% considera que ser mujer es un factor de riesgo, por falta de autonomía y mayor vulnerabilidad. El 24% considera que la soledad es igual para ambos sexos y que cada vez existen más casos de maltrato masculino. El 83% de las mujeres consideran que los malos tratos están proporcionados por la pareja y que el 60,7% creen que los hijos y demás familia también pueden ser maltratadores. El estudio revela que las mujeres tienen una opinión positiva de los recursos y estrategias que existen para combatir contra el maltrato, y un dato muy positivo es que el 70% conocía los teléfonos de ayuda y demás servicios. **(9)**

1.5. TIPOS DE MALTRATO:

Al igual que ocurría en el apartado 1.1 Definición y concepto, en el cual era casi imposible establecer una única definición, se vuelve a encontrar la dificultad de unificar los tipos de maltrato, y es que todo ello depende del autor o de la investigación que se tome como referencia, ya que cada uno la establece según su propio juicio. Todo ello deriva en la existencia de diferentes clasificaciones.

Una vez más, es muy necesaria la creación de una única clasificación universal, ya que esto no solamente facilitará el trabajo a los profesionales, (ayudando a la identificación de los indicadores pertinentes y la puesta en marcha de una estrategia específica), sino que esto beneficiará a la propia víctima. **(2, 5)**

Tras la revisión de una serie de investigaciones, se procederá a realizar una clasificación de los tipos de maltrato, con su correspondiente definición y los indicadores o consecuencias que hagan sospechar:

1- Maltrato físico:

- Conjunto de acciones que pueden causar lesiones o daños físicos a una persona mayor, de manera voluntaria y de manera totalmente intencionada.

- Indicadores/consecuencias:

  - Objetivos: moratones, contusiones, heridas, fractura de huesos, luxaciones, quemaduras, abrasiones, pérdida de cabello, lesiones en la cara o la cabeza, arañazos, lesiones en el aparato genital, caídas de repetición.

  - Subjetivos: muestras de dolor por parte de la víctima al ser tocada. **(2,5,15)**

2- Maltrato psicológico:

- Cualquier tipo de palabra, acto o actitud que pueda minar la salud mental del anciano.

- Indicadores/consecuencias:

  - Trastornos psicológicos: Depresión, tristeza, ansiedad, miedo inexplicable.
  - Trastornos físicos: pérdida del sueño, pérdida de apetito, confusión.
  - Incapacidad para hablar del tema abiertamente. **(2, 5, 13, 15)**

3- Maltrato/abuso sexual:

- Cualquier tipo de conducta que puedan incluir el contacto sexual, sin ser aprobado por la propia víctima, porque la situación ha sido forzada, por la imposibilidad de la persona para dar su consentimiento o porque haya sido sometido a engaño.

Cabe destacar que según el autor, este tipo de maltrato se puede considerar categoría independiente o por el contrario, se encajaría dentro del maltrato físico.

- Indicadores/consecuencias:

  - Signos físicos: traumas en genitales/pechos/zona anal/boca, hemorragias anales/vaginales, indicios de enfermedades de transmisión sexual o infecciones genitales.
  - Ropas rasgadas, manchada o con sangre. **(2,5,13,15)**

4- Maltrato/abuso económico:

- Utilización no consentida, no legal e inapropiada de los bienes, fondos económicos o propiedades de la persona mayor sin su consentimiento y cuyo único objetivo es el beneficio de la persona que realiza la acción, y el perjuicio de la víctima.

Este maltrato está a la orden del día debido a la crisis económica. Es habitual ver como los ancianos son el pilar de las familias, teniendo como único recurso su pensión, que en ocasiones, es utilizada sin su consentimiento y de una forma irracional. Por ello, es necesario que los profesionales sanitarios presten especial atención.

- Indicadores/consecuencias:

  - Uso indebido de los propios bienes.
  - Movimientos anormales en las cuentas de la persona, tales como retiradas de dinero repentinas o gastos no comunes.

- Disminución del nivel y de la calidad de vida del mayor: incapacidad para pagar las facturas, desahucios.

- Firmas en documentos y que resultan extrañas por la falta de parecido con las del anciano. **(2, 5, 13, 15)**

5- Negligencia y abandono:

- Negligencia: sucesos de omisión o fallo realizado intencionadamente o no por parte de la persona encargada del anciano y que falla en el intento de satisfacer las necesidades básicas del anciano, así como niega el permiso a que otros proporcionen la atención, en necesidades tales como higiene, vestido, alimento… etc.

Puede ser el tipo de maltrato más común. Algunos estudios incluyen el auto abandono como parte de la negligencia, pero no es utilizado universalmente.

- Hay varios tipos de negligencia:

- Negligencia física: la persona a cargo del anciano no le suministre los cuidados necesarios para mantener su estado físico en un nivel óptimo. Esto puede ser no proporcionarle alimentos, bebida, o ayudas técnicas si la víctima lo requiere.

- Negligencia emocional/psicológica: el cuidador no brinda los cuidados a nivel psicológico que la persona necesita, tales como una estimulación social y emocional. Todo ello incluye ignorar peticiones que la persona pueda hacer, retirarle la palabra, aislarle durante un periodo largo de tiempo alejándole de su círculo social u ocultarle cierta información de interés para el anciano. **(5)**

- Negligencia económica/material: uso inadecuado de fondos y recursos para brindar a la persona la calidad de vida que se merece.

- Negligencia farmacológica: Consiste en la utilización de un fármaco no adecuado, en la dosis no adecuada o administrado de la forma no correcta, cuya finalidad es la sedación de la persona o su contención. También incluye la no utilización y la no administración de un medicamento prescrito.

Otra de las clasificaciones que pueden existir para la negligencia son las siguientes:

- Negligencia activa: la omisión de facilitarle los cuidados al anciano, son de manera intencionada, cuyo objetivo no es otro que hacerle sentir mal, angustiarle e incluso castigarle de las diversas maneras ya nombradas.

- Negligencia pasiva: la omisión de los cuidados no es intencionada, sino más bien una falta importante de conocimientos y que pueden dar consecuencias graves. Por ejemplo cambiarle el pañal con menos frecuencia con la que se debería.

- Indicadores/consecuencias:

  - A nivel físico: UPP, desnutrición, deshidratación, hipotermia/hipertermia, suciedad, vestimenta no adecuada, agudización de enfermedades previamente existente , sedación, interacción con otros fármacos, aparición de efectos secundarios.

  - A nivel psicológico/social: aislamiento de la persona, ignorar a la persona o apartar a la persona de su círculo social, desorientación.

  - A nivel financiero: el uso de los recursos del propio anciano, no gestionados o utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades. **(5)**

Según una serie de estudios se ha llegado a la conclusión de que toda la privación de cuidados destinados a satisfacer las necesidades básicas son consideradas maltrato, pero que si esto sucede en el ámbito de una institución pasa a considerarse **negligencia**, y si esto ocurre en la familia se denomina **"abandono familiar".**

En algunos trabajos se distingue entre abuso y negligencia, manteniendo que la clave diferencial estaría en que se tratase de una acción o de una omisión. Para otros, el abuso tendría intencionalidad (y con ello responsabilidad necesaria), mientras que en la negligencia no existiría esa intencionalidad y, por tanto, no necesariamente responsabilidad consiguiente.

Esta clasificación también se considerará el abandono como parte de la negligencia**:**

- Abandono: es lo que se produce cuando el cuidador de la persona anciana y que es el responsable de proporcionarle los cuidados pertinentes, desatiende en su totalidad a la persona. **(2)**

- Se pueden clasificar en:

  - Abandono físico: total dejadez de las acciones necesarias para mantener la integridad física de la persona en estado óptimo.

  - Abandono social: falta de atención y cuidado de los familiares a la persona mayor afectando gravemente a su estado emocional.

  - Abandono psicológico: total dejadez de las acciones necesarias para mantener estado emocional de una persona en buenas condiciones.

Existen otros tipos de abandono:

  - Abandono activo: es un daño deliberado al anciano, restringiéndole o negándole el acceso a sus necesidades más básicas.

- Abandono pasivo: las necesidades del anciano no son conocidas o cubiertas como debería. Puede darse porque el cuidador no tenga energía suficiente, habilidades o recursos adecuados para hacerse cargo de la situación. No es intencionado.

6- Violación de los derechos básicos:

- Este tipo de maltrato está estrechamente relacionado con el maltrato psicológico. Incluye no permitir que la persona tenga intimidad, su propia toma de decisiones y/o obligándole a aceptar condiciones que el propio anciano considera en contra de su voluntad.

- Indicadores/consecuencias:

- A nivel psicológico: tristeza, depresión, ansiedad, baja autoestima, resignación, miedo. **(2, 5, 9)**

7- Maltrato social y por los grupos de edad:

- Discriminar a una persona por la edad (edadismo). Refiere actitudes y pensamientos prejuiciosos hacia las personas mayores. Todo ello da lugar a la pérdida del respeto o la falta de sentimiento de culpa si se trata mal a un anciano, tan solo por el hecho de ser mayores.

- Indicadores/consecuencias:

- Aislamiento de la víctima, sentimientos de impotencia, evitar pedir ayuda por vergüenza, falta de asesoramiento. **(11)**

8- Maltrato institucional:

- O también conocido como "negligencia profesional", que incluye la omisión o la puesta en marcha de procedimientos, programas o legislación y que provenga de los poderes privados o públicos o procedentes de la actuación de un profesional y que ponga en grave riesgo la integridad física, psíquica, respeto de los derechos o la seguridad del anciano. **(31, 32)**

9- Contenciones:

- Existen las contenciones mecánicas, químicas (farmacológicas), verbal, observación y la supervisión en contra de la voluntad, control económico y restricción de la libertad.

Este trabajo se centrará en las contenciones físicas de manera resumida, pues es un tema muy extenso del cual se podría hacer un trabajo dedicado solamente a él.

La definición más correcta de restricción física es: "Todo aquel método utilizado de manera muy limitada y en situaciones extremas que priva de libertad lo movimientos del anciano y que limita el acceso al cuerpo del paciente o la actividad física".

Este tipo de dispositivos que a menudo se consideran "terapéuticos" ha de utilizarse sólo en situaciones muy graves o de extrema precaución.

Por norma general, las contenciones son usadas en los geriátricos o instituciones que se hacen cargo de las personas mayores.

- Indicadores/consecuencias:

  - A nivel físico: Pérdida de capacidad funcional del sistema óseo y articular con la consecuencia del deterioro del equilibrio y la marcha y pérdida de seguridad en si mismo, hipotensión ortostática, lesiones a nivel dérmico, asfixia, aparición de incontinencia urinaria/fecal y otras complicaciones potenciales derivadas de todo ello.

  - A nivel psicológico: estrés, depresión, ansiedad, apatía, miedo, agresividad, baja de autoestima, desesperanza, sentimientos de humillación, aislamiento social. **(12)**

Sería necesario incluir un síndrome que actualmente está adquiriendo mucha importancia en nuestra sociedad y que probablemente cree mucha controversia en el futuro:

- **Síndrome de la abuela esclava (SAE):** comenzó a investigarse en el año 2001 gracias al cardiólogo Dr. Guijarro. Se define como una enfermedad grave que afecta a las mujeres mayores con exceso de responsabilidades que cumplir con puntualidad, acierto y eficacia como ama de casa, cuidadora y educadora, funciones que en un principio asumía con gusto, pero que con el tiempo se han convertido en una fuente de estrés para ella. Cursa con un elevado sufrimiento crónico, ansiedad, tristeza y culpa. Y a nivel físico con HTA, sofocos, taquicardias, disnea, mareos y cansancio. Actualmente la ONU está intentando que se reconozca como una forma más de maltrato, aunque en el organismo INSTRAW de la ONU ya se reconoce como una forma de abuso entre las mujeres. **(9, 14)**

Para concluir este apartado; no se debe olvidar tres puntos absolutamente esenciales y que a veces no son tenidos en cuenta:

1: el maltrato se puede dar tanto en el entorno familiar o comunitario, como en el institucional (Hengland 1992). **(2, 5)**

2: en una persona maltratada, es posible encontrar más de un tipo de maltrato, por lo que es necesario estar atento. Por ejemplo: puede ocurrir que un anciano este siendo maltratado por su hijo alcohólico, tanto físicamente como psicológicamente (Adelman et al 1989). Pero jamás deberemos confundir un maltrato con otro; es decir, una persona sometida a maltrato económico es posible que su estado psicológico este muy afectado, pero no es consecuencia de un maltrato psicológico. **(5)**

3: Hay que prestar atención a que a veces ciertos estados físicos o psicológicos e incluso trastornos psiquiátricos pueden hacer confundir sus propios síntomas con una situación de maltrato, ya que son análogos. No es fácil separarles, ya que incluso los profesionales mejor entrenados y con mayor experiencia dudan en ciertas ocasiones. **(15)**

1.6. CAUSAS:

Como causas que propician el maltrato podemos encontrar una gran variedad, aunque en su mayoría son datos subjetivos.

Como ya se ha explicado previamente, la pérdida de respeto hacia los mayores como fuente de conocimientos y sabiduría, resultando personas improductivas, carentes de salud y de poder, y considerados como "estorbos y lastres" a los que hay que cuidar. También el cambio en la estructura de la familia, por un lado, la gran cantidad de tipos de familia que existen, y por otro lado la incorporación al mundo laboral de la mujer, que antes se quedaba en casa cuidando de los suyos.

Se debe destacar un incremento de la esperanza de vida, que hace las personas mayores vivan más años, lo cual no significa que lleven una mayor calidad de vida. Esto sumado a las patologías con los que muchos cuentan, hacen de los ancianos verdaderas cargas familiares de las que ocuparse.

Existen una serie de teorías que intentan explicar el por qué puede darse una situación de maltrato:

1- **Modelo situacional**: se basa en que la interacción entre el estrés y ciertos factores situacionales y/o estructurales pueden propiciar la aparición de una situación de malos tratos hacia los ancianos, ya que son considerados los causantes del estrés.

Esta teoría no está del todo aceptada debido a la falta de metodología existente para el estudio de diferentes trabajos de investigación y la falta de datos empíricos.

2- **Teoría feminista:** se basa en la diferencia de poder en los vínculos. Ya que asume que por norma general es la mujer la víctima de los malos tratos.

3- **Teoría de la demanda excesiva**: modelo muy famoso entre la Psiquiatría, ya que establece un nexo entre el maltrato y el estrés interno o el agotamiento del cuidador. Además es la teoría más sencilla para los profesionales, ya que se puede resolver de una manera no compleja. Sus detractores acusan a esta teoría de restarle importancia al problema y poner excusas para justificar el problema.

4- **Modelo patológico:** este modelo defiende posibles problema psiquiátricos o de abuso de drogas por parte del cuidador, de ahí la sensación de fracaso y cargar contra los ancianos su propia desidia. Aunque una vez más no está del todo claro que sea una teoría útil, debido a la falta de investigación.

5- **Teoría de la transmisión entre generaciones de la violencia**: o lo que es lo mismo "violencia aprendida", teoría bastante aceptada por el campo de la psiquiatría, que establece que la persona maltratada podría haber sido un maltratador en potencia en el pasado, o que el cuidador que ofrece los malos tratos podría haber sido maltratado o simplemente asumir esa conducta como algo normal en su entorno.

Es una teoría muy aplicada en violencia de género y maltrato infantil, aunque aún está en proceso de investigación en el maltrato a ancianos.

6- **Modelo ecológico:** aparece por primera vez en la década de los setenta. Primeramente utilizado para el maltrato en niños y luego en la pareja, para finalmente ser utilizado en el maltrato a las personas mayores. Este modelo defiende la interacción entre diferentes circunstancias (individual, social, relacional y comunitario) para dar lugar al maltrato.

Existen muchas teorías que intentan dar una explicación lógica de por qué se produce el maltrato, sin embargo, es difícil llegar a un consenso, ya que es un problema extremadamente complejo y con muchos matices con enfoques muy diferentes. **(2)**

1.7. CONSECUENCIAS

Existen numerosos cuadros clínicos y geriátricos (de tipo físico, emocional, o social, por ejemplo: depresión, cuadros confusionales, UPP, desnutrición, aislamiento, caídas de repetición...) sin aparente explicación que podrían estar relacionados con el maltrato.

Es habitual que las personas mayores que sufren malos tratos nunca lleguen a recuperarse del todo del trauma sufrido, además numerosos estudios plantean las consecuencias del maltrato como una de las causas de muerte más frecuentes entre los ancianos. Esto también afecta a la sociedad en general, ya que obliga a invertir más dinero en institucionalizar a las víctimas y genera un mayor coste sanitario debido al aumento de hospitalizaciones. **(16)**

1.8. FACTORES DE RIESGO

Existen infinidad de factores de riesgo, pero para hacer más sencillo su estudio se dividirán según distintas categorías:

- **Factores de riesgo que aparecen en la propia víctima:**

  - **Género:** hay estudios discordantes, pero una investigación realizada en diez países desveló que entre un 60 y un 75% de las víctimas son mujeres y que éstas tienen una prevalencia (5,84 por 10.000) que dobla al maltrato a los hombres (2,81 por 10.000). Otra investigación llevada a cabo en España, reveló que el 63,2% de las víctimas era mujeres; y, de nuevo, la prevalencia es mayor en mujeres (0,9%) que en hombres (0,7%).

- **Edad:** es evidente que a mayor edad, mayor deterioro de salud y por tanto mayor riesgo de maltrato. Se ha comprobado que a partir de 75 años, existe un incremento del riesgo. En España también ocurre eso, siendo 0,6% entre los 65 y 74 años, hasta llegar a un 1,1 a partir de los 75 años.

- **Estado civil:** las personas casadas presentan mayor riesgo.

- **Estado de salud**: la víctima puede ser una persona con pluripatologías, que demande más y que necesite un mayor volumen de cuidados, por tanto haga que el cuidador tenga que estar más pendiente de él, pudiendo llegar a producir el cansancio del mismo y a su vez propiciando un maltrato. Existen estudios que afirman que las personas con deterioros cognitivos pueden tener comportamientos provocadores y agresivos, convirtiéndose en potenciales víctimas. También hay evidencia de que hay un mayor índice de maltrato en personas con malos estados de salud frente a los que tenga menos problemas.

- **Dependencia**: económica, física o emocional de la víctima hacia el cuidador.

- **Aislamiento social:** siendo muy difícil acceder a su entorno o tener una entrevista con ellos.

- **Antecedentes de malos tratos. (2, 6, 11, 15, 17, 18, 23)**

❖ **Factores de riesgo que aparecen en el agresor (en caso de que éste sea su cuidador):**

- **Género:** existen estudios contradictorios sobre el sexo del agresor. Lo que si que parece claro es que cuando se trata de un hombre aparece el maltrato físico y el abuso sexual, mientras que las mujeres, son responsables de negligencia.

- **Exceso de carga emocional y física:** Falta de espacio y de tiempo personal. También se incluirá dentro de este apartado el estrés, incluso en algunos casos puede aparecer un "síndrome de Burnout": que aparece cuando la persona al cuidado del anciano manifieste sentirse "quemado, agotado, exhausto o sobrecargado". Otro de los agravantes puede ser la situación de salud en la que se encuentre la persona maltratada, ya que se puede tratar de una persona que demande mucho y cuya enfermedad (en caso de que la tenga) puede esté minando en la salud a nivel físico y psicológico del agresor (en caso de que sea éste su cuidador). Presencia de ciertos sentimientos negativos tales como la ira, por la situación que vive.

- **Conocimientos deficientes:** la falta de conocimientos y/o entrenamiento a la hora de cuidar a una persona anciana y con enfermedades, puede derivar en una situación de desesperación y desesperanza empeorándolo todo.

- **Trastornos psicológicos:** tales como la ansiedad o la depresión.

- **Abuso de sustancias tóxicas:** bien sean alcohol u otro tipo de drogas. Los estudios demuestran que este factor de riesgo se da en las situaciones más extremas de maltrato y es más frecuente en los maltratadores físicos (7 de cada 9), que en los que comenten negligencia (1 de cada 9). También habría que destacar que la relación es mala, sería un añadido.

- **Aislamiento social:** los agresores son personas con bajos niveles de sociabilidad, no suelen tener apoyos y suelen encontrarse aislados.

- **Relación con la víctima:** es un factor de riesgo que en pocas ocasiones se tiene en cuenta. Pero si se observan diferentes investigaciones, en casi todas se llega a la conclusión de que el agresor, mantiene un relación muy estrecha con la víctima. Según los países, las cifras demuestran que la mayoría de las veces el agresor suelen ser los propios hijos del anciano, en España el porcentaje está entre 35-47%, mientras que en Reino Unido está entre el 38-53%, en EE.UU. el agresor suele ser la propia pareja (42-48%).

- **Dependencia del agresor:** puede ser a nivel económico (actualmente es muy frecuente), vivir en la misma vivienda, falta de recursos…

- **Inversión del rol parental** (en el caso de que sean hijos los maltratadores).

❖ **<u>Factores de riesgo socioculturales:</u>**

- **Cultura de violencia:** la forma en la que se resuelven los problemas, las actividades lúdicas (violencia en la televisión, ordenador… etc.), el carácter tanto del agresor como de la víctima, pueden derivar en maltrato.

- **Violencia intergeneracional:** este factor de riesgo responde a la teoría de transmisión entre generaciones de la violencia previamente desarrollada, y es que si el maltrato es algo habitual, se acabará viendo por algo normal, bien por haber sido testigo directo o incluso la propia víctima.

- **El edadismo (ageism):** actitudes y pensamientos prejuiciosos hacia las personas mayores. Un ejemplo claro constituye el pensar que una persona de más de 65 años pierde el rumbo de su vida, ya que "no se entera de lo que hace" o asumir que necesariamente su estado de salud tanto físico como psicológico está alterado.

- **Aumento de la esperanza de vida:** los avances en medicina y en los medicamentos han hecho que se prolongue la vida de las personas con enfermedades crónicas.

- **Falta de apoyo social, familiar y financiero. (2, 6, 11, 15, 17, 18, 23)**

Factores de riesgo de la víctima	Factores de riesgo del agresor	Factores de riesgo Socioculturales
➢ **Género.** ➢ **Edad.** ➢ **Estado civil.** ➢ **Estado de salud.** ➢ **Dependencia hacia el agresor.** ➢ **Aislamiento social.** ➢ **Antecedentes de malos tratos.**	➢ **Género.** ➢ **Exceso de carga emocional y física.** ➢ **Conocimientos deficientes.** ➢ **Trastornos psicológicos.** ➢ **Abuso de sustancias tóxicas.** ➢ **Aislamiento social.** ➢ **Relación con la víctima.** ➢ **Dependencia hacia la víctima.**	➢ **Normalización de la violencia.** ➢ **Violencia aprendida.** ➢ **Edadismo.** ➢ **Falta de apoyos.** ➢ **Aumento de la esperanza de vida.**

1.9. EL MALTRATADO Y EL MALTRATADOR:

Para poder poner en práctica una prevención y un abordaje adecuado sobre el maltrato es necesario conocer cuáles son los perfiles de las personas más susceptibles a recibirlo y más propensos a proporcionarlo.

Aunque no existe un perfil claro entre las víctimas, los estudios siempre han señalado a las mujeres, casadas y con deterioro cognitivo como principales blancos. Aunque bien es cierto, que los últimos estudios sin señalan que al menos dos terceras partes de los denunciantes son mujeres, éstas sufren las tres cuartas partes del maltrato psicológico y el 92% del financiero. Según un estudio, las mujeres sufren maltrato psicológico, seguido del físico y del financiero. Mientras que los hombres sufrían en primer lugar el abandono y negligencia, maltrato físico y psicológico. Esto coincide con un estudio realizado en 2001 por MT Bazo: las mujeres son más propensas a sufrir maltrato. El por qué, es algo meramente histórico, al llegar a la vejez muchas mujeres se encuentran en situación de dependencia debido a su papel de cuidadora dentro de la familia, hasta que la mujer se incorporó al mundo laboral. También son más propensas a enfermedades crónicas en la vejez. **(9)**

Por tanto si se hiciese un resumen de las características más habituales del **maltratado** serían:

Género del maltratado: según el estudio realizado por María Teresa Bazo, se estima que un 81% de las víctimas son mujeres y un 19% hombres. En cuanto a la **edad** sería mayor de 75 años multiplicándose por tres cuando son mayores de 75 años y por

cuatro cuando son mayores de 85 años, que por lo general cuenta con **alteraciones físicas, deterioro cognitivo y dependencia**: (física, emocional o financiera) de su cuidador.

Personalidad del maltratado: sentimiento de culpabilidad, excesiva lealtad y estoicismo (movimiento filosófico que defiende el autodominio, la serenidad y la fortaleza de carácter ante la adversidad y el dolor). **Aislamiento social, conflicto entre generaciones. (8, 9, 22, 23)**

¿Cómo es el agresor? Éstos suelen ser sujetos normales, sin importar la clase social, la profesión, la raza o la religión. Se tiende a relacionar la violencia con la existencia de alguna patología mental (producto de la creencia cultural), aunque es cierto que la existencia de trastornos o toma de sustancias pueden agravar la situación. También existen algunos autores que señalan el aspecto físico, como relevante a la hora de identificar a un posible agresor, por ejemplo, las facciones siniestras (teoría "perceptiva de la atribución").

Cuando se habla del perfil psicológico de un maltratador, se ha de hacer especial hincapié en que no existe un único conjunto de rasgos y características, sino varios, ya que las circunstancias y el carácter de cada persona siempre va a ser diferente y esto será determinante. Por ello, no es correcto hablar de perfiles sino de escenarios donde se haya dado maltrato. **(1)**

Las particularidades psicológicas son clave para llegar a una conclusión de por qué una persona maltrata, pero recientes estudios han elaborado una tabla con las características que tienen en común casi todos los maltratadores.

- Utilización de la violencia con el fin de someter a la víctima a su voluntad, y así ejercer el poder absoluto sobre ella.
- Consideran al anciano como una persona débil, sobre la que tienen el derecho de actuar.
- Los agresores suelen tener una imagen mala de sí mismos, acompañado de una baja autoestima, que sólo se reforzada si ejercen violencia contra otros.
- En el aspecto intelectual, se creen que están en posesión de la verdad y que su pensamiento nunca es erróneo.
- Suelen excusarse y minimizar los actos violentos culpando a la víctima de su comportamiento; patologías, demanda de cuidados, carácter difícil...
- En sus círculos sociales no despierta sospechas, se muestra contrario a cómo es en su vida privada.
- Falta de empatía con la situación del anciano, hipercríticos. **(8)**

1.9.1. EL MALTRATO EN EL MEDIO FAMILIAR

Ante la imposibilidad de realizar un informe detallado sobre los tipos de perfiles de un **maltratador**, se hablará de escenarios; el primero que se encuentra es la propia familia. Los estudios consultados tienen conclusiones comunes;

- **El maltratador**: en el primer puesto se encuentran los hijos del mayor (47-55%), le sigue el cónyuge (12-19%), nietos y otros familiares (18-25%), hermanos (6-7%). Pero lo más llamativo de todo es que alrededor de un 10% suma las personas que no son del círculo familiar del anciano, (vecinos, amigos, auxiliares y otros). **(Anexo I)**

- **Edad del maltratador:** se parte de la siguiente manera; el 66% corresponde a personas de menos de 60 años, siendo los menores de 40 años un 27% y los comprendidos entre los 40-59 años un 39% (en este rango de edad se encontrarían por norma general los hijos de la persona mayor; primer maltratador en potencia). Y un dato que llama mucho la atención es que el porcentaje que corresponde a mayores de 60 es un 34%, ellos un 26% mayores de 70 años, lo cual hace encender la alarma, ya que personas tan mayores al cuidado de otras igual de mayores agrava la situación.

- **Género:** son datos inexactos, aunque en un estudio realizado en EE.UU. concluía con el 62% de las denuncias presentadas de ancianos maltratados correspondían a mujeres. Por otro lado, lo que si está claro es que las mujeres son autoras de las negligencias y los hombres del maltrato físico y el abuso sexual.

- **Raza:** Según un estudio realizado por NCEA (National Center of Elder Abuse) en EE.UU. en 1994, el 65% de las personas que sufren maltrato son blancas, mientras que el 21,4% eran de raza negra. Los ancianos hispanos representaban el 9,6% y el porcentaje que representan los ancianos americanos nativos, americanos asiáticos y de las Islas del Pacífico era de menos del 1%.

- **Estado civil:** al menos un 79% de las personas están casadas.

- **Problemas psiquiátricos y abuso de sustancias (en el caso de hijos):** incapacidad para independizarse, toma como referencia a uno de sus progenitores y cuando éstos envejecen la relación se vuelve tensa.

- **El agresor convive con su víctima:** los estudios estiman que un 75% de los maltratadores vive en la misma casa que la víctima. De forma permanente en concreto un 59% y de forma temporal un 20%.

- **Depende económicamente de ella.**

- **Mayor estrés:** se suele tratar de personas que llevan cuidando a los mayores más de 10 años, en concreto un 10%, más de 20 años. Aumento de la vulnerabilidad psicofísica, realizando los cuidados de manera automática, sin atender a si los proporciona de una manera adecuada o no.

- **Relación con la víctima:** conflictos anteriores, empeoramiento de la relación si existe enfermedad y agravamiento de ésta.

❖ **Falta de conocimientos:** mayor demanda de cuidados e imposibilidad de recursos. **(1, 8, 9, 22, 23).**

1.9.2. EL MALTRATO INSTITUCIONAL

Si como se hacia alusión previamente, no se hallan muchas referencias del maltrato familiar, mucho menos en el maltrato institucional (centros y residencias), de hecho, esto solo suele salir a la luz gracias a los medios de comunicación o asociaciones que lo denuncian.

Según un estudio realizado por Naciones Unidas en el año 2000, alrededor de un 30-40% del personal al servicio de las instituciones había sido testigo de maltrato físico a los residentes de éstas por parte de sus compañeros. Y lo que aún es más alarmante; un 10% admitía haber recurrido en alguna ocasión al maltrato físico, y también recogía un elevadísimo porcentaje para las conductas cometidas y no consideradas maltrato físico. El 40% del personal admitía cometer un abuso verbal de manera usual.

Evidentemente, el perfil del maltratador en una institución no tiene nada que ver con el del medio familiar; suelen ser personas de entre 25-35 años con estudios medios (cuidadores o auxiliares). Por un lado, el maltrato físico se produce por una incapacidad para retener la agresividad y así como factores tanto profesionales como psicológicos del trabajador. Sin embargo, el maltrato psicológico se da por razones culturales, a veces adoptando un papel un tanto "paternalista" y en otras ocasiones creerse superior a ellos por la edad o capacidad física. Algunos autores destacan el "síndrome de burnout" como otra de las causas y es que es un síndrome que aparece en las personas que trabajan con o cuidan de personas; muestra una falta de equilibrio entre lo que los pacientes demandan y lo que el profesional puede dar de sí. Todo ello lo único en lo que puede derivar es en una negligencia y en un maltrato. **(1)**

La clasificación de los tipos de maltrato en una institución según Kayser-Jones se divide en cinco: pérdida de la personalidad (individualidad), deshumanización, pérdida de la intimidad, adopción de un papel de víctima e infantilización. **(1,30)**

En cuanto a los factores que dificultan una correcta atención se incluirían:

❖ **Factores estructurales y de recursos humanos**: entorno poco familiar para el anciano, barreras arquitectónicas, escasez de recursos o no apropiado, falta de personal asistencial o falta de trabajo en equipo, no coordinación entre los diferentes servicios, escasez de programas asistenciales.

❖ **Factores profesionales**: falta de conocimientos y preparación del personal, objetivos mal delimitados, falta de motivación, mala supervisión.

❖ **Factores laborales:** sueldos insuficientes, falta de estabilidad, horarios excesivos, exceso de tareas a realizar, falta de tiempo.

❖ **Factores psicológicos:** falta de empatía con las personas mayores y aptitudes sociales, manejo inefectivo del estrés, falta de ilusión e interés, falta de conocimientos para lidiar con una situación de gravedad, no realizar crítica personal, no autocontrol.**(1)**

2. CAPÍTULO 2: LEGISLACIÓN

2.1. ASPECTOS LEGALES:

El Derecho Penal no puede sustituir cosas básicas que necesita una persona, como el cariño y el afecto, pero si puede imponer que los derechos de una persona mayor sean respetados y cumplidos; por un lado, realiza una función disuasoria (advertencia de pena) y por otra, una función sancionadora (castigar una acción prohibida). **(1)**

Pero la aplicación de estas sanciones es una cuestión espinosa, ya que en la mayoría de las ocasiones no son las propias víctimas las denunciantes, sino que lo sufren en silencio y son los servicios sanitarios o la gente del entorno los que dan la voz de alarma. Si a esto se le añaden patologías, puede resultar aún más complicada la asignación de indicios según cuáles sean los signos y síntomas que muestre la víctima. **(25)**

El maltrato al anciano en España no está definido como un delito especifico sino que pertenece a un tipo denominado "violencia habitual" entre algunos familiares. Sin embargo, también éste ha pasado por distintas fases: en 1989 pasa a llamarse "violencia familiar habitual", en un primer momento solo incluía el maltrato físico contra esposo/a, madre/padre, hijo/hija. En 1999 también incorpora el maltrato psicológico y como posibles maltratadores a ex parejas y personas que hayan vivido en algún momento con la víctima. Por último en 2003 el delito de violencia familiar pasó de ser de parte del artículo 153 al 173. Con esta reforma también se incluyó el alejamiento, cosa que previamente sólo podía solicitar una de las partes y en ciertos casos ni siquiera se podía aplicar, por ejemplo si la víctima se retractaba. También incluyó el maltrato institucional, cosa insólita hasta entonces. **(1)**

Dependiendo de las personas implicadas en el maltrato, el Derecho Penal aplica unas leyes u otras. Se divide en tres casos:

1- **Maltrato por parte de los hijos hacia los padres:** en estos casos los padres suelen ser muy mayores o tienen alguna minusvalía física o psíquica, con esta excusa el hijo crea un clima familiar insostenible con maltrato físico (esto se da de manera más ocasional), amenazas o aprovechamiento de los bienes económicos.

No existen cifras exactas del número de denuncias, y además, no todas llegan a trámite, ya que sólo se interviene si hay pruebas físicas que lo acrediten. Los maltratadores normalmente niegan los hechos y se dividen tres subgrupos:

- Hedonistas- nihilistas: "yo y luego yo"
- Patológicos: amor odio con sus padres, celos edípicos o toma de sustancias.
- Violencia aprendida. **(1)**

2- **Maltrato por parte de la pareja:** se suele dar por parte del hombre, pero hay casos en los que es la mujer la que los propina. **(1)**

3- **Maltrato por parte de la persona que está a cargo de la persona mayor de avanzada edad y/o impedida:** la persona suele ser de su círculo más próximo. Es una identificación compleja porque la víctima es dependiente totalmente de esa persona y cada vez está más aislada, además suele negar los hechos por miedo.

En las instituciones es muy frecuente que encubran los casos de maltrato por temor a represalias. **(1)**

En el **Anexo II** se muestran algunas de las conductas delictivas que se pueden dar en los ancianos y los artículos del Código Penal que amparan a las personas mayores con sus respectivas penas. También muestra las características de la Ley de Dependencia, de suma importancia actualmente. **(1, 25)**

2.2. MARCO ÉTICO DEL MALTRATO AL ANCIANO:

La ética se caracteriza por su ambigüedad y subjetividad, ya que confluyen dos elementos que cada ser humano posee y percibe de manera individual y como característica propia: los valores y las conductas que se llevan a cabo.

Con el maltrato al anciano, en ocasiones se puede llegar a distorsionar la realidad, tildando de maltrato cualquier anomalía en el proceso de atención. Es aquí, cuando la ética puede ayudar, basándose en sus cuatro pilares fundamentales que se irán desarrollando a lo largo de este subcapítulo.

1- Principio de no maleficencia:

La base de este principio se sustenta en "lo que todos están en la obligación de no hacer", la obligación de no perjudicar, de no dañar a ninguna persona, tanto a nivel emocional, como biológico. La no maleficencia está considerada junto con el principio de justicia como los deberes mínimos que debe cumplir una sociedad, independientemente del criterio individual.

Si se aplica a nivel asistencial, la no maleficencia exige la no realización de acciones que no estén indicadas, así como plantear y llevar a cabo las que sí estén indicadas. También obliga a sopesar el efecto beneficioso o perjudicial que puede tener una acción sobre la salud de una persona y cuyo efecto no esté definido.

Aparentemente no es lo mismo **realizar una acción que omitirla**, pero desde el punto de vista ético pueden ser ambas malas o ambas buenas, todo ello dependerá de la situación en la que se enmarquen, a quién se le aplique y además el grado de gravedad y la intensidad. Tampoco hay que olvidarse de la **intención** y los fines del maltrato, ni de la frecuencia.

Desde el punto de vista ético existen una serie de actitudes por parte de los sanitarios no adecuadas, agravando aún más el maltrato:

- Negligencia, como el tipo de maltrato más frecuente tanto por parte de los cuidadores habituales en las casas, como los profesionales en las instituciones.

- La falta de conocimientos consentida por parte de los profesionales sanitarios. Esto es sinónimo de mala praxis, y una responsabilidad inevitable, sobre todo en Atención Primaria. Los sanitarios son los únicos que pueden "acceder" a la situación física, psicológica y social de un anciano y por ello es necesario una buena formación.

- La visita domiciliaria y a residencias en Atención Primaria, se antoja casi obligatoria ya que es una de las pocas vías que existen para cerciorarse de si existe maltrato o no. Esto es parte de la ética de cada profesional, es decir, la implicación que cada uno se vea dispuesto a asumir, aunque para algunas asociaciones el conformarse con la visita al Centro de Salud de los familiares sin realizar ni una sola visita al mes, es considerada un tipo de negligencia.

- La derivación a servicios especializados para evitar responsabilidades o acceder a las exigencias de terceros, se convierte en una forma de maleficencia, ya que puede provocar una iatrogenia y mucho daño.

- La utilización de fármacos o contenciones, así como la sobrecarga o la falta de tratamiento, sin efecto beneficioso terapéutico, deberá ser inadmisible.

- Los llamados "ancianos golondrina", que viven en diferentes lugares (sus hijos no residen en la misma ciudad), y que tienen historiales repartidos, provocando que si en algún momento ocurre un accidente nadie sea el responsable directo del paciente.

- Especial atención a las familias de los ancianos, evitando hacer comentarios hirientes o culpabilizando de la situación.

2- Principio de justicia:

El principio de justicia hace referencia a un reparto justo de las cargas y beneficios, haciendo caso omiso a edad, religión, etnia, sexo… etc. Dicho de una manera más clara; que las oportunidades sean iguales para todos.

Coexisten puntos polémicos dentro del principio de justicia:

- Por un lado las actividades destinadas a la **prevención** deberían ser mayores, a pesar de que sus efectos no se ven en un corto periodo de tiempo. Lo que si está comprobado es que el efecto de la prevención es mucho más beneficioso, tanto a nivel económico, como a nivel personal. Es necesaria una gran responsabilidad moral.

- Las actividades de **intervención** son excesivamente insuficientes, o directamente ni siquiera existen. Por ejemplo, por toda la sociedad es sabido que existen pisos de acogida para mujeres y niños maltratados. Pero nada de eso existe para las personas más mayores, como mucho, se les envía a residencia o se les deja ingresados en los hospitales sin tener en cuenta que el efecto es devastador y totalmente negativo.

- Las instituciones sanitarias y sociales encargadas del abordaje del de maltrato están totalmente descoordinadas. Es necesaria la unificación de objetivos comunes y protocolos para realizar una buena prevención primaria, secundaria y terciaria.

- Incluido dentro de la justicia también están los familiares. No hay que olvidar que en muchos momentos están al frente de situaciones muy difíciles, además de que muchas veces no cuentan con los conocimientos y habilidades necesarios para cuidar de manera adecuada, pero la realidad es que nadie se ha preocupado de proporcionárselos.

3- Principio de autonomía:

El principio de autonomía exige tomar en consideración que toda persona es capaz de tomar sus propias decisiones, mientras no se demuestre lo contrario, respecto a la aceptación o rechazo de todo aquello que tenga que ver con su propio estado de salud o proyecto vital.

Esto no solo implica la aceptación de que toda persona tiene derecho a escoger lo que quiera en función de sus valores y creencias, sino facilitar esa tarea, intentando adecuar las condiciones para que la opción que escoja sea lo más autónoma posible.

Es un derecho básico que todo humano debe tener, sin embargo, en la práctica no ocurre lo mismo, pues en ocasiones se les dirige más que se les orienta en beneficio de los propios intereses de terceros.

Toda persona, sea cual sea su situación, a menos que se demuestre lo contrario, es autónoma. Es cierto que sus capacidades físicas o cognitivas puedan haber disminuido pero no por eso no tienen capacidad de decidir. No se debe confundir que por no realizar cierta actividad de la vida diaria, no se pueda tomar una decisión.

Ley 41/2002, del 14 de Noviembre, se aprueba una Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ésta defiende que toda persona pueda realizar un escrito que sirva para el futuro, plasmando su propia voluntad sobre los tratamientos y cuidados que querrá, por si algún día no es capaz de poder expresarlo. También podrá nombrar a una persona su “interlocutor”, cuya función principal será mantener el contacto con los profesionales en su nombre por si algún día no es capaz de mantener una conversación. Esta Ley es muy desconocida, por ello los profesionales tienen la obligación de informarse acerca de ella y promover la autonomía entre sus pacientes explicándoles y dirigiéndoles en los primeros pasos a seguir. Esto, no solamente beneficiará al propio paciente, sino que puede resultar un alivio para los profesionales, ya que saber las voluntades de una persona puede ayudar a tomar ciertas decisiones clínicas en un futuro.

Por tanto, como obligación moral hay tener claro esta premisa: a menor dependencia y mayor respeto de sus propios valores, menor riesgo de maltrato. A mayor dependencia y estado de salud deteriorado, mayor obligación moral de proteger a ese anciano.

4- Principio de beneficencia:

La beneficencia hace referencia a hacer el bien a las personas, intentando obtener el mayor beneficio posible, procurando causar el menor perjuicio y riesgo posible. Pero siempre respetando el principio de autonomía. De hecho de ambos principios dependen los máximos morales de cada persona, cuánto se exige cada uno y cuánto está dispuesto a implicarse por cumplir esos máximos.

Desde el punto de vista clínico, es posible que también los sanitarios se planteen en ciertos momentos preguntas de este tipo: ¿hasta dónde llega mi cometido? O ¿cómo debe ser mi comportamiento hacia ellos; más correcto desde el punto de vista profesional o más cariñoso desde el punto de vista humano? Aquí una vez más, es la conciencia moral y grado de implicación que cada profesional quiera asumir lo que finalmente establecerá lo que es correcto de lo que no. Cumplirá los mínimos, pero a partir de ahí será asunto de cada uno comprometerse más.

Aún así, es evidente que en el sector sanitario, el profesional no se puede acomodar al campo de los mínimos, sino que deberá buscar la magnificencia. Y ésta sólo se consigue mediante una relación clínica basada en la confianza, la empatía, la sinceridad, el respeto y la humanidad.

En definitiva, el principio de beneficencia es parte de la prevención primaria respecto al maltrato, ya que aumenta los recursos, potencia el control de la situación y merma la falta de defensa.

Por tanto a modo de conclusión de este apartado hay que tener en cuenta ciertas recomendaciones:

- El maltrato afecta sobre todo al principio de no maleficencia, pero también a otros. Si se da una situación de maltrato se ve implicada tanto la familia como los profesionales sanitarios.

- Los profesionales han de obligarse a formarse en el maltrato para poder detectarlo y abordarlo. Es algo que forma parte tanto de la obligación clínica como moral.
- La vulneración del principio de maleficencia puede derivar en maltrato. Esto implica la realización de un examen ético de los beneficios y perjuicios de nuestra acción.
- El respeto del principio de autonomía será imprescindible para poder acercarnos al anciano maltratado y poner en marcha intervenciones.
- El abordaje del maltrato es muy delicado por ello, la toma de decisiones ha de ser extremadamente cautelosa. Ahí entra la ética y los máximos morales de cada uno. Una inculpación no argumentada correctamente puede ocasionar más problemas que solucionarlos, por ello, se utilizará protocolos y se hará un examen exhaustivo de la situación intentando poner solución, sin buscar culpables, ya que son las propias víctimas las únicas perjudicadas de todo ello. **(26)**

3. CAPÍTULO 3: INTERVENCIONES

3.1. BARRERAS PARA ACTUAR FRENTE AL MALTRATO:

Cada vez existe más información del maltrato al anciano, pero a veces no es suficiente para detectar una situación de maltrato. Existen barreras para detectarlo que pueden venir desde la propia víctima, el cuidador, la familia o que se deben incluso a la sociedad.

1- Barreras que puede presentar la víctima:

- Negación: se resiste a aceptar los hechos, el principal factor es el deseo de protección sobre el maltratador para evitar las posibles consecuencias si le delata.
- Miedo: a formular la denuncia, a posibles represalias, a la destrucción de la relación familiar y pérdida del contacto con ellos, ingreso en residencias.
- Vergüenza y/o culpa: por contar y asumir la propia situación. Aún se puede dificultar más si el maltratador es un familiar o una persona muy cercana al anciano.
- Cultura: influye la clase social y las propias creencias.
- Conocimientos deficientes: recursos que tiene a su alcance, la gravedad de la situación, los derechos básicos de cada persona…
- Alteraciones de la salud: físicas, cognitivas... **(2)**

2- Barreras que puede presentar el maltratador:

- Negación: por miedo a las posibles consecuencias.
- Aislamiento de la víctima poniendo dificultades para la evaluación de la posible víctima a solas por miedo a que se descubra o confirme el maltrato.
- Resistencia a asumir las consecuencias de su comportamiento una vez confirmado el maltrato. **(5)**

3- Barreras que puede presentar los familiares, amigos o allegados más cercanos a la víctima, que saben del maltrato:

- Desconocimiento de las personas que les pueden ayudar y de los recursos
- Pasotismo y falta de involucramiento.
- Callar la existencia de malos tratos. **(2)**

4- Barreras presentes en la sociedad e influidas por la cultura y estructurales:

- Edadismo (ageism): forma de discriminación por la edad.

- Falta de información y de concienciación del maltrato a los ancianos, aceptando la situación como algo normal.

- Culturales: percepción negativa de la vejez, viéndoles como personas dependientes que necesitan una constante atención. **(2)**

5- Barreras presentes en los profesionales de la salud:

- Falta de conocimientos o conocimientos inadecuados; signos y síntomas, prevalencia, causas, factores de riesgo, casos con dificultad para identificar los signos y síntomas.

- Temor: a que las consecuencias para el paciente sean devastadoras, pérdida de la relación de confianza con el anciano.

- Desorientación a la hora de abordar una situación de maltrato: falta de experiencia, falta de organización por parte del equipo, desconocimiento de los servicios y recursos disponibles, incapacidad para pedir ayuda porque no sabe a quién acudir.

- No involucrarse por la dificultad del problema: interferir en las relaciones familiares y el perjuicio sobre la relación profesional-paciente.

- Nihilismo terapéutico: creencia de que cualquier acción para ayudar a la persona será inútil.

- Falta de tiempo entre paciente y paciente y de intimidad, tanto en el centro de salud como en los domicilios.

- Falta de protocolos adecuados. **(2, 5)**

Según un estudio realizado en el 2000 en Ohio (EE.UU.), las barreras más habituales que impiden detectar el maltrato son: otros signos o síntomas que se creen debidos a causas diferentes del maltrato (44%), negación de la víctima (23%), inseguridad a la hora de formular la denuncia (21%), desconocimiento de los recursos a su alcance; leyes, recursos comunitarios (10%) y otras (2%). **(27)**

3.2. ABORDAJE DEL MALTRATO:

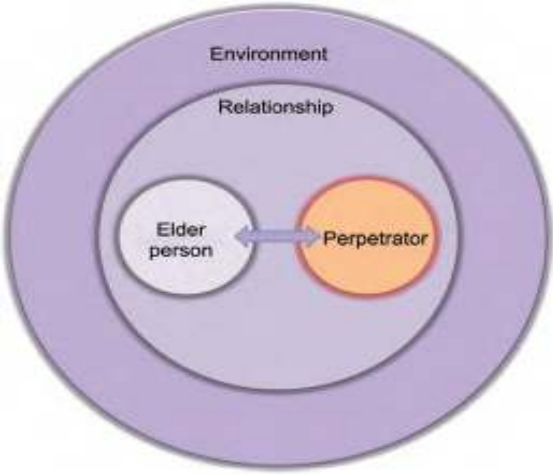
El abordaje del maltrato es una cuestión complicada. Actualmente no existen medios formales para detectarlo, ya que se trata de un hecho meramente observacional, no solo forma parte de una labor asistencial. Se debe tener algunos puntos en cuenta;

- Todos los ancianos deben ser considerados como potenciales víctimas del maltrato.

- Analizar el perfil y las características del cuidador, ya que esto puede ser clave para la detección del maltrato si existen sospechas de base.

- La creación de una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

- Atención extrema sobre los signos/síntomas que el anciano muestre.



- Es necesario que los profesionales valoren tanto a la víctima, como al maltratador, como el ambiente en el que se desenvuelven habitualmente, como la interacción entre ellos. Como muestra la figura, es evidente la influencia que tiene cada uno de ellos sobre el otro. Es por eso que se debe estar atento a cada detalle. **(13, 16)**

3.2.1. PREVENCIÓN, FORMACIÓN Y EDUCACIÓN:

La prevención, la formación y la educación son las tres premisas básicas para evitar la aparición de ciertos factores que pueden ser desencadenantes del maltrato. Se distinguen tres niveles de prevención:

1- Prevención primaria "mejor prevenir que tratar": se centra en evitar que aparezcan casos de maltrato. Como primer supuesto se ha de considerar que todo anciano es víctima potencial de maltrato, y por tanto actuar en las causas tanto sociales, como culturales que lo pueden llegar a producir. El problema es la complejidad que plantea el identificar e incidir sobre ellas. Es aquí cuando conviene hacer una **buena educación** sobre la sociedad en general;

- Realizar campañas para quitar el esteriotipo de la vejez a través de los medios de comunicación y formar a los jóvenes en el respeto hacia los mayores, mediante charlas educativas en colegios e institutos.

- Campañas, mesas redondas o talleres donde se informe a las personas mayores sobre sus derechos y deberes y sobre cómo informar de una situación de maltrato.

Por parte del **profesional** hay varios puntos a tener en cuenta:

- Adquirir una **buena formación** participando tanto en la planificación como en el desarrollo de esa formación, con talleres para saber reconocer una situación de maltrato y saber abordarla.

- Proporcionar toda la ayuda que se pueda a los cuidadores del anciano, para que identifiquen las necesidades de las personas a las que cuidan, poniéndose en su lugar y enseñándoles maneras para cuidar de manera más óptima aún. Así como, establecer una relación de confianza con los propios ancianos, respetando sus valores culturales.

- Desarrollar programas de ayuda para minimizar el estrés y fomentar el cuidado psicosocial de ambas partes.

- Hacer que el grupo multidisciplinar actúe como un equipo aumentando la comunicación entre los profesionales y compartiendo sus propias vivencias. **(6, 16, 19, 21)**

2- Prevención secundaria: el objetivo principal es la identificación de los ancianos y de las familias con alto riesgo, también la identificación los factores de riesgo que presenten. Todo ello ayudará a conseguir una disminución de la prevalencia, de la aparición de nuevos casos de maltrato, y para la detección precoz del maltrato.

- R Wolf en el 2000 publicó una valoración de los diferentes 18 instrumentos de cribado que se utilizan para la detección del riesgo de maltrato en función de los factores de riesgo existentes: uno de ellos fue el H-S/EAST (*Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test)* creado por Neale *(*1991) que constaba de 15 ítems, aunque se ha pedido su modificación ya que puede dar falsos negativos. Otro instrumento es el *Indicators of Abuse Screen* de Reis et Nahmiash (1998), con 29 puntos agrupados en tres categorías; ha de ser realizado por profesionales y se invierten unos 20 minutos en su realización; se ha demostrado que es válido, pero es demasiado extenso. Otro instrumento de valoración de riesgo es el de Goodrich en 1997; cuenta con 33 ítems y que se agrupan en 5 categorías (anciano, agresor, al entorno, servicios de soporte, antecedentes familiares de abuso) y cuya clasificación es situación de riesgo bajo, moderado o alto.

- La CTF (*Canadian Task Force on Preventive Health Care*) y la USTF (*U.S. Preventive Services Task Force*) establecen que los instrumentos de cribado no cuentan con las evidencias científicas suficientes como para ser considerados fiables ya que en algunos casos son inexactos, por ello clasifican su utilización como recomendación tipo C. En algunos países se han puesto en marcha algunos programas como: periodos de descanso para cuidadores o mesas redondas que están dando buenos resultados. Si existen, es una obligación informar al cuidador informal de los recursos existentes.

- Otras formas de llevar a cabo una buena detección son las siguientes:

  - Analizar el perfil del anciano, el perfil del cuidador y el ambiente familiar.

  - Los grupos del programa llamado "empowerment" (empoderamiento), recuperan la confianza en sí mismas y el control de sus propias vidas, saliendo del aislamiento al que estaban sujetas. **(6, 16, 19)**

  - Existe una regla nemotécnica que recalca los factores de riesgo más importantes para la detección precoz del maltrato: S.A.V.E.D:

S: Stress (estrés) que puede presentar el cuidador por problemas externos al maltrato.

A: Alcoholismo o drogas en el ambiente que rodea al anciano.

V: Violencia ocurrida anteriormente entre la víctima y el maltratador.

E: Emociones escasas, falta de motivación y de recursos para continuar con el cuidado de la persona mayor y aguantar la carga.

D: Dependencia del maltratador sobre la víctima en cualquiera de sus formas: económica, emocional… **(16)**

3- Prevención terciaria: el objetivo principal de la prevención terciaria es evitar que episodios previos de malos tratos se vuelvan a repetir. Así como, intentar minimizar las consecuencias y el sufrimiento que el maltrato ocasiona. Desafortunadamente, es la más frecuente de las tres.

- El instrumento más eficaz es la intervención legal, debido a que las acciones desarrolladas previamente como la educación familiar o la terapia familiar no han dado los resultados esperados, y no han conseguido evitar nuevos episodios. Es importante que los gobiernos establezcan protocolos rápidos de actuación para acoger a los casos graves de malos tratos. **(16, 21)**

Los tres niveles de prevención son básicos para un buen abordaje del maltrato, si bien es cierto que la más importante de las tres corresponde a la primaria, además de ser la más barata, es la que mayor beneficio tiene tanto para la víctima a la larga. Como se ha nombrado anteriormente, aún se necesita investigar más para confeccionar nuevos instrumentos de prevención y mejorar los existentes actualmente, sobre todo en la prevención primaria y secundaria. Los instrumentos utilizados en la prevención terciaria comienzan ya a dar resultados positivos.

3.2.2. DIAGNÓSTICO:

Si existe una sospecha de **maltrato domiciliario**, tanto por los servicios sanitarios como por los sociales, el esquema a seguir es el siguiente **(Anexo II)**:

Lo primero, se ha de plantear una **valoración dividida en tres puntos**. Se puede llevar a cabo tanto en la consulta, como en la visita domiciliaria. **(29)**

1- Entrevista clínica al anciano y al cuidador: deberá ser realizada en un ambiente tranquilo y empleando el tiempo suficiente. Se hará especial hincapié en los factores de riesgo, tratando de saber si la actitud del anciano puede ser considerada sospechosa. Con la entrevista el profesional se podrá hacer una idea de las características del cuidador, del anciano y del ambiente y sobre algunos factores de riesgo. Algunas normas para facilitar la entrevista son:

- Hacer la entrevista con el anciano y con el cuidador.
- Observar y estudiar la relación entre ambos, así como los cambios de comportamiento.
- Establecer una relación de confianza en la que se ayude a expresar las propias emociones y sentimientos.
- Asegurar la confidencialidad.
- Realizar algunas preguntas facilitar que el anciano o el cuidador cuenten su problema y comunicarse mediante un lenguaje sencillo y claro.

- Realizar ciertas preguntas hacia el anciano para comprobar si existe maltrato (conviene Hacerlas en privado ya que el posible maltratador pueda intimidar a la víctima). **(6, 8, 16, 20)**

La AMA y la CTF, propusieron una serie de preguntas a realizar para el anciano y poder detectar la existencia de maltrato. También se propusieron otras preguntas dirigidas al cuidador para ver la relación e interacción con la persona mayor **(Anexo IV)**

➢ **Valoración de la enfermera:**

- La valoración de la enfermera es fundamental para detectar el maltrato domiciliario, constituye una herramienta muy útil. Tanto el maltrato físico, como el psicológico o el económico pueden detectarse a través de ésta. Todo dependerá del modelo que se tome como referencia. Teniendo en cuenta que utilizamos el de V. Henderson, habrá que poner especial atención en cada una de las necesidades, ya que pueden indicar la existencia de maltrato y valorar como esta situación puede estar afectando a la salud del anciano y de su familia. **(Anexo V)**

- También se puede sacar una serie de diagnósticos de enfermería de la NANDA que puede indicar una evidencia o un riesgo de maltrato al anciano, ya que pueden estar unidos a las causas y los signos y síntomas del mismo. **(Anexo V) (8)**

2- Explorar cuidadosamente signos físicos: heridas, contusiones, hematomas, fracturas, higiene no adecuada, desnutrición/deshidratación o respuesta inadecuada a un determinado fármaco, cuando lo prescrito es correcto, atendiendo a las explicaciones de cómo se produjeron. **(6, 16, 20)**

3- Explorar la actitud, el estado psicológico y emocional del anciano, así como el riesgo social: tristeza, depresión, miedo, inquietud… Si se detecta algún tipo de enfermedad psiquiátrica severa, se debe tener especial cautela con los psicofármacos que se recetan, ya que puede inducir a suicidios. Respecto al riesgo social, se deberá valorar la dependencia y abandono. **(6, 16, 20)**

➢ **Señales de alerta, signos y síntomas de maltrato:**

- Explicaciones incoherentes sobre como se produjo la lesión. Contradicción en el relato de la víctima y del cuidador.

- Visitas frecuentes a los servicios de urgencias y hospitales por motivos diferentes. Además es frecuente que acuda con el anciano otra persona.

- Periodo largo de tiempo entre que ocurre la lesión hasta la visita médica. Visitas médicas frecuentes debidas el empeoramiento de enfermedades crónicas, a pesar de que el tratamiento sea el adecuado.

- Disminución de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente debido a la presencia del cuidador, a su vez éste se niega a dejar sólo al anciano.

- Actitud sospechosa del anciano.

- Historia previa de malos tratos.

- Vivienda en condiciones no higiénicas, desnutrición sin motivo, deshidratación, caídas reiteradas, administración no pautada de medicamentos.

- Por parte del cuidador: insistencia en saber cuánto tiempo va a durar, o ante la mejoría en el estado del paciente decir "es mejor que no sufra". **(6, 8, 16, 18, 20, 28)**

Tras todo esto es necesario establecer un **periodo de seguimiento**, registrando en la historia clínica cada paso, para poder llegar a una conclusión y poder confirmar las sospechas. **(6, 16).**

3.2.3. PAUTAS DE ACTUACIÓN:

❖ Una vez diagnosticado, será indispensable **seguir estos siete puntos**:

1- Historia clínica y valoración de la dependencia funcional y el estado cognitivo.

2- Observación del comportamiento del cuidador: analizar el perfil del agresor.

3- Aspecto general del anciano.

4- Exploración física: se deberá valorar la gravedad de las lesiones.

5- Exploración psíquica: se valorará el estado cognitivo del anciano. Además se valorará el estado autolítico, y si existe riesgo de ello, se deberá remitir al hospital.

6- Valoración de los recursos económicos y sociales: si existe riesgo vital social, habrá que remitir el caso inmediatamente al juez.

7- Exploraciones complementarias: analíticas, por si apareciese niveles de fármacos inadecuados… **(16)**

❖ El siguiente paso será **establecer un plan de actuación** que implique a todo el equipo multidisciplinar, tanto al trabajador social, como a los servicios sociales y si fuese necesario a un equipo de atención especializada, con una adecuada coordinación, colaborando cada uno desde su campo y cumpliendo adecuadamente sus funciones. Remitir al juez y la fiscalía, una vez realizado el parte de lesiones, la denuncia. **(20)**

❖ El tercer paso y el más complejo de todos, es **informar al paciente**, sobre cuales son las consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de seguridad, proporcionándole teléfonos de emergencias y policía y haciéndole ver que no está solo. Explicar al anciano cuáles son las posibles soluciones y escuchar atentamente cuales son sus deseos, respetando en todo momento sus decisiones. También se le puede ofrecer la

posibilidad de que denuncie él al maltratador, informándole de cuales serían los pasos a seguir para formalizar la misma, así como la necesidad de que tenga un abogado. **(20, 32)**

En caso de que la persona no esté en plenas facultades, se derivará el caso a los servicios sociales y al juez.

Se deberá informar si la persona está incapacitada, para que se inicie el proceso de incapacitación y así poder protegerla. Si ya está incapacitada, también se deberá informar también, ya que esta persona esta tutelada. Es fundamental que todo ello **se registre en la historia clínica** del paciente.

Es habitual que encontremos un rechazo por parte del anciano a realizar la denuncia, ya que influyen muchos factores: normalmente el agresor es de la familia de la víctima, hay afecto entre ellos, dependencia de algún tipo... Además de factores como el miedo, la venganza, la ansiedad. Este caso plantea un problema de carácter ético y legal con el paciente y su familia.

Una vez valorado el estado de la víctima, sus deseos, las causas y haber establecido un plan de actuación, el profesional deberá decidir. **Si existe un riesgo inmediato de maltrato, se deberá derivar al hospital**. Si se demuestra que la causa es la sobrecarga del cuidador o tiene alguna patología abordable, habrá que valorar si se debe establecer un plan de actuación personalizado, estableciendo un seguimiento por parte de los profesionales sanitarios y sociales. **(20)**

Es importante ser conscientes de lo traumático de la situación, ya que implica una ruptura en la dinámica familiar, y por otro lado hay que tener extrema cautela a la hora de actuar, ya que las consecuencias puede ser muy drásticas: en muchas ocasiones en contra de su voluntad, consiguiendo empeorar la situación y aumentando los factores de riesgo negativos. **(6, 8, 16, 20)**

En el **maltrato institucional** (centros de día, hospitales, residencias y centros sociosanitarios) el proceso es más complejo. **(Anexo II)**

❖ La denuncia de una situación irregular dentro de una institución puede proceder de varias personas: de un trabajador, del usuario o de un familiar del usuario. Tras esto, se deberá dar comunicar a los departamentos del gobierno, del ayuntamiento, a los servicios de inspección o a la dirección del centro.

❖ Si sólo existe una sospecha, actuarán los servicios de inspección siguiendo el mismo protocolo que en el maltrato domiciliario: valoración de riesgo, plan de actuación y realización de un informe. Se volverá a hacer una nueva inspección a los 3 o 6 meses, si tras esto se confirma la sospecha se derivará al juzgado, y también quedará registrado en los servicios de inspección.

❖ Si existe la certeza que se da maltrato dentro de la institución se realizará un parte de lesiones y se denunciará a la policía, posteriormente pasará al juzgado y será valorado por la fiscalía. Y se hará un informe que pasará a manos de los servicios sociales de acción y se proporcionará la atención sanitaria correspondiente a las víctimas.

4. CAPÍTULO 4: REFLEXIONES

Tras todo el estudio realizado sobre el maltrato, se pueden sacar numerosas conclusiones, ya que es un tema muy extenso y el cual puede hacer reflexionar sobre la situación que actualmente se vive.

Por un lado, lo primero de todo será decir el cambio que la sociedad está experimentando desde hace unos años, cómo el papel del anciano ha ido minimizándose dentro de ella, cómo antes era una pieza clave dentro de las familias y como ahora es considerado un "lastre" por numerosas personas, sin pensar que algún día todos llegaremos a esa edad. La incorporación a la mujer, la sociedad capitalista y de producción en masa, hace que cada vez haya más competitividad entre todos. Éstas son algunas de las razones que propician ese pensamiento negativo hacia las personas mayores.

Al realizar este trabajo de investigación, no es difícil darse cuenta de la falta de consenso en numerosos puntos del mismo, por ejemplo, no existe una definición internacional que defina el concepto de maltrato, es lógico que no todo el mundo piense igual, pues eso también pasa en otros campos, pero las diferencias entre unas definiciones y otras si es bastante llamativa.

Esto mismo también ocurre a la hora de realizar una clasificación de los tipos de maltrato, ya que también existe mucha controversia. Todo ello va a depender del autor y la organización que tomes como referencia, pero lo que está claro es que se debería unificar el término, ya que sólo así se podrá avanzar mucho más en la investigación.

En cuanto a la epidemiología es evidente que no existen datos fiables, ya que por un lado es un problema que muchas víctimas no denuncian, pasando finalmente desapercibido y por otro lado no existe el suficiente número de trabajos de investigación que profundicen en el tema, si es cierto que esto varía según el país, Gran Bretaña, EE.UU. y Canadá tienen mucha más conciencia sobre el maltrato y si realizan estudios epidemiológicos más frecuentemente. Hay que tener en cuenta que allí están dos de las organizaciones de salud más importantes del mundo, la AMA y la Canadian Task Force.

El maltrato es un problema de la sociedad y sanitario (recalcando que es un problema de salud) muy grave que tiene numerosas causas, que cuenta con numerosas teorías y con numerosas consecuencias.

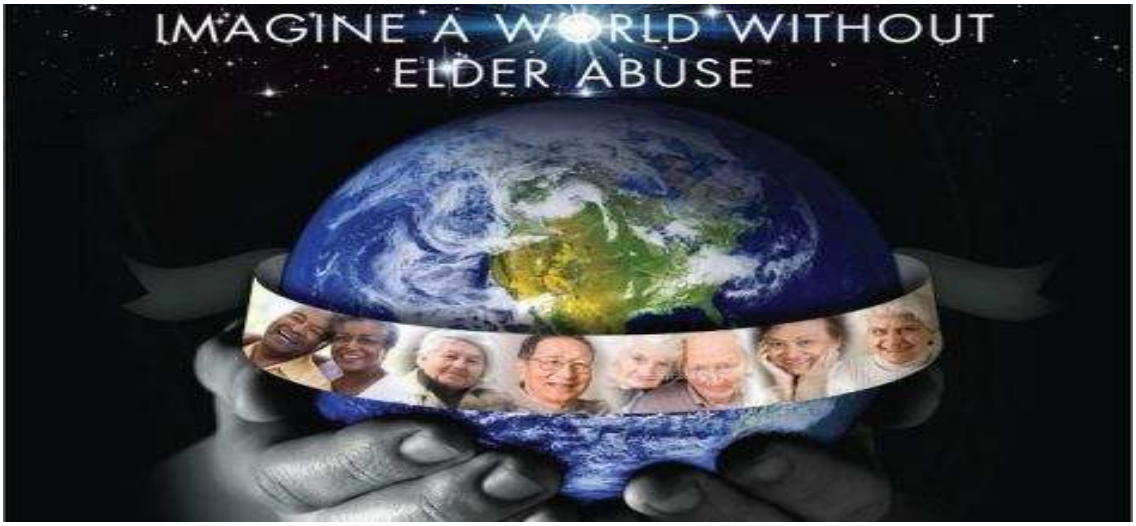
Tanto es así, que las personas que lo sufren probablemente nunca lleguen a recuperarse del todo del trauma y es que cuenta con muchos factores de riesgo que lo pueden propiciar, a los que hay que estar especialmente atentos. Es un problema que afecta a muchas personas, sin distinguir entre raza, sexo o clase social, bien es cierto que los estudios confirman que hay diferencias en algunos puntos, pero que no hay que dejarse llevar por los perfiles, sino más bien observar y ser cautos a la hora de interpretar las señales que una persona mayor puede estar enviando.

El abordaje del maltrato, es personalmente, el punto más importante de todo el trabajo. Los sanitarios deben estar preparados y formados correctamente para afrontar una situación de estas características y saber actuar consecuentemente. Es necesaria una

buena formación, con talleres y cursos que complementen sus conocimientos. Por otro lado es indispensable que se lleven a cabo campañas preventivas en cualquiera de los tres niveles de prevención, ya que es una poderosa arma que en muchas ocasiones no está suficientemente aprovechada o no se utiliza de manera correcta. Es esencial la elaboración de protocolos comunes que ayuden a los profesionales y beneficien a la víctima. Dentro del abordaje, hay un punto que jamás se debe pasar por alto, que es el respeto hacia el anciano, en este caso la víctima, no hay que olvidar que al final es el único que lo ha sufrido y que pagará las consecuencias con cualquiera de las medidas que se tomen en contra del maltrato. Nunca hay que menosprecioarle y mucho menos no tomar en cuenta su propia opinión, ya que ante todo la actuación irá destinada al bienestar de esa persona.

Por tanto como conclusiones finales:

- La importancia del maltrato como grave problema de salud.
- La necesidad de seguir investigando para ampliar conocimientos y mejorar las medidas de abordaje.
- Especial atención a los signos y síntomas que muestre la persona.
- No dar por hecho ninguna sospecha, sino cerciorarse de ello.
- No fiarse de las apariencias: nunca hay que dar por hecho nada. Todos los ancianos que se atienden son víctimas potenciales.
- Los profesionales sanitarios han de estar formados correctamente.
- La prevención y el diagnóstico precoz son indispensables en el maltrato.
- Respetar a la víctima y pensar en su bien.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

(1) De la Cuesta Arzamendi, JL. El maltrato de personas mayores desde un prisma criminológico interdisciplinar: algunas conclusiones provisionales. Hurkoa Fundazioa: Instituto vasco de criminología. 2006; (1): 1-213.

(2) Pérez-Rojo G, Sancho Castillo MT, Aranda Jaquotot MT, Yuste A. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2008; 43 (3): 180-188.

(3) Rodríguez Ibáñez JE. Perspectiva sociológica de la vejez. Revista Española de investigaciones sociológicas. 1989; (7): 77-97.

(4) Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2001; 36(1): 8-14.

(5) Pérez Rojo G. Maltrato hacia personas mayores en al ámbito comunitario. Boletín sobre el Envejecimiento. 2007; 31: 1-28.

(6) Fernández Alonso MC. Malos tratos a los ancianos. Atención Primaria. Grupo de Salud Mental del PAPPS. 2003; 32 (2): 77-101.

(7) Kessel H, Marín N, Maturana N, Castañeda L, Pageo M, Larrión J. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. Rev. Española de Geriatría Gerontológica. 1996; 31(6): 367-372.

(8) Bover Bover A, Moreno Sancho M, Mota Magaña S, Taltavull Aparicio J. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. Atención primaria. 2003; 32(9): 541-551.

(9) Núñez Bello M. Maltrato, la vejez agredida. Sesenta y más. 2008; (272): 48-53.

(10) De Paul J, Larrión JL. El maltrato a los mayores. Algunas cuestiones generales. Hurkoa Fundazioa. 2005: 13-21.

(11) Losada Baltar A. Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Informes Portal Mayores. 2004; 14 (1): 1-24.

(12) Aristín Ortega MC, Astigarraga Suárez A, Fernández Rivera E, García Aja B. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. Fundación de Enfermería de Cantabria. 2012; 1 (7).

(13) Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. Age and Ageing. 2012; 37(2): 293.

(14) Tabueña Lafarga C. Mercedes. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. Intervención Psicosocial [revista en la Internet]. 2006 [citado 2013 Sep 08] ; 15(3): 275-292. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592006000300003&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-05592006000300003.

(15) Iborra Marmolejo I. Maltrato de personas mayores en la familia en España: Elder abuse in the family in Spain. Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia. 2008; 14: 9-58.

(16) Cordero Jiménez J, García Cordero S, Rodríguez Sánchez I, Santana Castellón D, Fragoso O, Fernández López O. Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato: de la eritropoyesis a la cardioprotección. MediSur [revista en la Internet]. 2010 Ago [citado 2013 Sep 03] ; 8(4): 78-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2010000400013&lng=es.

(17) Iborra Marmolejo I. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales . 2009; (45): 49-57.

(18) Levine JM. Elder neglect and abuse. Geriatrics. 2003; 58(10): 37-42.

(19)Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Atención primaria. 2006; 37(1): 56.

(20) Fernández Alonso MC. Herrero Velásquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). Aten Primaria. 2006; 37(2): 113-115.

(21) Moreno Puerta SI, González San Segundo RM. Malos tratos a las personas mayores: una realidad oculta. Jano: Medicina y humanidades. 2010; (1762): 72-76.

(22) Barea Payueta C. El maltratador: ¿enfermo o delincuente?. Formación Médica Continuada. 2004; 11(6): 300-305.

(23) Daichman LS. Naturaleza y dimensiones del abuso y maltrato en la vejez. Portal do Envelhecimiento. [Revista en Internet] 2004 [Acceso el 17 de Mayo de 2013]; 54: [12] Disponible en: http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo13.htm

(24) Salazar Agulló M. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. Index Enferm [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2013 Jun 16] ; 15(52-53): 07-09. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100001&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000100001

(25) López Ordiales JJ. Los malos tratos en la tercera edad: un enfoque penal. Confederación Española de organizaciones de mayores. 1982

(26) Moya, A, Barbero, J. Malos tratos en personas mayores: marco ético. Revista española de Geriatría y Gerontología. 2003; 38 (3): 177-185.

(27) Kennedy R. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. Family medicine-Kansas City. 2005; 37(7): 484.

(28) Kessel Sardiñas H. ¿Estoy asistiendo a un anciano maltratado?. Revista electrónica de Geriatría y Gerontología. 2002; 4(1): 2-13.

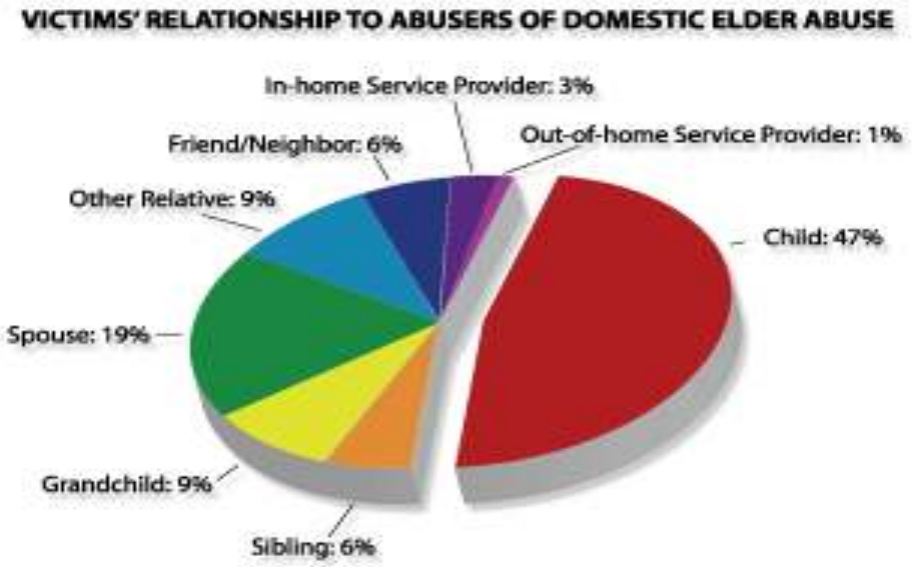
(29) Martínez Galdame H.G., Zepeda González M.I.. La visita domiciliaria como una herramienta para la detección de la violencia hacia el adulto mayor. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2013 Sep 08] ; (17): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000300018&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000300018.

(30) González Ceinos M, Buján Garay I, López Saiz G, Longa García I, Cacho Blanco L. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2004 Feb [citado 2013 Sep 03] ; 20(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252004000100008&lng=es.

(31) Rubio Acuña M. Maltrato institucional a adultos mayores. Gerokomos [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2013 Sep 02] ; 23(4): 169-171. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2012000400005&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400005.

(32) Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores. Generalitat de Catalunya. Girona 2007: 1-19.

ANEXO I: porcentajes de cada uno de los miembros del entorno del anciano que le maltratan.



(Source: U.S. Department of Health & Human Services Administration on Aging)

ANEXO II: Algunas conductas delictivas que se pueden dar en los ancianos y los artículos penales con sus correspondientes penas:

- **Artículo 138 del Código Penal: Matar** a otro: prisión de 10 a 15 años.

- **Artículo 139 y 140 del Código Penal: Matar** a otro con alevosía, ensañamiento o mediante precio: prisión entre 15 y 25 años.

- **Artículo 147 del Código Penal**: **Causar** a otro, por cualquier medio o procedimiento, **una lesión** que disminuya su integridad corporal o su estado mental o físico: puede llegar a una pena de prisión de 6 meses a 3 años.

- **Artículo 173.1 del Código Penal: Imponer a otro un trato degradante**, disminuyendo gravemente su integridad moral: prisión de 6 meses a 3 años.

- **Artículo 173.2 del Código Penal: Ejercer habitualmente violencia física o psíquica** sobre determinadas personas pertenecientes al ámbito familiar o que debido a su especial vulnerabilidad se encuentran sometidos a custodia o guarda en centros públicos o privados: prisión de 6 meses a 3 años.

- **Artículo 195 del Código Penal: No socorrer** a una persona que se encuentra desamparada y en peligro manifiesto y grave: multa de 3 a 12 meses.

- **Artículo 226 del Código Penal**: **Dejar de prestar la asistencia** necesaria legalmente establecida para el sustento de descendientes, ascendientes o cónyuge que se hallen necesitados o a los sometidos a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento: prisión de 3 a 6 meses o multa.

- **Artículo 229.1 del Código Penal: Abandonar a un incapaz** por quien está encargado de su guarda prisión de 1 a 2 años.

- **Artículo 229.2 del Código Penal:** Si este abandono es cometido por sus tutores: prisión de 18 meses a 3 años.

- **Artículo 619 del Código Penal**: Dejar de **prestar asistencia** o, en su caso, el **auxilio** que las circunstancias requieran a una **persona de avanzada edad o discapacitada** que se encuentra desvalida y dependa de sus cuidados: multa de 10 a 20 días.

- Además de las **agresiones sexuales, amenazas, coacciones y abuso patrimoniales,** aunque son más difíciles de probar.

Cabe mencionar una ley que es relativamente reciente y que ha ayudado a muchos ancianos y muchas familias de éstos: El Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas Dependientes o Ley de Dependencia, puesta en marcha el 1 de Enero de 2007, que pretende subvencionar todas aquellas prestaciones (entre las que se incluye servicio de teleasistencia, ayuda a domicilio o ayudas económicas), que la persona dependiente requiera para satisfacer sus necesidades

y realizar las actividades de la vida diaria de la mejor manera posible. Es decir, lo que busca es liberar de cierta carga y aumentar la autonomía del cuidador habitual y a su vez ayudar a la persona que ha perdido su independencia. **(24)**

Tiene tres características propias; la primera es la igualdad a la hora de acceder a las prestaciones, la segunda es que los servicios tienen un carácter universal y público, y la tercera y última es la división en tres grados, según el nivel de dependencia:

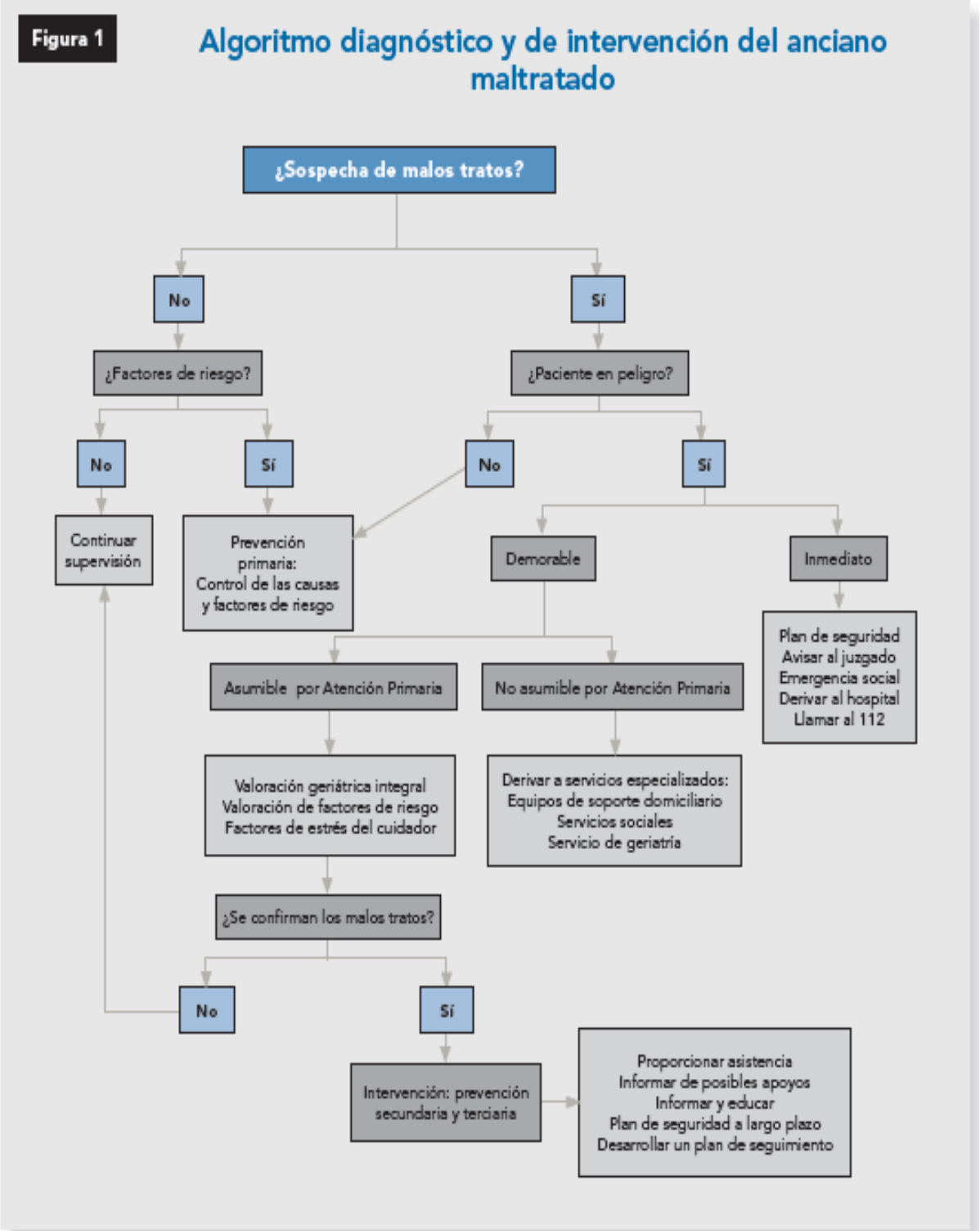
Grado I (dependencia moderada): el anciano necesita ayuda al menos una vez al día.

Grado II (dependencia severa): el anciano necesita ayuda 2 o 3 al día para las AVD, aunque no es necesario que el cuidador este siempre con ella.

Grado III (dependencia completa): el anciano necesita constante ayuda para las AVD y la presencia de un cuidador permanentemente debido a su dependencia.

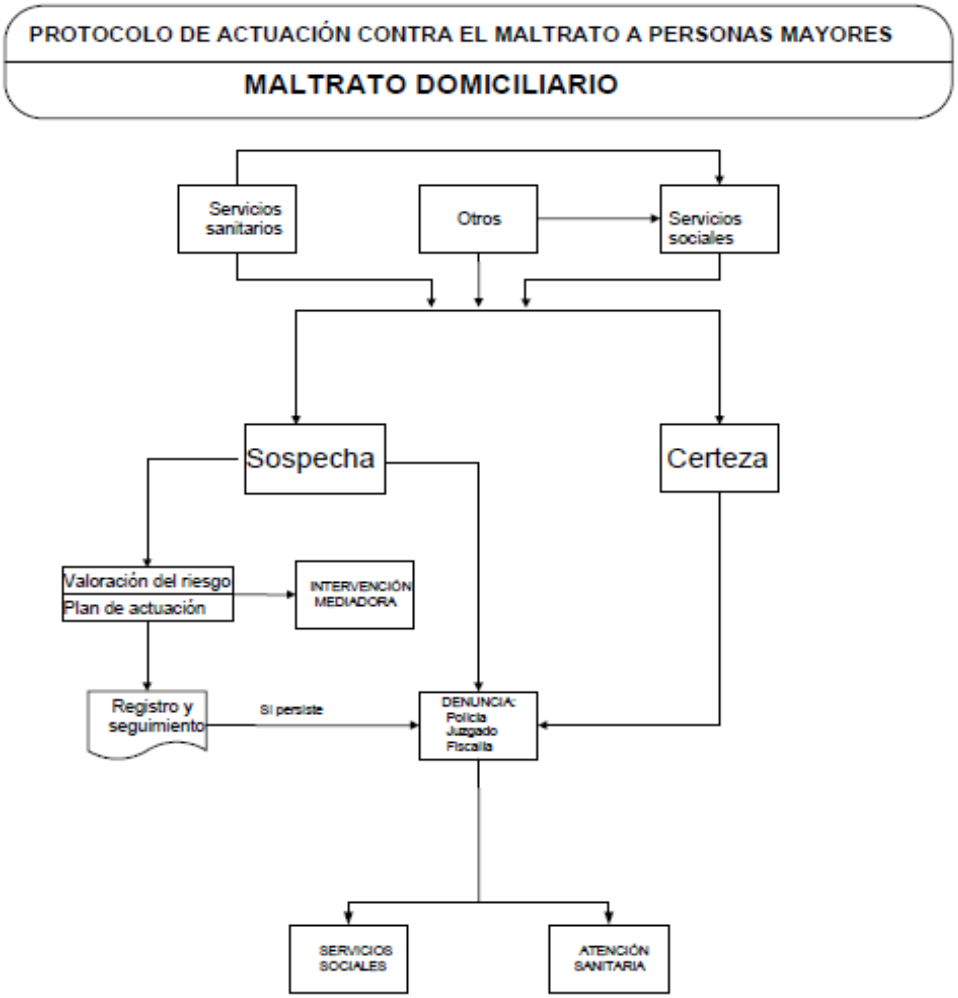
ANEXO III: Algoritmo maltrato domiciliario e institucional.

Maltrato **domiciliario**:



Maltrato **institucional**, aplicable a centros de día, hospitales, residencias y centrosociosanitarios:

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN POSTERIOR A LA DETECCIÓN (CIRCUITOS)



ANEXO IV: Preguntas a realizar según el tipo de maltrato:

Las cinco primeras propuestas por **AMA**:

1 - ¿Alguien le ha hecho daño en casa?

2- ¿Teme usted a alguna de las personas que viven con usted?

3- ¿Le han amenazado o gritado?

4- ¿Le han obligado a firmas documentos que no comprende?

5- ¿Alguien le ha puesto impedimentos para que usted pueda valerse por sí mismo, se siente usted seguro donde está viviendo?

Existen otras cuatro propuestas por la **Canadian Task Force**:

1- ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?

2- ¿Está solo a menudo?

3- ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?

4- ¿Alguien toma cosas que le pertenecen sin su permiso?

Realizar otras preguntas al cuidador para ver la interacción con la personas mayor (Winham 2000):

- ¿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?

Maltrato físico:

- ¿Tiene usted miedo de alguien en casa?
- ¿Ha sido usted golpeado, abofeteado o pateado?
- ¿Ha sido usted atacado o encerrado en un cuarto?

Maltrato psicológico:

- ¿Usted siempre se siente solo?
- ¿Ha recibido usted amenazas con castigos, privaciones o institucionalización?
- ¿Ha recibido usted tratamiento de silencio?
- ¿Ha sido usted forzado?
- ¿Usted recibo a diario noticias o información?
- ¿Qué pasa cuando usted y quién le cuida no están de acuerdo?

Maltrato sexual:

- ¿Alguien le ha tocado alguna vez sin permiso?
- ¿Le obligan a desnudarse o a realizar actos en contra de su voluntad?

Negligencia o abandono:

- ¿Usted carece de ayuda tal como gafas de ver, aparatos auditivos, dentaduras… etc.?, en tal caso, ¿son adecuados?
- ¿Ha sido usted dejado solo durante periodos de tiempo?, ¿durante cuánto tiempo?
- ¿Se encuentra seguro dentro de su propia casa?
- ¿Carece de ayuda para cuidar de sí mismo cuando usted lo necesita?

Maltrato financiero:

- ¿Le han robado dinero o lo han usado inapropiadamente?, si es así, ¿cuántas veces ha ocurrido esto?
- ¿Ha sido usted obligado a firmar un poder ante un abogado, un testamente u otro documento en contra de su voluntad?
- ¿Ha sido usted obligado a realizar compras en contra de sus deseos?
- ¿Su cuidador habitual depende de usted económicamente?

Violación de los derechos básicos:

- ¿Considera que sus opiniones y decisiones no son tomadas en cuenta?, ¿alguien toma las decisiones por usted, aunque usted no esté de acuerdo con ellas?

- ¿Posee su propio espacio dentro de la casa?, ¿Respetan sus cosas o por el contrario existe alguien que esta siempre hurgando en ellas?

- ¿Puede hacer lo que quiera cuando quiera, sin que nadie le controle y respetando su intimidad?

Maltrato social:

- ¿Se siente respetado dentro de la casa?, ¿o por el contrario siente que la gente se ríe de usted, no respeta sus opiniones y le discrimina por ser una persona mayor?

- ¿Siente que se le infravalora y le hace quedar de "tonto" por su edad?

Contenciones:

- ¿Alguna se le ha atado en contra de su voluntad?

Si se identifica maltrato, preguntar a continuación:

- ¿Cuánto tiempo hace que esto ocurre?

- ¿Son hechos aislados o repetitivos?

- ¿Por qué piensa que esto sucede?

- ¿Cuándo cree que ocurrirá el próximo episodio?

- ¿Es seguro para usted el retorno a casa?

- ¿Cuál es su opinión acerca de lo sucedido?, para usted ¿es normal que ocurra?

- ¿Ha recibido ayuda a sus problemas previamente?

ANEXO V: Tabla de los signos y síntomas que se pueden encontrar al realizar la valoración de enfermería según las 14 necesidades básicas de V.Henderson.

TABLA 5	Aspectos a tener en cuenta en la valoración de un anciano/a, según el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, para la detección de maltrato
1.	Necesidad de respirar normalmente: dificultades para respirar y si las medidas para solventarlo se realizan (uso de aerosoles, oxígeno domiciliario, ventilación inadecuada de la habitación)
2.	Necesidad de comer y beber: déficit nutricional, signos de deshidratación, cambios de peso recientes, dieta inapropiada
3.	Necesidad de eliminación: incontinencia urinaria o intestinal y signos de déficit de higiene y cuidado de la zona, no facilitar el acceso al WC
4.	Necesidad de moverse y mantener la posición adecuada: dificultades en la movilidad y medidas que se adoptan para solucionar los problemas relacionados con ésta. Posición incorrecta en la cama y/o en la butaca
5.	Necesidad de dormir y descansar: características ambientales de la habitación, abrigo suficiente e higiene de la cama. Dificultad para conciliar el sueño
6.	Necesidad de vestirse y desvestirse: aspecto físico descuidado, ropas no adecuadas a las condiciones climatológicas y al estado de salud del anciano
7.	Necesidad de mantener la temperatura corporal: presencia de sistemas para regular la temperatura en el hogar, agua caliente y otras actividades para el control de la temperatura corporal. Hipotermia
8.	Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel: aspecto físico descuidado, hábitos de higiene deficitarios por parte del propio anciano o del cuidador, mal estado de las uñas. Olor en el cuerpo y la ropa. Presencia de pulgas o piojos. Características generales del hogar: falta de limpieza, desorden, hacinamiento
9.	Necesidad de evitar peligros: frecuentes visitas a los servicios de emergencia, retraso entre las posibles heridas y la demanda de asistencia, caídas y accidentes recientes, presencia de elementos de riesgo en la casa y ausencia de elementos de protección. Bajo estado anímico del anciano y del cuidador, actitud poco colaboradora de la familia cuidadora. Omisión del uso de gafas o aparatos para la audición. Insuficiente demanda de atención sanitaria por parte del cuidador y/o anciano. Falta de cumplimiento del plan terapéutico, excesiva medicación, sobre todo sobresedación, automedicación. Dejarlo solo en casa durante largos periodos. 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.)

Posibles DXE que pueden aparecer en un maltrato o que son indicativos de ello.

TABLA 6	Grupo de Diagnósticos de Enfermería posibles en el riesgo o certeza de maltrato a anciano/a, según la NANDA
Deterioro de la movilidad física (1973,1998)	
Déficit de autocuidado	
Alimentación (1980, 1998)	
Baño/higiene (1980, 1998)	
Vestido/acicalamiento (1980/1998)	
Uso del WC (1980, 1998)	
Aislamiento social (1982)	
Deterioro de la interacción social (1986)	
Manejo inefectivo del régimen terapéutico (1992) y/o familiar (1994)	
Interrupción de los procesos familiares (1982, 1998)	
Cansancio en el desempeño del papel de cuidador (1992, 1998, 2000)	
Riesgo de cansancio en el desempeño del papel de cuidador (1992)	
Afrontamiento inefectivo (1978, 1998)	
Afrontamiento familiar	
Incapacitante (1980, 1996)	
Comprometido (1980, 1996)	
Deterioro en el mantenimiento del hogar (1980)	
Déficit de actividades recreativas (1980)	
Riesgo de violencia autodirigida (1994)	
Aflicción crónica (1998)	

ANEXO VI: estrategias de intervención y recomendaciones generales.

Estrategias orientadas a la víctima	Estrategias orientadas al maltratador
• Atención a domicilio con servicios especializados. • Centros de día. • Tutela por parte de servicios sociales. • Equipos sanitarios que organicen la atención sanitaria del paciente mediante medios más accesibles y con una medicación más simple. • Valorar si la vivienda en la que vive el anciano se adecua a las limitaciones. • Valorar si existe la necesidad de institucionalizar al anciano	• Que el cuidado de las persona mayor sea compartido con otros miembros de la familia, facilitando si fuera preciso cambios al domicilio de forma temporal o permanente con otro familiar. • Participar en las redes sociales comunitarias: grupos de apoyo, voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares. • Asegurar períodos de descanso al cuidador y poniendo en su lugar personas de los servicios de atención a domicilio o voluntarios, estancias en centros de corta estancia/de día. • Proporcionar apoyo técnico y emocional al cuidador por parte de los profesionales del equipo de atención primaria, a través del programa de atención al cuidador familiar. Se utilizará para valorar la sobrecarga del cuidador la escala de Zarit. • Si se detecta un problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas en el cuidador, se le debe proporcionar apoyo y tratamiento para su problema.
Objetivo: evitar el aislamiento social	Objetivo: reducción del estrés.

Las recomendaciones más evidentes que existen son: estar atentos a la susceptibilidad de un anciano a ser maltratado y las señales que sean indicativas de alarma, identificar los factores de riesgo y las causas e incidir sobre los mismos. Una vez diagnosticado el problema, poner en marcha las estrategias y actuar de la mejor manera.

- Prevención: como medida estrella para evitar que el maltrato.
- Detección precoz: para que no se vuelvan a repetir los episodios de violencia.

- Coordinación: conviene recordar que es una tarea multidisclipinar, en la que cada miembro del equipo tiene que tener claras sus funciones y actuar en consecuencia.

Es obvio que para que estos tres puntos se cumplan, hay que formarse: los profesionales han de saber cómo abordar estas situaciones. Además también será necesaria la elaboración de protocolos generales que faciliten la actuación. **(16)**

ANEXO VII: Parte de lesiones Hospital Sierrallana.

HOSPITAL SIERRALLANA

HOJA DE REGISTRO VIOLENCIA DOMÉSTICA O MALOS TRATOS

DATOS SOCIALES

NHC o ICU: .....

Sexo: .....

Nacionalidad: ..... Población .....

Fecha: __/__/_____ *Hora:* .....

DENUNCIA → SI ☐ / NO ☐

ACUDE
- Sola ☐
- Familia ☐
- Policía ☐
- Otros ☐
- ¿Quién?: .....

DATOS DE LA AGRESIÓN

MEDIO → RURAL ☐ / URBANO ☐

AGRESOR
- Marido ☐
- Compañero ☐
- Otro familiar ☐
- Otro ☐
- ¿Quién?: .....

Tipo de lesión Física:
- Hematomas ☐
- Fracturas ☐
- Cortes y/o pinchazos ☐
- Mordeduras ☐
- Heridas ☐
- Quemaduras ☐
- Otras ☐
- ¿Cuál?: .....

Síntomas Psíquicos:
- Sintomatología ansiosa ☐
- Sintomatología depresión ☐
- Confusión, ansiedad ☐
- Intento suicidio ☐
- Depresión ☐
- Trastorno del sueño ☐
- Otros ☐
- ¿Cuál?: .....

Servicio de Medicina Preventiva, Calidad y Seguridad del Paciente 1/2

EVALUACION VIOLENCIA DOMÉSTICA

La Paciente muestra interés sobre la información ofrecida:

SI ☐ NO ☐

La Paciente expresa la intención de denunciar su caso a la autoridad:

SI ☐ NO ☐

La Paciente expresa el deseo de recibir ayuda de los Servicios Sociales de la Comunidad:

SI ☐ NO ☐

La Paciente muestra su satisfacción por la información recibida y el apoyo emocional prestado:

SI ☐ NO ☐

TOTALMENTE: 4 resultados afirmativos
PARCIALMENTE: 1, 2, 3 resultados afirmativos
NO LOGRADO: Ningún resultado afirmativo

Valoramos, con los resultados obtenidos, el grado de satisfacción y sensibilización que muestra la Paciente.

Servicio de Medicina Preventiva, Calidad y Seguridad del Paciente 2/2