

EL MALTRATO EN LA VEJEZ

¡Hoy puede ser un buen día!



Autor/a: Tamara Alonso Galnares

Director/ : Dña. Cristina Castanedo Pfeiffer

Índice

Introducción	4- 6
Capítulo 1. La vejez y la Declaración Universal de los Derechos Humanos	7- 9
Capítulo 2. El maltrato en la vejez	10- 15
2.1) Definición y Características	
2.2) Tipos de maltrato	
2.3) Factores desencadenantes	
Capítulo 3. Hábitat del anciano	16- 22
3.1) Ámbito familiar	
3.2) Ámbito Institucional	
3.3) Maltratado & Maltratador	
Capítulo 4. Las restricciones	23- 29
4.1) Contenciones físicas	
4.2) Contenciones químicas	
Capítulo 5. Consecuencias del maltrato	30- 31
Capítulo 6. Aspectos Éticos y Legislativos	32- 35
6.1) Ética y legislación del Cuidado	
6.2) Actuación del Profesional Sanitario	
Capítulo 7. Conclusiones	36
Bibliografía	37- 39
Anexos	40- 44

Resumen

Cuando hablamos de maltrato pueden suceder dos situaciones. Por un lado, la sociedad tiende a cubrir o empequeñecer el problema e incluso menospreciar a la persona maltratada. Por otro lado, relacionamos el maltrato con el niño o las relaciones de pareja, no se acepta que esta situación también afecta a los mayores. Bien porque no creemos que nadie sea capaz de maltratar a un anciano o porque esos “maltratos” no son considerados como tal.

Pretendemos, en primer lugar, informar a la sociedad y a los ancianos en particular y que adquieran conocimientos y habilidades para una correcta identificación del maltrato y actuación ante ello. En segundo lugar, será preciso educar y formar a los profesionales de la salud. En tercer lugar y último, es de suma importancia la aprobación de leyes amplias que castiguen/ rehabiliten al maltratador y protejan al anciano maltratado. Como fin, la erradicación del maltrato en las personas mayores.

Palabras Clave: maltrato en la vejez, restricción física, negligencia, anciano.

Summary

When talking about abuse there may be two situations. On the one hand, society usually covers or belittles the problem; even it underestimates the abuse person. On the other hand, we relate the abuse to a child or to couple relationships; it is not accepted that this situation can also affect the elderly. This can be because we do not think that somebody is able to abuse an elderly person or because those abuse are not considered as such.

Firstly we try to inform the society and the elderly, particularly, and to make them acquire knowledge and skills for a proper identification of the abuse and in order to act. Secondly, it is precise to prepare and educate the health professionals. Thirdly, it is very important to pass wide laws that punish and rehabilitate the person who mistreats and that protect the elderly abuse. Finally, the aim is the eradication of abuse in the elderly.

Keywords: elderly abuse, restraint physical, negligence, aged.

Introducción

Dentro de los cuantiosos y variados estudios que en nuestra actualidad se llevan a cabo, un número significativo aborda el ámbito de la Gerontología y la Geriátrica. La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología es creada en 1948.

Gerontología, etimológicamente proviene del griego, donde *geron*, significa viejo, y *logos*, significa estudio o tratado.

Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908 define la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que, según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida". (1)



Michel Elie Metchnikoff (1845-1916)

Según Rubies Ferrer (1989), clásicamente se define la geriatría como "la ciencia médica cuyo fin es el diagnóstico de las enfermedades de la vejez, su curación, rehabilitación y reinserción del enfermo en su hábitat (casa o institución) a esto hay que añadir la prevención de dichas enfermedades". (2)



Rubies Ferrer (1989-)

Rubies Ferrer (1989-)

En la actualidad, la Gerontología se define como ciencia interdisciplinaria, que estudia el envejecimiento de los seres vivos teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales. Ya que estos aspectos influyen en gran medida en la forma como el ser humano asume su proceso de envejecimiento. (3)

La Geriátrica se considera una rama de la Gerontología, "es la ciencia básica que estudia el envejecimiento de los seres vivos". Se encarga de estudiar la vejez y todos los trastornos que ésta conlleva, es decir, se encarga de los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos, su principal objetivo es prevenir y superar la pérdida de autonomía. La geriatría se ocupa de la asistencia integral a las personas mayores. (4)

El Envejecimiento. Existen múltiples definiciones, las cuales pueden ser variadas dependiendo de las fuentes. Todos los autores y estudios se ponen de acuerdo en que nos encontramos ante un proceso biológico, dinámico, progresivo, multifactorial, irreversible e inherente a todos los seres vivos que conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y acaba con el fallecimiento.

Si acudes a un colegio es propio lo relacionen con “abuelito”, según se amplía nuestra búsqueda y varía nuestra edad del entrevistado, este término varía. Desde mayor o anciano, hasta sinónimos ofensivos como carroza o vejestorio.

Todos ellos hacen relación al deterioro tanto físico como psicológico, refiriéndose en éste último término a una pérdida de las funciones cognitivas, comprendiendo desde ligeros olvidos en las actividades cotidianas hasta la necesidad de una persona que se encargue de su atención y bienestar.

Como podemos observar, en nuestra sociedad cada vez es más amplio el número de personas de avanzada edad. Cada vez es mayor el camino que hemos de andar desde la jubilación hasta el fallecimiento. Este camino cada vez mayor hace aumentar las probabilidades de que se produzca el maltrato.

El Maltrato en la vejez. El maltrato es un problema extendido en toda la sociedad, puede afectar a niños, mujeres o ancianos. Sin embargo, frente al maltrato en el anciano no disponemos de los suficientes recursos. Consideramos necesaria la divulgación de éste tema pues, existe un vacío tanto a nivel intelectual, jurídico o legal, unido al desconocimiento, rechazo u ocultación social. En múltiples casos se ha producido una ocultación de la existencia de este problema, pudiera ser por el sentimiento de vergüenza que siente la persona maltratada.

Podríamos decir que el motivo por el cual he elegido realizar éste trabajo, sería la lucha contra ésta injusticia. Sin embargo, ésta frase está muy vista, muy usada, ¿no crees?, ¿qué te parece, luchar para que en un futuro no sea yo la persona humillada, golpeada, menospreciada y privada de mi libertad?, atada en una silla, esa silla dura, fría y aislada en un rincón de mi silenciosa habitación; cuya única imagen en mi mente sean mis lagrimas, esas que me impiden ver, qué era mi vida y en qué se está convirtiendo. ¡Sí! Ésta es mi motivación.

Consideramos que las personas mayores merecen tanto o más respeto que nosotros. La edad les ha conducido por un camino en muchas ocasiones duro, con muchos obstáculos, la mayoría de ellos los han superado y se sienten orgullosos de ello. Ahora, esos obstáculos del camino han desaparecido, es su momento de disfrutar de la vida, saben que se encuentran en una etapa de la vida que conlleva el envejecimiento, pero están orgullosos de ésta etapa pues han llegado a ella tras disfrutar de las previas.

Ya fueron niños traviesos, que rompían jarrones de las ventanas; después disfrutaron de la adolescencia, donde robaban cerezos y gallinas al vecino, para luego invitar a las mozucas del pueblo, qué tiempos aquellos, te dirían. Posteriormente vino la edad adulta, donde comenzaron con sus trabajos, muchos de ellos tuvieron que marchar de sus hogares

y dejar atrás a sus familias y en ocasiones esposas e hijos; pues la vida, como ellos dicen, era muy dura, la guerra civil estaba llamando a la puerta y había que traer comida a casa. Los tiempos fueron cambiando y su vida y la transformación socioeconómica dejó atrás tanta carencia; pero en su memoria siempre habitará.

- Objetivos -

El maltrato en la vejez. ¡Este es el porqué, que hoy nos une!

- Definir el maltrato en el anciano.
- Enumerar y describir las consecuencias del maltrato.
- Citar y explicar los diferentes tipos de maltrato en la vejez así como los factores desencadenantes.
- Determinar el beneficio que supone para el ámbito sanitario disponer de conocimientos y habilidades sobre dicho tema.

Durante el transcurso de éste trabajo, no solo recordaremos conocimientos previamente aprendidos, también adquiriremos nuevos y lo más importante, sabremos enfocarlos hacia las competencias como profesionales de la salud.

Comenzaremos hablando sobre la vejez y la declaración de los derechos humanos, capítulo de comienzo importante, pues nos sitúa en la etapa de la vida en la cual el tema va a estar desarrollado. Al mismo tiempo viajaremos por la historia y observaremos la evolución que ha sufrido el término *maltrato en la vejez*.

Seguidamente se tratan aspectos importantes como son: ¿Qué es el maltrato en el anciano? y los diferentes tipos o formas en que éste se puede presentar. Para la continuación hablar sobre dónde, cuándo, por qué y cómo se produce el maltrato.

Posteriormente se abordarán temas como las consecuencias y los aspectos éticos y legales.

Como últimos capítulos nos encontramos las conclusiones, la bibliografía y los anexos de utilidad.

Capítulo 1) La vejez y la Declaración Universal de los Derechos Humanos

Si nos sumergimos dentro de la Declaración de los Derechos Humanos, podremos observar como menciona a “todas” las personas. Sin distinción de edad, sexo o clase social. Sin embargo, el reconocimiento internacional de los derechos de las personas mayores no se hace referencia hasta la Declaración del progreso social y Desarrollo en 1969. (5)

En 1982 Las Naciones Unidas en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena, adoptó el 1º Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento. En él se incluyen Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Se hace hincapié en “el derecho a la salud física y mental”. Se pretende proteger la salud de las personas ancianas, desde la prevención y rehabilitación hasta su adecuado cuidado en la fase terminal. (6)

En 1991 la Asamblea General dictó los Principios de Naciones Unidas para las personas mayores. Éstos se dividen en: Independencia, Participación, Cuidado, Autorrealización y Dignidad. (7)

Las Naciones Unidas en 1999 manifiesta que las personas mayores tienen derechos diferentes que han de ser respetados al igual que el resto de derechos humanos. Lo que nos asegura que los derechos de todas las personas están incluidos en el marco jurídico de derechos humanos, que éstos son indivisibles, están relacionados y son interdependientes. El año 1999 se proclama como el Año Internacional de la personas de edad. (IYOP) (8)

En 2002 tiene lugar en Madrid la 2ª Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, donde se adopta de forma unánime la Declaración Política y Plan Internacional y Estratégico de Acción del Envejecimiento. (9)

Dentro del documento previo, así como en el anterior mencionado, se incluyen objetivos específicos y actos que se han de llevar a cabo para asegurar los derechos de las personas mayores. Éstos son “protegerlas de la negligencia, abuso y violencia en todas las situaciones” además de reconocer su rol y contribución a la sociedad.

En la Declaración de los Derechos Humanos existe un apartado específico en el cual quedan reflejadas las acciones encaminadas a la detección, prevención e intervención en las situaciones de malos tratos a las personas mayores.

“La prevención del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece es un asunto de todos” (10)

OMS “La Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores 2002”. (10)

- Diez puntos clave de la Declaración de Toronto -

1. Faltan marcos legales y existe además falta de instrumentos legales apropiados para responder a los malos tratos en las personas mayores.
2. La prevención del maltrato requiere de la participación de múltiples sectores de la sociedad.
3. Los trabajadores de la salud de atención primaria tienen un papel particularmente importante en la detección del maltrato.
4. Es vital la educación y diseminación de la información, tanto en el sector formal (educación a profesionales) como a través de los medios de comunicación (combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos negativos sobre la vejez).
5. Demostrar que es un problema universal, demostrando la prevalencia, tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo y es dentro del contexto familiar donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato.
6. Es fundamental conocer el contexto cultural en cualquier comunidad particular en la que ocurre.
7. Es importante considerar una perspectiva de género, ya que las complejas construcciones sociales relacionadas ayudan a identificar el tipo de maltrato y quién lo inflige.
8. Algunos grupos de la población son particularmente vulnerables al maltrato y abuso de las personas mayores, como los muy ancianos, los que sufren discapacidades funcionales, las mujeres y los pobres.
9. Sólo se podrá prevenir de forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad inter-generacional y que rechace la violencia.
10. No es suficiente identificar los casos de maltrato en las personas mayores. Los países deben desarrollar estructuras que aseguren la provisión de servicios sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc., que puedan responder de forma adecuada y eventualmente prevenir el problema.



En 2006, en Nueva York, las Naciones Unidas proclaman el día 15 de junio como el Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez. Fue una acción originaria de Red Internacional de la Prevención del Maltrato en la Vejez (INPEA). (11)



Reflexión:

Cerramos este capítulo con la satisfacción de que cada vez existe mayor concienciación del problema. Actualmente podemos encontrar grupos y organizaciones internacionales cuya meta es erradicar lo que hoy nos une, el maltrato a las personas mayores. Una tarea con muchos obstáculos y a largo plazo, para la cual es necesaria la educación de las personas mayores, personal sanitario, servicios sociales y de la sociedad en general, donde incluimos a los ancianos.

Capítulo 2) El Maltrato.

2.1) Definición y características.

Situación que existe en todas las sociedades, sin distinción de clase social o raza. Fue detectado desde mediados de los años setenta, sin embargo, no es hasta la década siguiente y en los Estados Unidos donde se denomina con el término *elder abuse*.

Existe una gran controversia en cuanto a la definición del concepto. Es por esto la amplia variedad encontrada sobre definiciones acerca de “maltrato en la vejez” y/o “negligencia hacia las personas mayores”.

- a) La Organización Mundial de la Salud (OMS) así lo define. “El maltrato de personas mayores como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológica/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión”. (12)
- b) Entre las más reconocidas encontramos la adoptada por organización International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA). Lo describe como “un acto único o reiterado u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”. (13)
- c) La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) lo define como “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” (14)

2.2) Tipos de maltrato.

Dentro de la categoría de "maltrato hacia las personas mayores" podemos encontrarnos con varios tipos. Siendo todos ellos de igual importancia, ya que en todos se ve afectada la salud, seguridad y bienestar de la persona mayor.

Tras una amplia búsqueda y consulta de múltiples documentos que abordaban dicho tema, hemos elaborado la siguiente lista. Hacemos incidencia en el maltrato físico, psicológico, económico y sexual. A esta enumeración unimos la negligencia y la auto-negligencia.

* *El maltrato físico.* Envuelve acciones como golpear, empujar, zarandear, abofetear o quemar; privar de su libertad de movilidad mediante restricciones físicas o mecánicas, uso ilegal o innecesario de sujeciones físicas.

* *El maltrato psicológico.* Implica el uso de amenazas, acciones de menosprecio, humillación, ignorar su presencia, impedirle la libre toma de decisiones por sí mismo, etc.

* *El maltrato económico.* Incluye la libre disposición del dinero, bienes y/o las propiedades pertenecientes a la persona mayor, sin su previa autorización. A sí como el engaño para la obtención de ello.

* *El abuso sexual.* Envuelve toda aquella situación de contacto de carácter sexual en el cual, todos los implicados no han dado su libre consentimiento. Incluyendo la realización de fotografías impúdicas sin su consentimiento.

* *La negligencia.* Incluye no cubrir las necesidades básicas de la persona mayor. Entendiéndose por ello, aspectos nutricionales (horarios, calidad y variedad), en lo relacionado al aseo e higiene corporal, así como una correcta administración de su medicación pautada (dosis, frecuencia, vía, medicamento prescrito). Pudiendo ser negligencia intencionada o no.

* *La auto-negligencia.* Tiene lugar cuando es la propia persona la que, mediante diversas acciones inadecuadas, pone en peligro su salud y seguridad.

* *Las Restricciones.* En la sociedad occidental, cada vez se divulga más que, el uso inapropiado de contenciones, bien sean físicas o químicas, se considera otro tipo de maltrato hacia la persona mayor, ya que se considera privar de su libertad de movilidad.

Desde el punto de vista psicológico hay tres tipos de maltratadores: los hostiles, porque han sido maltratados previamente por el anciano que ahora cuidan; los autoritarios, que son intransigentes con las incapacidades de la persona mayor; y los dependientes económicamente del anciano. (15)

Los expertos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) aseguran que el maltrato en las personas mayores se observa en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico. En más de la mitad de los casos, los maltratadores son los hijos y, en torno al 10% de las ocasiones, están implicados los cónyuges. (16)



Es mayor la existencia de abandono o negligencia que los malos tratos propiamente dichos.

Los varones analizados en proporción y en relación a las mujeres, sufren más negligencia, mientras que las mujeres proporcionalmente y en relación a los varones sufren más malos tratos (físicos, psicológicos y abuso económico)” (17)

(Adaptado de: Núñez Bello M. Maltrato, la vejez agredida)

2.3) Factores desencadenantes.

Tras la revisión de diversos y variados artículos basados en la investigación sobre el tema a tratar, y en concreto, sobre los factores de riesgo desencadenantes de un potencial maltrato en los ancianos, consideramos que aquí, lo más relevante y de mayor utilidad en el campo sanitario, y en concreto, en el campo de la enfermería.

Últimos estudios hacen mención a la relación existente entre: la mayor o menor dificultad en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la mayor posibilidad de sufrir malos tratos, que seguidamente redactaremos. (18)

* *Maltrato físico, psicológico y económico.* Es más común en personas autónomas en las necesidades de vestido, alimentación y movilidad.

* *Negligencia en el cuidado físico.* Ocurre más habitualmente entre las personas que presentan dependencia en vestido, aseo personal, alimentación o control de esfínteres.

Según se indica en una reciente investigación sobre los factores desencadenantes, se aluden las siguientes situaciones de riesgo: (18)

- Cuidador/a con problemas de carácter psicológico e historia de abuso de alcohol.
- Cuidador con estrés en relación a la carga del cuidado.

- Cuidador con dificultad para una correcta atención de las necesidades de la vida diaria de la persona a su cuidado.
- Persona mayor con demencia que permanece sola todo el día.
- Persona anciana que tiene carácter violento hacia su cuidador.
- Persona mayor que vive con hijos adultos con problemas severos de personalidad.
- Situación familiar donde existe abuso de ingesta de alcohol y/o drogas.

Investigadores que estudian los factores de riesgo influyentes en la existencia a corto-largo plazo de la presencia de maltrato en el anciano, hacen mención al *Modelo Ecológico*. (19) Dicho modelo, fue previamente utilizado para explicar el maltrato infantil y más recientemente usado en la violencia dentro de las relaciones de pareja. Este modelo “es elegido ya que explica las interacciones que pueden crearse a través de sistemas múltiples, como una especie de juego entre los factores individuales, interpersonales, societarios y el contexto social”.

El Modelo Ecológico resulta de gran utilidad dentro del ámbito sanitario, pues cataloga los factores de riesgo en diversos niveles, pudiendo ser útil como alarma ante un potencial maltrato.

FACTORES DESENCADENANTES EN EL ÁMBITO FAMILIAR

a) Factores de Riesgo comunes al anciano y su cuidador:

- Historia de violencia en la familia.
- Historia de una mala relación entre ambos.
- Sensación permanente de frustración, enojo y desesperanza.
- Inversión del rol parental.
- Cuidador dependiente de la economía y de la vivienda del anciano.

b) Factores de Riesgo en el anciano vulnerable:

*** Alteraciones de la conducta/psicológica:**

- Cambio de personalidad de la persona mayor.
- Conducta agresiva física, verbal o psicológica.
- Falta o escasa conciencia social.
- Conducta incoherente, demandante...
- Intolerancia marcada.
- Indefensión aprendida (la persona mayor, producto del aprendizaje, no sabe defenderse ni cuidarse a sí misma).

- Aislamiento forzado y no aceptación del cuidado por otro que no sea el cuidador oficial.

- * Deprivación Sensorial:

- Ceguera, sordera, trastornos del habla y comprensión.

- * Déficit cognitivo:

- Pérdida de la memoria y la concentración.

- * Problemas físicos:

- Alteraciones del sueño (por ejemplo, inversión sueño–vigilia).

- Incontinencia.

- Discapacidad múltiple.

- Vagabundeo.

c) Factores de Riesgo en el cuidador:

- Trabajo agotador sin descanso.

- Falta de espacio y tiempo personal.

- Sentimiento de aislamiento psico-social.

- Sentimiento de ser explotado por otros.

- Percepción de necesidades básicas no satisfechas.

- Sentimiento de pérdida por “la persona que fue”.

- Falta de apoyo por parte de otros familiares.

- Conflicto marital y reacciones adversas de otros familiares hacia el anciano.

- Lealtades y responsabilidades divididas (pareja, hijos, etc.).

- Cambio de estilo de vida (involuntario).

- Responsabilidad absoluta del cuidado o incapacidad para recibir ayuda.

- Falta de información sobre la enfermedad y su evolución.

- Falsas expectativas sobre las capacidades del anciano.

- Demanda permanente y excesiva por parte del anciano.

- Enfermedad física o mental del cuidador (drogas – alcohol).

FACTORES DESENCADENANTES EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

a) Contexto:

- Trabajar solo o existencia de relaciones inapropiadas entre en el personal.

- Ambiente inapropiado para el cuidado (sin las condiciones necesarias).

- Falta de espacio vital.

- Visitas escasas.
- Contacto mínimo con el mundo externo.
- Inseguridad con respecto al futuro.
- Falta de supervisión.

b) Factores que contribuyen en la técnica de contratación y en la práctica:

- Mala selección del personal.
- Falta o poco entrenamiento y capacitación.
- Apoyo escaso y falta de supervisión.
- Remuneración baja y malas condiciones de trabajo.
- Escaso personal y/o materiales de trabajo insuficientes.
- Falta de una filosofía de trabajo.
- Trabajo bajo presión.
- Régimen muy autoritario o “laissez faire” (sin reglas claras).

c) Factores individuales del cuidador que contribuyen:

- Falta de interés o de compromiso.
- Falta de conocimiento y/o comprensión de la tarea.
- Problemas personales.
- Incapacidad para relacionarse con el anciano en particular.

d) Factores relacionados al contexto social:

- Imágenes negativas de la vejez.
- Lugar desvalorizado que ocupan las personas ancianas.
- Pérdida progresiva y sustancial de los roles en las actividades de la vida diaria.
- Pérdida progresiva de la interdependencia inter-generacional.
- Las normas culturales, estereotipos, mitos y prejuicios.
- El aislamiento.

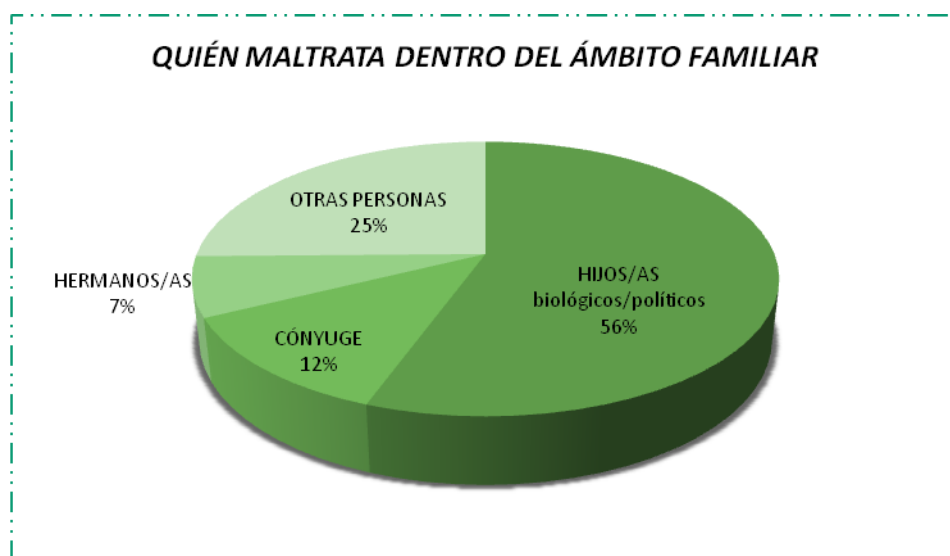
El Modelo Ecológico surge en los años setenta (Bronfenbrenner, 1979) y se aplica, en primer lugar, al maltrato infantil (Garbarino y Crouter, 1978). Es más tarde cuando se utiliza para comprender la violencia juvenil (Garbarino, 1985), y la violencia de pareja (Heise, 1998). Recientemente se utiliza para abordar el maltrato de mayores (Schiamberg y Gans, 1999; Carp, 2000). (19)

Capítulo 3) Hábitat del anciano.

3.1) Ámbito familiar.

Cuando una persona sufre cualquier acto de violencia u omisión que le produce un daño, u otro que pone en peligro su integridad física, psíquica o uno de los derechos fundamentales de la persona, estamos ante un caso de malos tratos. (20)

Dicho maltrato puede ocurrir dentro del ámbito familiar, causado por un miembro del núcleo familiar. (17)



(Adaptado de: Núñez Bello M. Maltrato, la vejez agredida)

Es habitual que se produzca un maltrato en forma de negligencia o abandono, surge por el inadecuado cumplimiento de las funciones propias del cuidador, nos referimos a carencias en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Considerado éste tipo de maltrato uno de los más habituales, junto con el maltrato psico-emocional, próximo en el ranking de la lista está el maltrato físico y sexual.

Cada vez se cree que son más frecuentes los casos de abuso económico. Se barajan varias hipótesis causales, una de las más extendidas en nuestra sociedad se decanta por la situación de carencia, que hoy en día, es común en múltiples hogares de nuestro país. La necesidad económica, para la subsistencia familiar, se cree que provoca ésta situación de maltrato. En estrecha relación se une al maltrato psico-emocional, pues se produce una situación de omisión y humillación hacia la persona mayor, ya que no se le está

incluyendo en los problemas o decisiones familiares. Ni que decir tiene de la ausencia de consentimiento para manejar sus bienes materiales y económicos

Según lo reflejado por M^a Teresa Bazo Royo en una de sus publicaciones recientes sobre el maltrato, éstas podrían ser algunas de las situaciones desencadenantes de maltrato en el domicilio: (20)

- Descuido de las condiciones higiénicas de la vivienda.
- Desinterés, por parte del cuidador, sobre las pautas alimentarias de la paciente.
- Escasa dedicación de tiempo personal.
- Presión psicológica, sobre la misma para evitar su institucionalización.
- Sustracción de los ingresos derivados de la pensión.

Reflexión:

Como personal sanitario es nuestra obligación la Prevención Primaria, pues nuestro objetivo es evitar que se produzcan malos tratos. Desde nuestra consulta de atención primaria podemos abordar estos, tan “delicados” temas.

La prevención debería ser la base de las intervenciones, evitando así que el cuidador se sobrecargue y agote.

Considero un pilar fundamental una adecuada relación de empatía y apoyo hacia la persona. Siendo necesaria para que se sienta segura y confíe temas tan “delicados” con nosotros.

Hemos de facilitar información acerca de sociedades científicas, organismos, asociaciones y recursos de interés que protegen a las personas mayores y ayuden a liberar carga al cuidador.

- International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPAE)
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)
- Fundación Cuidados Dignos.
- Confederación española de organizaciones de mayores (CEOMA)
- Asociación de Ayuda al Anciano.
- Imsero mayor: Portal especializado en Geriatría y Gerontología.
- Servicio de Tele-asistencia “siempre a su lado”.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Ayudas económicas para mejoras de la habitabilidad de la vivienda.
- Catering a domicilio.

3.2) *Ámbito institucional.*

El maltrato hacia las personas ancianas, como ya se ha dicho anteriormente, también se produce en las instituciones sanitarias. Algunos estudios se refieren a ello como “invisible”. Esto no determina su inexistencia, al contrario, nos quiere encaminar hacia la existencia de situaciones oscuras, inadecuadas, las cuales serían perjudiciales para las propias instituciones si éstas se sacasen a la luz, si los medios de comunicación las divulgasen.

Los malos tratos, ya sean a niños, mujeres, adultos o ancianos, siempre son temas de difícil deglución social. Si éstos son llevados a cabo por profesionales de la salud, aún es peor la digestión, pues resulta vergonzoso que las personas que han de proporcionar correctos cuidados y mejorar la calidad de vida de la población, sean quienes están deteriorándola y acrecentando su morbilidad.

Dentro de nuestra sociedad, hemos escuchado como los medios de comunicación nos informaban sobre casos sorprendentes de malos tratos en las instituciones socio-sanitarias. La gran mayoría, pero no la totalidad, son producidos en instituciones no reguladas según las leyes establecidas por el Ministerio de Sanidad.

Algunas de las características que tienen en común las instituciones socio-sanitarias donde existen casos de maltrato serían, por un lado, los aspectos que engloban todo lo relacionado con el personal y la cualificación de éste; por otro lado, la gestión de recursos, así como la ayuda o apoyo por parte de la Consejería de Sanidad. En relación al personal, se caracteriza por ser escaso en proporción a la demanda del centro, a lo que en múltiples ocasiones se une la inexperiencia en el cuidado del anciano, así como la falta de conocimiento, cualidades o aptitudes apropiadas. En cuanto a los recursos materiales suele producirse una gestión inadecuada de éstos, pudiendo existir una estrecha relación causa-efecto con la otra cara de la moneda, anteriormente mencionada. La unión de todos estos factores determina, en muchos casos, la existencia del maltrato.

Frecuentemente los cuidadores desarrollan gran cantidad de estrés lo que puede desencadenar la negligencia o maltrato. A ésta situación de estrés extremo se le conoce con el término de “Síndrome de Burn-out” (21) descrito por Maslach y Jackson (1981), se ha relacionado con malos tratos caracterizado por la deshumanización en la atención.

La enfermera norteamericana Kayser-Jones, desde la década de 1980, ha contribuido con diversas investigaciones al estudio de los pacientes mayores institucionalizados. Según sistematización de dichos estudios hecha por Caballero, las principales categorías de maltrato en las residencias de mayores son las siguientes: (22)

* *Infantilización*: Tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.

* *Despersonalización*: Proporcionar servicios que desatienden las necesidades particulares del paciente u olvidarse de los aspectos biopsicosociales individuales.

* **Deshumanización:** No sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidades sobre su propia vida.

* **Victimización:** Ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales.

Algunas de las situaciones más comunes en cuanto al maltrato institucional serían las siguientes: (22)

- Falta de un plan adecuado de cuidados.
- No proveer condiciones ambientales adecuadas.
- No administrar adecuadamente los medicamentos.
- Comentarios inadecuados o hirientes.
- Privar del derecho a la intimidad (higiene, sexo, soledad).
- No proporcionar lecturas, distracciones, actividades de ocio.
- No tener en cuenta las barreras arquitectónicas.
- Restricciones físicas de personas dependientes.

LA DENUNCIA DEL MALTRATO INSTITUCIONAL INEXISTENTE

Junto a los factores negativos comentados a lo largo de éste capítulo se encuentra otro de gran peso, nos referimos a la ausencia de denuncias una vez descubierto el maltrato. (23)

Existen varias causas para que esto ocurra, a modo de explicación gráfica destacamos las siguientes.

- **Caso 1:** Ambos, tanto la persona maltratada como el maltratador, son ancianos institucionalizados en el centro.

Reacción: Sentimiento de vergüenza que siente la familia ante ésta situación desagradable (siendo en múltiples ocasiones de similares dimensiones la padecida por la familia del maltratador).

Tipo: Habitualmente se produce maltrato físico-psicológico y/o abuso sexual. Siendo éste último el que mayor sentimiento de vergüenza produce.

- **Caso 2:** La persona maltratada comúnmente es el anciano, mientras que el maltratador es el cuidador.

Reacción: En múltiples ocasiones nunca llega a conocimiento de la familia, es “invisible” ante la sociedad. Los altos mandos de la institución favorecen esa invisibilidad, pues una noticia tan negativa es perjudicial, pudiendo subsanar la falta con el despido del cuidador. Si esto es conocido por la familia, es común que se le reste importancia, llegando ésta a no pedir explicaciones al director de la institución.

Tipo: Maltrato físico-psicológico y negligencia, lo que implica una carencia en el cuidado y prestación de las necesidades básicas.

* La consecuencia en ambos casos es la ausencia de denuncia ante estas situaciones de maltrato. Esto provoca en la persona un deterioro emocional, lo que conlleva en múltiples ocasiones al aislamiento y progresivo deterioro físico-psicológico. La persona se siente infravalorada, humillada, un objeto inútil incapaz de provocar sentimiento afectivo en las personas que le rodea. Le han despojado de sus derechos como ser humano.

Reflexión:

No permitamos que esto se repita. Todos merecemos respeto, ser apreciados y valorados, como lo que somos, seres humanos con sentimientos y derecho a una vida digna, sin humillaciones ni maltratos.

A los escasos estudios realizados en las residencias de mayores, se une, negativamente, la casi nula existencia de estudios que aborden el ámbito hospitalario o atención primaria.

3.3) Maltratado & Maltratador.

“En 1980 durante la Conferencia de la Sociedad Británica de Geriátrica se concluyó que la víctima común de malos tratos era una persona muy anciana, mujer, que vive en su domicilio con hijos adultos cuidadores, física y mentalmente discapacitada, con sobrepeso, inmóvil e incontinente y con rasgos de personalidad negativos”. (18)

Para abordar de forma adecuada la prevención e intervención, se han de valorar varias hipótesis propuestas por diversos investigadores. Existen dos perspectivas opuestas a tener en cuenta, por un lado, la que considera como posible factor desencadenante la dependencia de la persona, lo que le lleva a ser víctima; por otro lado, la que considera que son las características del maltratador, teniendo en cuenta su dependencia hacia la persona maltratada, además de otros factores (drogas, estrés...).

Coexisten diversas clasificaciones que engloban los conceptos de víctima y maltratador. Aquí haremos referencia a la descrita por Rosalie Word, que aunque no es del todo actual, nos será de gran utilidad para relacionar las características de la víctima y el maltratador: (18)

* *Las víctimas de abuso físico y psicológico.* Su salud física suele ser adecuada, sin embargo carecen de una plena salud emocional. El maltratador/a tiene una historia previa de sobre-ingestión de alcohol y/o enfermedad mental. Acostumbran a vivir con la víctima y depender económicamente de ella.

* *Las víctimas de abuso económico o material.* Su estado civil habitualmente es soltero o viudo y sus relaciones sociales son limitadas. El maltratador/a tiene problemas económicos, pudiendo estar unido a una historia de abuso de tóxicos.

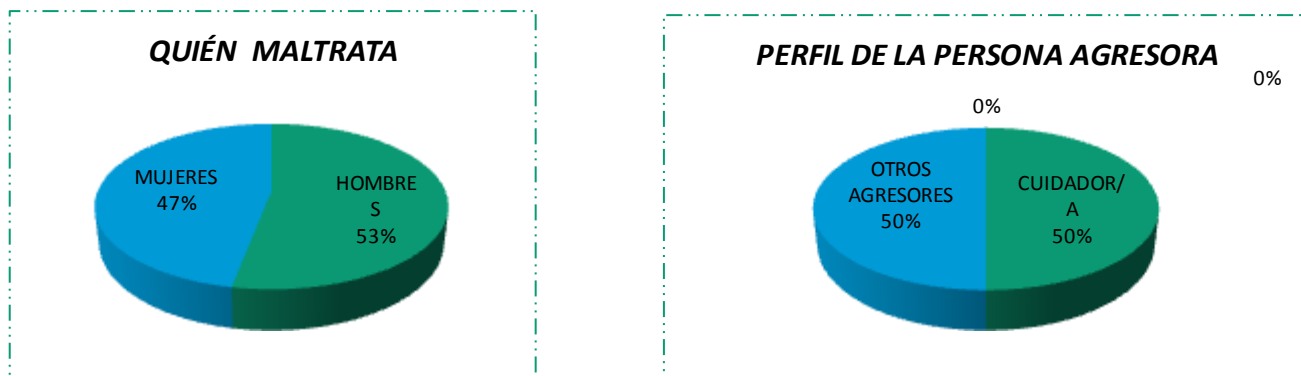
* *Las víctimas de negligencia.* Son frecuentemente de avanzada edad, con discapacidad física y/o mental, unido a poco apoyo social (sobre este último aspecto, hoy en día, las personas con éstas características, disponen de una mayor ayuda social. Sin embargo, la negligencia continúa existiendo). El maltratador/a tiene problemas económicos junto a una historia de abuso de tóxicos.

Existen diversos estudios cuyo objetivo principal es la obtención de datos epidemiológicos, los cuales son de gran utilidad para los profesionales sanitarios y en consecuencia la temprana detección del maltrato.

La comunidad autónoma de Cataluña junto con los estudios a nivel internacional de países como EEUU, Canadá, Australia y Reino Unido, nos describe los datos más identificativos que nos orientan en la detección de perfiles tipo. Que a continuación explicaremos. (24)

* En cuanto al *perfil de la persona agresora*, en un 50% de los casos es el cuidador principal, a consecuencia del estrés provocado por las responsabilidades. Entre éstas

personas, un 85% pertenece al entorno familiar. El 53% de los agresores son hombres y el 47% son mujeres.



(Adaptado de: Generalitat de Catalunya. Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores.)

* En cuanto al *perfil de la persona maltratada*, el 82% son mujeres y el 18% son hombres. Debemos tener en cuenta que la mujer es más longeva y tiende a sufrir más enfermedades degenerativas y otras enfermedades discapacitantes.

Reflexión:

Para una correcta actuación por parte del personal de enfermería, hemos de observar y vigilar cada uno de las claves anteriormente citadas. Es de suma importancia un adecuado trabajo interdisciplinar, lo que incluye médico, enfermería, trabajador social y familia, en caso de maltrato institucional.

Es una labor primordial de Atención Primaria, pues la cercanía al anciano o potencial víctima y/o agresor hace de ésta, una detección precoz más factible.

Siempre ha de quedar muy clara que nuestra actuación es cuidar y proteger a la víctima, sin olvidar la reinserción y solución del problema que desencadena dicha acción en el agresor, puesto que todos necesitan en mayor o menos medida de nuestra ayuda.

Toda actuación llevada a cabo por parte del profesional ha de estar fundada en unas actitudes éticas. Éstas han de ser adquiridas, puesto que no van implícitas junto al título profesional. Los principios éticos a los cuales nos referimos son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Nota: Breve aclaración de los términos anteriormente citados disponible en el *Capítulo 6) Aspectos éticos y legislativos*.

Capítulo 4) Las restricciones.

4.1) Contenciones físicas.

En el siglo XXI, en España, país que se encuentra dentro de la categoría de países evolucionados, en el año 2011, el 23% de las personas mayores que vive en residencias socio-sanitarias lleva alguna sujeción restrictiva, un porcentaje excesivamente elevado que requiere de una respuesta por parte de la sociedad. (25)

La contención mecánica según el protocolo elaborado por el Servicio Andaluz de Salud es *“la sujeción física de un paciente, como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y el entorno físico que lo rodea. Hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y cuando la contención mecánica sea realmente necesaria. Su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el paciente”*. (26)

Los ancianos como consecuencia de algunas patologías pueden agitarse y poner en peligro la seguridad para ellos mismos, el entorno, o poner en peligro su programa terapéutico. De aquí viene la necesidad a veces de una “Contención Mecánica” o “Inmovilización”. (26) (27)

Son comúnmente el método de contención física más utilizado en las instituciones que se encargan del cuidado de “nuestros mayores”. Son utilizadas en diversas situaciones o conductas que general algún tipo de peligro y se podrían organizar de la siguiente forma: (25)

- Situaciones que representen una amenaza para la integridad física del anciano. Para reducir o evitar el número de caídas, impedir vicios posturales, prevenir lesiones, entre otros fines favorecedores.
- Es común su utilidad en contextos que representen una amenaza para la integridad física de otras personas, tanto de aquellos que conviven con el anciano, como sus cuidadores o familiares.
- Las contenciones físicas también las podemos observar en entornos terapéuticos, como método para evitar el arranque de vías, sondas, catéteres, etc. Además de situaciones donde se prescribe reposo (paciente no colaborador con una fractura de cadera).

Entre las contraindicaciones de sujeción, se han de destacar las siguientes: (27) (25)

- Como método de castigo ante una trasgresión o conducta molesta, por antipatía o como demostración de fuerza hacia la persona cuidada.
- Por conveniencia o comodidad de las personas que le cuidan o del resto de personas que conviven con él, como sustitutivo de vigilancia.
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención como el verbal y/o farmacológico.

El tipo de pacientes susceptibles a corto-medio plazo de requerir de su uso, serían aquellos con dependencia física y/o psicosocial, aquellos en los que la falta de una supervisión constante, pudiese desencadenar en autolesiones o lesiones a otros.

Esta tan “simple” categorización, de forma indirecta engloba a la amplia mayoría de las personas mayores institucionalizadas. Es por ello que se ha de tener una constante vigilancia en cuanto a los ámbitos legales, pues se produce un mal uso, así como excesivo, lo que conlleva una ausencia de libertad de las personas, en conclusión, un maltrato que engloba aspectos físicos y/o emocionales. Desde nuestro punto de vista, aún más traumáticos los emocionales, ya que un anciano que sufre dependencia física no implica que también padezca dependencia mental, por lo que es consciente y percibe de forma clara toda la humillación que está recibiendo. De forma directa o indirecta se manifestará en un acelerado deterioro de su salud físico-mental, provocando una situación de feedback.

En consecuencia, los ancianos independientes con este método de restricción les estamos obligando de un modo u otro a ser dependientes. Esto conlleva una mayor carga laboral y un mayor acúmulo de trabajo, que desencadenará en estrés y posteriormente en una situación de maltrato, la cual se podría haber evitado si se hubiesen planificado unos adecuados planes de cuidados individualizados capaces de permitir a las personas un mayor grado de autonomía e independencia, con la correcta supervisión por parte del personal al cuidado.

El uso continuado de sujeciones restrictivas presenta efectos adversos tanto a nivel físico como a nivel psicológico. (25)

Diversos estudios sobre el uso de las sujeciones físicas indican que no está demostrada la efectividad de éstas en la prevención de caídas y las lesiones asociadas a ellas: (24)

- Las personas a las que se les restringe la movilidad sufren mayor número de caídas y sus consecuencias suelen ser más graves que en personas a las que no se les restringe la movilidad.
- Los centros que han reducido el uso de sujeciones restrictivas han podido observar que no aumenta el número de caídas e incluso han experimentado un descenso de ellas.
- En centros en los que se ha aumentado el número de caídas tras la retirada de sujeciones, se ha podido observar que no ha aumentado la gravedad de las lesiones producidas como consecuencia de ellas.

La revista española de Medicina (28) Legal ha publicado, en enero del presente año, un artículo en el cual se pueden observar las consecuencias nefastas tras un inadecuado uso de las contenciones físicas.

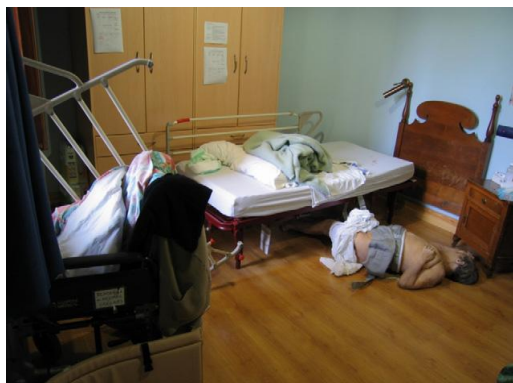


Figura 1. Situación del levantamiento del cadáver. Reportaje fotográfico del primer caso (mujer de 85 años). (28)



Figura 2. Situación del levantamiento del cadáver. Reportaje fotográfico del segundo caso (mujer de 72 años) (28)

En ambas situaciones los pacientes precisaron de medidas de seguridad física, como consecuencia de sus antecedentes de salud, cuyo objetivo era la prevención de futuras lesiones. Se cree que estas muertes pudieron prevenirse.

En Cantabria, el número aproximado de plazas en instituciones para ancianos es de 4.000, se estima que menos del 20% utilizan o necesitan este tipo de contenciones, es decir, unos 800 potenciales usuarios. En 4 años nos hemos encontrado además, de los dos casos descritos, con otros dos casos más de ancianos fallecidos accidentalmente en relación con los cinturones de contención. En el 70% de los casos, la asfixia mecánica (sofocación y compresión tóraco-abdominal) es el mecanismo de Muerte. (28)

Últimos estudios hablan de la posibilidad de colocar dispositivos (28) (dinamómetros u otros) en alguna zona de enganche de los mencionados cinturones, de forma que en caso de detectar un aumento de fuerza prolongado, activen algún tipo de alarma.

Existen diversos protocolos que se han de seguir y aprobar con un equipo multidisciplinar previos a la utilización de restricciones físicas, pues ésta actuación tiene una serie de connotaciones éticas y legales muy importantes.

Una vez aprobado el uso de contenciones mecánicas, hemos de tener en cuenta que nuestra intervención tiene que garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, del paciente y de los profesionales que lo atienden.

Anexo 1: Hoja de registro individual de pacientes con aplicación de medidas de contención física. "GUÍA PARA LA CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES 2011". Cedido por La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, junto con el Servicio Cántabro de Salud.

Anexo 2: Procedimiento de Contención Física: Esquema de la Guía para la contención física de pacientes. "GUÍA PARA LA CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES 2011". Cedido por La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, junto con el Servicio Cántabro de Salud.

LAS CONTENCIÓNES FÍSICAS EN ESPAÑA Y EN EL MUNDO

Diferentes organismos internacionales, nacionales y autonómicos consideran las sujeciones como vulneración de los derechos fundamentales.

Dentro de los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad se recogen los siguientes artículos: (25)

9.1 Todo paciente tendrá derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que le corresponde a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

11.11 No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo conforme a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas prácticas no se prolongarán más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito. Todos los casos de restricción física o exclusión voluntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular del personal cualificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

Entre los países que poseen legislación restrictiva en cuanto al uso de sujeciones, podemos destacar Japón o Estados Unidos. Países como Austria, Dinamarca, Alemania y Países Bajos también disponen de legislación que restringe el uso de sujeciones en centros de atención a personas mayores.

A pesar de todas estas consideraciones éticas y legales desarrolladas a nivel internacional, en España actualmente no existe, en el plano estatal, legislación específica que regule el uso de sujeciones. En el plano autonómico, se han desarrollado diferentes leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, estableciendo límites a su uso: (29)

- Art. 6 s), Ley 2/2007 de 27 de marzo – Cantabria: *Derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas. En este supuesto, los motivos de las medidas adoptadas deberán recogerse de forma razonada en la historia personal, precisarán supervisión facultativa antes de veinticuatro horas y comunicarse a sus familiares más cercanos y al Ministerio Fiscal.*

- Art. 47.2.i) de la Orden de 4 febrero 2005 de la Conselleria Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, 15 de febrero de 2005 – Valencia: *A los usuarios solamente les podrán ser aplicadas medidas de sujeción, por prescripción facultativa motivada y expresa, con indicación de las horas que ha de llevarse a efecto, el tipo de sujeción y duración del tratamiento. Habrá de concurrir el consentimiento expreso y por escrito del usuario, o su representante legal, en su caso, e informándose de ello a la familia. El medio utilizado para la sujeción deberá contar con la correspondiente homologación. Caso de*

que el usuario o su representante legal no preste su consentimiento, el centro podrá exigir que dicho rechazo conste por escrito.

- Decreto 284/1996 modificado por el Decreto 176/2000, art. 5.1 g) – Cataluña: *Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones efectuadas tendrán que justificarse documentalmente en el expediente asistencial del usuario.*

Otras comunidades autonómicas como Navarra, Islas Baleares, Asturias, País Vasco y La Rioja, se unen a la lucha contra las restricciones físicas.

Las sujeciones en Personas Mayores en España alcanzan una dimensión muy preocupante, si tenemos en cuenta sus nefastos efectos y el elevado uso que se pone en evidencia si nos comparamos con otros países. (30)

Tabla 1: Prevalencia del uso de contenciones físicas en 8 países. Porcentaje de residentes con sujeciones físicas usadas diariamente y no diariamente. (30)

Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	España	Suecia	EE.UU
% 2,2	17,1	8,5	16,6	4,5	39,6	15,2	16,5

(Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. Age and Ageing (1997); 26-S2: 43-47.)

LA FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS

Entidad creadora e impulsora de la Norma Libera-Ger. Nace en 2007 de la mano del Grupo Torrezuri de Gernika, ante la inquietud de un conjunto de profesionales del ámbito de la geriatría y la gerontología, frente al excesivo uso de las sujeciones en España y el maltrato institucional que ello pudiera suponer. Su objetivo es mejorar los cuidados a las personas dependientes, basando sus principios en el respeto, la ética, la atención individualizada y la calidad en la gestión. (31)

El pasado 27 de Marzo 2012 se celebró la IV Jornada de Formación Profesional “Auxiliares de Enfermería Hoy”, en Gernika, organizada por Arizmendi Ikastola. Los temas centrales del evento fueron el uso de sujeciones, el modelo de cuidados actual, y la posibilidad de generar un cambio con respecto a éstos.

LA CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES (CEOMA)

Es una organización de carácter confederativo e intersectorial, de ámbito nacional, constituida para el servicio, la coordinación, el fomento y la defensa de los intereses de las

personas mayores. Nace tras el IV Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores celebrado en septiembre de 1999 en Santiago de Compostela. (32)

Uno de los diversos proyectos que están llevando a cabo, es el programa *“Desatar al anciano y al enfermo del Alzheimer”*. (32) Que trabaja en la defensa de los intereses de las personas mayores y los enfermos de Alzheimer.

La Confederación Española de Organización de Mayores (CEOMA) otorga premios a las instituciones socio-sanitarias que en sus planes de cuidados carecen del uso de contenciones físicas para el cuidado de sus ancianos.

Nos gustaría hacer especial mención en primer lugar, al *Grupo Torrezuri* en Gernika como impulsora de la Norma Libera-Ger y seguidamente a los Centros de *Día AFAC I y AFAC II de la Asociación de Familiares de Alzheimer de Cantabria y a Sanitas Residencial Santander*, en Cantabria. Como referencia de calidad y buenos cuidados a los usuarios. (31)

La Residencia Torrezuri en Gernika fue la primera Residencia del Estado Libre de Sujeciones desde el 28 de septiembre de 2006. A su vez, el Centro de Día Torrezuri Gernika fue el primer Centro de Día Libre de Sujeciones del Estado desde el 28 de Septiembre de 2006, lo cual fue posible gracias a la aplicación de la metodología desarrollada por el propio Grupo Torrezuri, conocido como Norma Libera-Ger. El 20 de junio de 2007 fue certificado por CEOMA como el Primer Centro del Estado Libre de Sujeciones. (32)

El 23 de septiembre de 2011 los Centros de Día AFAC I y AFAC II de la Asociación de Familiares de Alzheimer de Cantabria, recibió la acreditación como *“Centro libre de Sujeciones”* por parte de CEOMA. De ésta forma son los primeros Centros de Día en Cantabria acreditados como *“Centros libres de Sujeciones”*. La Asociación de Familiares de Alzheimer de Cantabria es una entidad pionera en la no utilización de sujeciones, para facilitar y mejorar, de ésta forma, la autonomía y la calidad de vida de sus usuarios. (32)

El 31 de enero de 2012 Sanitas Residencial Santander recibió la acreditación *“Centro Libre de Sujeciones”* que le fue otorgado por la Confederación Española de Organización de Mayores (CEOMA), siendo éste el primer centro sanitario de Cantabria. Otorgado como medalla en reconocimiento al esfuerzo realizado para eliminar por completo el uso de sujeciones. La consejera de Sanidad y Servicios Sociales, María José Sáenz de Buruaga afirmó que Sanitas Residencial Santander es un *“buen espejo en el que mirarse”* y *“todo un referente de un cambio de cultura”*, por su vocación de liderazgo en la gestión de la calidad, ejemplo en innovación y buenas prácticas. (32)

La restricción del uso de contenciones físicas es efectiva en todos los ámbitos que a esta rodean, ya que mejora la motivación y satisfacción de las personas que cuidan, bien sean trabajadores de centros, profesionales en el domicilio o familiares y como consecuencia, mejora la calidad de los cuidados. Del mismo modo, en los centros socio-sanitarios mejora de la satisfacción de los familiares y, como consecuencia, de la imagen del centro.

El uso de contenciones físicas en los domicilios es cada vez más habitual, dejando de ser uso exclusivo en las instituciones, puesto que las familias tienen acceso libre, ya que se venden en el mercado sin ningún control. Algo que era positivo para el anciano se vuelve en su contra.

Reflexión:

LA PRINCIPAL ACCIÓN DE ENFERMERÍA DEBE SER EVITAR LAS CONDUCTAS QUE OBLIGAN A UTILIZAR LAS SUJECCIONES MECÁNICAS, SIENDO ESTAS EL ÚLTIMO RECURSO A APLICAR

(Adaptado de: Servicio Andaluz de Salud: Protocolo de inmovilización mecánica e inmovilización de pacientes.)

4.2) Contenciones químicas

Consideramos conveniente dedicar unas líneas a las sujeciones químicas, pues no hemos de olvidar que son un método de privación de libertad del anciano, y en consecuencia un tipo de maltrato, al igual que anteriormente lo hemos dicho de las sujeciones físicas.

Las Sujeciones Químicas se definen como “el uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales,...) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (como podrían ser: vagabundeo, agresividad verbal o física, no colaboración en los cuidados, etc.), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor”. (25)

Capítulo 5) Consecuencias del maltrato.

En la siguiente tabla se detallan ejemplos de cada tipo de maltrato, así como de las principales consecuencias que éstos tienen en las personas mayores. (33)

TIPO DE MALTRATO	EJEMPLOS	CONSECUENCIAS
FÍSICO	Golpear, abofetear, quemar, empujar, zarandear.	Arañazos, heridas, contusiones, hematomas, fracturas, luxaciones, abrasiones, quemaduras, pérdida de cabello.
PSICOLÓGICO	Rechazar, insultar, aterrorizar, aislar, gritar, culpabilizar, humillar, intimidar, amenazar, ignorar, privar de sentimientos de afecto.	Depresión, ansiedad, indefensión, trastornos del sueño, pérdida de apetito, miedo, confusión, tristeza.
NEGLIGENCIA	Proporcionar dosis inadecuadas de medicación o una medicación errónea, privar de las necesidades básicas (alimentación, higiene, calor, ropa adecuada al clima, asistencia sanitaria...), abandono.	Malnutrición, deshidratación, mala higiene corporal, hipotermia o hipertermia, úlceras por presión, agudización de enfermedades.
ECONÓMICO	Apropiación, aprovechamiento o mal uso de las propiedades o dinero, falsificación de su firma, imposición de firma de documentos (contratos o testamentos)	Incapacidad para pagar facturas, falta de servicios, desahucio, deterioro del nivel de vida.
SEXUAL	Tocamientos o besos, penetración, vejación, acoso, exhibicionismo.	Traumas en genitales, pechos, boca, zona anal; enfermedades de transmisión sexual.

(Adaptado de: Iborra Marmolejo, Isabel. Maltrato de personas mayores en la familia en España.)

Un estudio nacional realizado en 2010, muestra que el personal sanitario percibe situaciones de maltrato en la presencia de úlceras por presión y en el trato con palabras inadecuadas e hirientes. (23)

La desaparición o restricción del uso de contenciones físicas en las personas mayores implica innumerables beneficios para ellos. Estos engloban aspectos a nivel físico, social o psicoemocional. En la siguiente tabla se aprecian dichos beneficios. (25)

Disminución de: - Riesgo de caídas - Úlceras por presión - Autolesiones - Infecciones - Estreñimiento - Atrofia y debilidad - Riesgo de traumatismos en piel. - Riesgo de contracturas musculares. - Riesgo de edema.	Desaparición de estados psicoemocionales ligados al uso de sujeciones: - Agitación - Agresividad - Angustia - Ansiedad - Apatía - Confusión - Depresión - Desesperanza - Deterioro cognitivo - Ira	Desaparición de vivencias sociales ligadas al uso de sujeciones: - Vergüenza - Humillación - Sentimientos de aislamiento y deshumanización - Pérdida de autonomía y dependencia	Recuperación del rol social dentro del grupo. Recuperación de la “imagen social”
			Mejora de: - Apetito - Tono muscular - Movilidad, coordinación y equilibrio (“Aprenden a caerse”)

(Adaptado de: Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores. Joanne Rader, Nursing Home Quality Initiative, Antonio Burqueño)

Capítulo 6) Aspectos Éticos y Legislativos.

6.1) Ética y Legislación del Cuidado.

Para dar comienzo a este, tan importante capítulo, consideramos una buena apertura hablar sobre Los principios básicos de la Bioética, ⁽³⁴⁾ que a continuación brevemente explicaremos, puesto que el razonamiento nos lleva a pensar que, sin una adecuada y estable base ética y profesional es complicado abordar los temas que hoy nos unen.

LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA BIOÉTICA

- *No-maleficencia*: Es el principio básico de todo sistema moral. No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

- *Justicia*: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.

- *Autonomía*: Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.

- *Beneficencia*: “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.

* Si se da un conflicto de principios éticos, los de No-maleficencia y Justicia (de nivel público y obligatorio), están por encima de los de Beneficencia y Autonomía (considerados de nivel privado).

El maltrato a las personas mayores en el ámbito familiar existe desde la antigüedad, siendo relativamente reciente el conocido maltrato institucional. Sin embargo, hasta la iniciativa para afrontar el maltrato en los menores y la violencia doméstica en los últimos años, éste tema se consideró como un asunto privado, que no debía ventilarse en público. Era considerado como un tema relacionado con el envejecimiento. El maltrato a las personas mayores y otras formas de violencia doméstica se han convertido en cuestiones ligadas a la salud pública y la justicia penal.

A pesar de todas las consideraciones éticas y legales desarrolladas a nivel internacional, en España actualmente no existe, en el plano estatal, legislación específica que regule el maltrato en las personas mayores.

EL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL

Fue aprobado por el Pleno del Congreso de Diputados el 8 de Noviembre de 1995 y publicado en el BOE el día 24 de Noviembre, como Ley Orgánica 10/1995. ⁽²⁹⁾

Está formado por 639 artículos, dentro de los cuales se encuentran los relacionados, de forma indirecta, con el maltrato en la vejez, que a continuación enunciaremos.

- Art 147 [Delito de lesiones. Concepto de lesión]
- Art 153 [Violencia física en el ámbito familiar]
- Art 173 [Trato degradante]
- Art 178 [Agresión sexual: tipo básico]
- Art 180 [Tipos agravados]
- Art 229 [Abandono de menores e incapaces]
- Art 234 [Supuesto] Título CAPITULO I.-De los hurtos.
- Art 619 [No auxiliar a persona desvalida]

Anexo 3: EL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL y El maltrato en la vejez.

6.2) Actuación del profesional Sanitario.

Pese a la existencia de un gran número de investigadores que consideran importante seguir unas pautas de entrevista ante la posible existencia de un anciano maltratado. Se aconseja tener en cuenta las recomendaciones de organizaciones internacionales.

- a) La Asociación Médica Americana (AMA) recomienda que médicos y enfermeras interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato. (35)
- b) La U.S Preventive Services Task Force (USPSTF) considera que no hay evidencias científicas suficientes que permitan aconsejar o rechazar la utilidad de cuestionarios para el cribado rutinario de maltrato en el anciano. (36)
- c) Sin embargo, La Organización Mundial de la Salud (OMS), en un reciente estudio aconseja estar alerta ante signos y señales relacionados con maltrato y sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta (37) para detectar riesgos o signos de maltrato, con la intención de identificarlos precozmente mediante la entrevista y la exploración.

ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO

La pauta de actuación a seguir en la consulta sería la siguiente: (38)

- Entrevista con el anciano y con el cuidador.
- Identificar factores de riesgo o desencadenantes.
- Buscar señales de alerta a través de indicios o signos precoces de maltrato.

ENTREVISTA CON EL ANCIANO MALTRATADO

- * Entrevistar al anciano solo y con el cuidador.
- * Analizar la relación y cambios de actitud.
- * Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos.
- * Garantizar la confidencialidad.
- * Hablar con lenguaje claro y sencillo.
- * Hacerle algunas preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema.
- * Preguntar por factores de riesgo o desencadenantes.

La A.M.A sugiere 5 preguntas: (35)

- * ¿Alguien le ha hecho daño?
- * ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?
- * ¿Le han amenazado?
- * ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?
- * ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo?

La U.S Preventive Services Task Force sugiere añadir 4 preguntas: (36)

- * ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- * ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?
- * ¿Alguien toma cosas que le pertenecen sin su permiso?
- * ¿Está solo a menudo?

- SEÑALES DE ALERTA- SIGNOS Y SÍNTOMAS PRECOCES

- * Explicaciones poco coherentes por parte del cuidador, respecto a la causa de las lesiones.
- * Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador.
- * Negativa del cuidador a dejar solo al anciano.
- * Lesiones o hematomas en diferentes estadios de evolución.
- * Caídas reiteradas.
- * Retraso en solicitar la asistencia médica.
- * Visitas repetidas a servicios de urgencia y hospitales por motivos diferentes pero no totalmente aceptados por el personal sanitario.
- * Administrar al anciano dosis, frecuencia, vía o medicación errónea.
- * El paciente no evoluciona favorablemente tras la administración del tratamiento pautado.
- * Carencia en las necesidades básicas de salud: desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, aspecto poco cuidado o ausencia de higiene.
- * Respecto al estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión, actitud de miedo, inquietud, pasividad por parte del anciano, rechaza nuestra ayuda o simple presencia.

ACTUACIÓN ANTE EL MALTRATO

Si éste se llegase a producir, es preciso hacer una entrevista y valoración que incluya los posibles factores desencadenantes, lo que nos conducirá de forma indirecta a quién ha podido ser la persona causante. Del mismo modo se ha de indagar si es una situación aguda o crónica; valorar las lesiones actuales y el riesgo potencial de futuras lesiones. Hemos de establecer un plan de actuación integral, y multidisciplinar que aborde la situación física, psicológica y social del anciano.

Para una correcta actuación trabajaremos en colaboración con el trabajador social y con servicios especializados. Tras la entrevista, exploración y valoración, redactaremos, si se considera preciso, un parte de lesiones y se dará aviso al juez.

Ésta situación plantea con frecuencia un conflicto ético para el profesional con el paciente y con la familia. Debemos informar al anciano de la situación y de la posible evolución del problema, así como de las posibilidades de actuación y los recursos disponibles. También nos comprometemos a facilitarle la información necesaria por si desea redactar una denuncia. Es frecuente nos encontremos ante el rechazo de formular dicha denuncia, pues comúnmente el maltratador es un miembro de la familia. Sobre ésta situación hemos hablado en el Capítulo: 5.2) *En las instituciones socio-sanitarias, subcapítulo: La denuncia del maltrato institucional inexistente.*

Capítulo 7) Conclusiones.

A modo de conclusión de dicho trabajo, consideramos relevante recordar los siguientes artículos del Código Deontológico de la Enfermería española. (39)



Las enfermeras/os deben proteger al anciano, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

Se pretende resaltar el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad.

Como enfermera/o se tiene la obligación de defender los derechos del anciano ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia.

Bibliografía.

- 1- Metchnikoff E, Mitchell PC. The Prolongation of Life: Optimistic Studies. New York : Springer Pub; 2004

- 2- Belando Montoro MR, Sarlet Gerken AM. Gerontología de la salud: Una aproximación a este campo de estudio imprescindible para una mayor calidad de vida y bienestar en la vejez. Dialnet. 1995; (12):105-120.
- 3- García Hernández M, Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E. Enfermería Geriátrica. 2º ed. Barcelona: Masson; 2011.
- 4- Abellán Van-Kan G, Abizar Sole P, Alasture Giménez C, Albó Poquí A, Alfaro Acha A, Alonso Álvarez M et al. Tratado de Geriatria para residentes [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG); 2012 [acceso 15 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
- 5- Declaración del progreso social y Desarrollo; 1969 Naciones Unidas; 1969. [acceso 10 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/259/32/IMG/NR025932.pdf?OpenElement>
- 6- Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Viena; 1982. Austria: Naciones Unidas; 1982. [acceso 10 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/ageing.shtml>
- 7- Asamblea General y los Principios de Naciones Unidas para las personas mayores. Viena; 1991. Austria: Naciones Unidas; 1991.
- 8- Human Rights and Older Persons. Ginebra; 1999. Suiza: Naciones Unidas; 1999. [acceso 12 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/iyop.htm>
- 9- Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento. Madrid; 2002. España: Naciones Unidas; 2002. [acceso 12 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/index.html>
- 10- Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. Toronto; 2002. Canadá: OMS; 2002. [acceso 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/41721/LCW353.pdf>
- 11- Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez. New York; 2006. EEUU: Naciones Unidas y Red Internacional de la Prevención del Maltrato en la Vejez; 2006. [acceso 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.desarrollosocial.gov.ar/onuresolucionvejez/988>
- 12- World Health Organization. ¿Qué es el maltrato en los ancianos?. [sede Web]. Génova: World Health Organization; 1948- [acceso 31 de marzo de 2012]. Disponible en: www.who.int/hps/ageing
- 13- International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA). [sede Web]. Canadá: International Network for the Prevention of Elder Abuse; 1997-[acceso 31 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.inpea.net/>
- 14- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 1948-[acceso 31 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.segg.es/segg.asp>
- 15- Goncibat OR. Guía para tratar a los abuelos. Vanguardia [revista en Internet] 2012 [acceso 04 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.vanguardia.com.mx/guiaparatrataralosabuelos-1223402.html>
- 16- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1982-[acceso 04 de abril de 2012]. Disponible en: www.semfyc.es.
- 17- Núñez Bello M. Maltrato, la vejez agredida. Setenta y más [revista en Internet] 2008 [acceso 03 de abril de 2012]; (272): [48-53]. Disponible en: http://www.desarrolloyasistencia.org/web_dya/docs/informe_sesenta_y_ma.pdf

- 18- Bazo Royo MT. Malos tratos y personas mayores: Bases para la intervención. En: Millán Calenti J. Gerontología y Geriátrica: Valoración e intervención. Madrid: Médica Panamericana; 2011. 77-95.
- 19- Daichman LS. Naturaleza y dimensiones del abuso y maltrato en la vejez. Portal do Envelhecimento. [revista en Internet] 2004 [acceso 17 de marzo de 2012]; 54: [12]. Disponible en: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo13.htm>
- 20- Costa Alcazar AM, Almendro Padilla C. Análisis de un caso: Malos tratos en el anciano. Fistera Atención Primaria en la red [revista en Internet] 2009 [acceso 06 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/anciano.asp>
- 21- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behaviour. [revista en Internet] 2007 [acceso 22 de marzo de 2012]; 2 (2): [99-113p]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>
- 22- Caballero, J. Consideraciones sobre maltrato al anciano. Revista Multidisciplinaria de Gerontología. 2000; 10 (3): 177-88.
- 23- Adams Y. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. Rev. Med. Clin. Condes [revista en Internet] 2012 enero [acceso 03 de mayo de 2012]; 23 (1): [84-90p]. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_23_1/Revista-Medica--vol-23_N1.pdf
- 24- Generalitat de Catalunya. Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores [monografía en Internet]. Gerona: Generalitat de Catalunya; 2007 [acceso 09 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/Adjudat/Documents/ARXIU/Protocol_grancast.pdf
- 25- Fundación Cuidados Dignos. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios [monografía en Internet] Guernica: Fundación Cuidados Dignos; 2011 [acceso 12 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.eljusticiadearagon.com/gestor/ficheros/_n005027_GU%CDA%20ELIMINACI%D3N%20DE%20SUJECIONES%20EL%20JUSTICIA%20DE%20ARAG%D3N_%20Red.pdf
- 26- Consejería del Servicio Andaluz de Salud. Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes [monografía en Internet]. Granada: Consejería del Servicio Andaluz de Salud; 2007 [acceso 16 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.districtometropolitano.es/ficheros/PROTOCOLO%20DE%20CONTENCION%20DE%20PACIENTES.%20%20ADAPTADO%20PARA%20APLICACION%20EN%20EL%20DISTRITO%20METROPOLITANO.pdf>
- 27- Seane Lago A, Álava Cascón T, Blanco Prieto M, Díaz Moreno H. Protocolo de contención de pacientes [monografía de Internet] Asturias: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2005 [acceso 26 de abril de 2012]. Disponible en: http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf
- 28- Quintero Uribe LC, Blanco Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. Rev. Esp Med Legal [revista en Internet] 2012 enero [acceso 30 de marzo de 2012]; 38 (1): [28-31p]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-medicina-legal-285/muertes-provocadas-cinturones-contencion-ancianos-encamados-90117192-casos-medico-forenses-2012>
- 29- Noticias Jurídicas. Por abogados /para abogados. [sede Web]. Noticias jurídicas.com; [acceso 14 de abril de 2012]. Disponible en: <http://noticias.juridicas.com>

- 30- Burgueño Torijano AA. Atar para Cuidar: Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados [monografía en Internet]. Madrid; 2008 [acceso 07de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>
- 31- Fundación Cuidados Dignos. Proyecto Libera-Ger [sede Web]. Gernika: Fundación Cuidados Dignos; 2007-[acceso 16 de abril de 2012]. Disponible en: http://www.cuidadosdignos.org/fundacion_cuidados_dignos.html
- 32- Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Proyecto Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer / Acreditaciones a centros libres de sujeciones [sede Web]. Madrid: Confederación Española de Organizaciones de Mayores; 1997-[acceso 17 de abril de 2012] Disponible en: <http://ceoma.org/alzheimer/es> / <http://ceoma.org/alzheimer/es/programa-desatar/acreditaciones> / http://www.ceoma.org/pdfs/notas_info/2012/03_2012.pdf
- 33- Iborra Marmolejo I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Madrid: Centro Reina Sofía; 2008.
- 34- Did Núñez JP. Principios bioéticos en la Atención Primaria de Salud. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet] 2000 [acceso 02 de mayo de 2012]; 16(4): [384-9p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000400014&script=sci_arttext
- 35- American Medical Association (AMA). Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. [sede Web]. Canadá: American Medical Association; 1995-[acceso 02 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.ama-assn.org/>
- 36- U.S.Preventive Services Task Force (USPSTF). Guide to Clinical Preventive Services, 2010-2011: Screening for Family and Intimate Partner Violence [sede Web]. USA: U.S. Preventive Services Task Force; 1984-[acceso 02 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd1011/gcp10s2c.htm>
- 37- Perel Levin S. Discussing screening for elder abuse at Primary Health care level [monografía en Internet]. Génova: World Health Organization; 2008 [acceso 01 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf
- 38- Marshall CE, Benton D, Brazier JM. Elder Abuse: using clinical tools to identify clues of mistreatment. Geriatrics. 2000 Febrero; 55 (2): 42- 53.
- 39- Código Deontológico de la Enfermería española. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería; 1998.

Anexos.



Anexo 1: Hoja de registro individual de pacientes con aplicación de medidas de contención física. *“GUÍA PARA LA CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES 2011”.* Cedido por La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, junto con el Servicio Cántabro de Salud.

Anexo 2: Procedimiento de Contención Física: Esquema de la Guía para la contención física de pacientes. *“GUÍA PARA LA CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES 2011”.* Cedido por La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, junto con el Servicio Cántabro de Salud.

Anexo 3: EL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL y El maltrato en la vejez.

Anexo 1: Hoja de registro individual de pacientes con aplicación de medidas de contención física

 Nombre y Anagrama de cada Institución CONTENCIÓN FÍSICA	1º APELLIDO	EDAD
	2º APELLIDO	NOMBRE
		Historia Clínica

Unidad Servicio: Diagnóstico:

CONTENCIÓN Continua ☐ Intermittente ☐ Puntual ☐	Fecha de indicación hora Fecha de retirada hora Lugar: ☐ HOSPITAL ☐ CS ☐ DP ☐ VP ☐ OTROS
--	---

EQUIPO CONTENCIÓN: ☐ Médico ☐ Enfermero ☐ Auxiliar ☐ Celador ☐ SET ☐ FCSE

¿Se han producido lesiones durante la contención? SI ☐ NO ☐.

Si se han producido lesiones, especificar:

ESTADO DEL PACIENTE	MOTIVO DE LA CONTENCIÓN	TIPO DE CONTENCIÓN
Desorientado / confuso ☐	Riesgo de disrupción del Tto. ☐	EE.SS. ☐
Agitado ☐	Riesgo de caídas ☐	EE.II. ☐
Agresivo/violento ☐	Riesgo de Autolesiones ☐	1 EE.SS. y 1 EE.II. ☐
Impulso suicida ☐	Riesgos de lesiones a otros ☐	Tórax ☐
	Daños en entorno físico ☐	Abdomen ☐
	Otros ☐	☐

¿Se han aplicado medidas previamente a la contención? SI ☐ NO ☐

Si se han aplicado medidas previas, indicar:

Abordaje verbal: SI ☐ NO ☐. Contención farmacológica: SI ☐ NO ☐

¿Se ha informado al paciente/familia? SI ☐ NO ☐

Si no están de acuerdo ¿se ha realizado Parte Judicial? SI ☐ NO ☐

El paciente está acompañado: Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐

Fecha/hora	OBSERVACIONES

Dr/a.:

Enfermero/a

NOMBRE Y ANAGRAMA DE CADA INSTITUCIÓN

PROCEDIMIENTO DE CONTENCIÓN FÍSICA

Esquema de la Guía para la contención física de pacientes - 2007

Contención física: medida terapéutica excepcional, con importantes implicaciones éticas y legales.
Aplicable a pacientes agitados por causas orgánicas, psiquiátricas o derivadas del abuso-deprivación de s. tóxicas.
Administración justificada si fracasan o no son aplicables las medidas alternativas (contención verbal, farmacológica...)

INDICACIONES:

- Prevenir
 - ✓ Lesiones en el propio paciente (caídas...)
 - ✓ Lesiones a otras personas.
 - ✓ Disrupción del tratamiento.
 - ✓ Daños en el entorno.
 - ✓ Si lo solicita el paciente.

CONTRAINDICACIONES:

- ✓ Si la situación puede resolverse con medidas alternativas.
- ✓ Si no hay personal suficiente.
- ✓ Como medida punitiva-represiva.

RIESGOS:

- Generales:
 - ✓ Pérdida de capacidad funcional.
 - ✓ Alteración de la integridad cutánea.
 - ✓ Deterioro de la estabilidad.
 - ✓ Incontinencia fecal y urinaria.
 - ✓ Estreñimiento.
 - ✓ Riesgos psicológicos (miedo, ansiedad...)

RECURSOS MATERIALES:

- Sistemas homologados. Conocidos por el personal y ubicados en lugar accesible:
 - ✓ 2 sujeciones EE.SS.
 - ✓ 2 sujeciones EE.II.
 - ✓ 1 sujeción abdomen.
 - ✓ Chaleco con y sin banda perineal.
 - ✓ Opcionales: banda EE.II. y sujeción cruzada de tórax.
 - ✓ Si dispositivos de cierre metálico: imán de apertura.
- Material necesario para un paciente que precisa contención mecánica total.
- Cada Unidad/Servicio debe definir qué y cuántos sistemas precisa.
- Si los sistemas de contención tienen dispositivos magnéticos de cierre, el botón de apertura debe estar en un lugar seguro, visible y accesible para el personal sanitario

Relacionados con contención abdominal:

- ✓ Asfixia traumática.
- ✓ Broncoaspiración.
- ✓ Dificultad respiratoria.
- ✓ Compresión abdominal.
- ✓ Contracturas.
- ✓ Estrangulación y muerte.

Relacionados con contención de extremidades:

- ✓ Cianosis.
- ✓ Compresión nerviosa.
- ✓ Lesiones cutáneas.
- ✓ Hematomas, edemas.
- ✓ Luxaciones y fracturas.

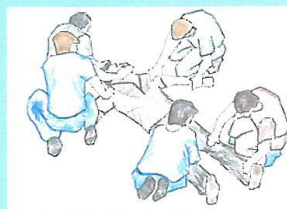


PROCEDIMIENTO

- ✓ La contención física precisa la prescripción médica.
- ✓ La indicación de la contención debe reevaluarse cada 12 horas.
- ✓ Si se prolonga la contención y el paciente presenta riesgo de TVP, debe iniciarse profilaxis anticoagulante.

CONSIDERACIONES PREVIAS:

- Informar al paciente y familiares o allegados.
- Si la familia no está de acuerdo, el facultativo que prescribe la contención debe informar al juez.
- Respetar la intimidad.
- Disponer un entorno seguro.
- Valorar el sistema de contención a utilizar.



APLICACIÓN DE SISTEMAS DE CONTENCIÓN:

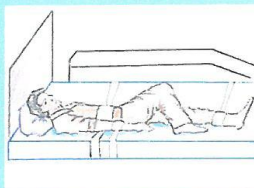
- Posición del paciente: Decúbito supino, excepto:
 - Pacientes intoxicados o con disminución de conciencia: decúbito lateral izquierdo (posición de seguridad).
- ✓ Debe evitarse la posición en decúbito prono.

Secuencia del proceso de inmovilización:

- ✓ Proceso de inmovilización total:
 1. Colocación de faja abdominal.
 2. Sujeción de miembros inferiores.
 3. Sujeción de miembros superiores.
- ✓ Proceso de inmovilización parcial:
 - Sistema de contención en diagonal: brazo izquierdo - pierna derecha o viceversa.
 - En ningún caso se inmovilizará un único miembro.

Posición del paciente una vez contenido:

- ✓ Mantener la cabecera de la cama ligeramente elevada



VALORACIÓN DEL PACIENTE CONTENIDO:

- ✓ Primera valoración: antes de la primera hora
- ✓ Segunda valoración: Plazo máximo a las 6 horas
- ✓ Terceras y sucesivas valoraciones: Plazo máximo, cada 12 horas

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Valorar cada 2 horas:
 - ✓ El estado del paciente y la adecuación de los s. de contención.
- Paciente de máxima dependencia:
 - ✓ Atender a las necesidades básicas.
- Valorar posibles riesgos inherentes a la contención:
 - ✓ Permeabilidad de la vía aérea.
 - ✓ Estado de la piel.
 - ✓ Estado circulatorio.
 - ✓ Nivel de conciencia.
 - ✓ Control de riesgo de embolismo.

Centro de investigación
para la seguridad
clínica de los pacientes



CONTENCIÓN FÍSICA:
ALERTA DE SEGURIDAD EN
ATENCIÓN SANITARIA

REGISTRO DEL PROCESO DE CONTENCIÓN MECÁNICA:

- La contención física debe documentarse en la Historia Clínica:
 - ✓ Hoja de Órdenes Médicas: indicación terapéutica, fecha y hora de inicio y criterios para interrumpir la contención, así como la duración permitida y el tipo de contención.
 - ✓ Hoja de evolución: motivo y comentarios relevantes
 - ✓ Hoja de enfermería de administración de ttos y cuidados: Sistema de contención y pauta de cuidados
 - ✓ Hoja de observaciones de enfermería: repuesta del paciente.

Monitorizar: registro sistemático de pacientes con aplicación de sistemas de contención mecánica.

Plan de Calidad
del Sistema Nacional
de Salud

Anexo 3: El Código Penal Español y El maltrato en la vejez.

Art 147 [Delito de lesiones. Concepto de lesión] 1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico. Con la misma pena será castigado el que, en el plazo de un año, haya realizado cuatro veces la acción descrita en el artículo 617 de este Código.

Art 153 [Violencia física en el ámbito familiar] 1. El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor, será castigado con la pena de prisión de seis meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de un año y un día a tres años, así como, cuando el Juez o Tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento hasta cinco años.

Art 173 [Trato degradante] 1. El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años. Con la misma pena serán castigados los que, en el ámbito de cualquier relación laboral o funcionarial y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso contra la víctima.

Se impondrá también la misma pena al que de forma reiterada lleve a cabo actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, tengan por objeto impedir el legítimo disfrute de la vivienda.

2. El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas

que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

Se impondrán las penas en su mitad superior cuando alguno o algunos de los actos de violencia se perpetren en presencia de menores, o utilizando armas, o tengan lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad o prohibición de la misma naturaleza.

3. Para apreciar la habitualidad a que se refiere el apartado anterior, se atenderá al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas de las comprendidas en este artículo, y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores.

Art 178 [Agresión sexual: tipo básico] El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, utilizando violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cinco años.

Art 180 [Tipos agravados] Las anteriores conductas serán castigadas con las penas de prisión de cinco a diez años para las agresiones del artículo 178, y de doce a quince años para las del artículo 179, cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

1ª Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.

3ª Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o situación, salvo lo dispuesto en el artículo 183.

4ª Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

Art 229 [Abandono de menores e incapaces] 1. El abandono de un menor de edad o un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda, será castigado con la pena de prisión de uno a dos años.

2. Si el abandono fuere realizado por los padres, tutores o guardadores legales, se impondrá la pena de prisión de dieciocho meses a tres años.

3. Se impondrá la pena de prisión de dos a cuatro años cuando por las circunstancias del abandono se haya puesto en concreto peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual del menor de edad o del incapaz, sin perjuicio de castigar el hecho como corresponda si constituyera otro delito más grave.

Art 234 [Supuesto] Título CAPITULO I.-De los hurtos. El que, con ánimo de lucro, tomare las cosas muebles ajenas sin la voluntad de su dueño será castigado, como reo de hurto, con la pena de prisión de seis a dieciocho meses si la cuantía de lo sustraído excede de 400 euros.

Art 619 [No auxiliar a persona desvalida] Serán castigados con la pena de multa de diez a veinte días los que dejaren de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados.