



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

**DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ADULTO MAYOR
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Autor/a: Nazaret Malandía García

Tutor/a: Milagros Villarroya Lacilla

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	4
METODOLOGÍA.....	5
DESARROLLO	7
CONCLUSIONES	12
BIBLIOGRAFÍA.....	13
ANEXO I: ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES	16
ANEXO II: CUESTIONARIO DE LA AMA PARA LA SOSPECHA DE MALTRATO	23
ANEXO III: EL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE MALOS TRATOS Y NEGLIGENCIA DE TOMITA (PIAEAN)	24

RESUMEN

El Maltrato al Adulto Mayor es un problema que se ha comenzado a abordar recientemente. En España se inició su reconocimiento en 1990 en un congreso en Toledo. Debido a los escasos estudios realizados no se conoce la dimensión real del problema, se acepta que se trata de un fenómeno "iceberg" del que al menos cinco de cada seis casos no serán reconocidos. No existe una definición única para describir qué es el Maltrato al Adulto Mayor pero todas siguen una misma línea. Los efectos que tiene para la salud de los que lo padecen son muy negativos. Se han identificado algunas situaciones que incrementan el riesgo de que se produzca. La falta de concienciación y de sensibilización dificulta su detección. Una herramienta fundamental para la detección de este fenómeno es la valoración de enfermería de Atención Primaria que junto con la visita domiciliaria permite la valoración integral del usuario, su familia y/o cuidadores. Mediante la entrevista de enfermería y siguiendo el modelo de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson la enfermera puede detectar signos que indiquen sospecha o existencia de maltrato. La taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association* ofrece una serie de diagnósticos indicativos de maltrato. Existen una serie de cuestionarios elaborados con el fin de detectar casos que resultan muy útiles y que la enfermera pueda utilizar para confirmar su sospecha de maltrato.

INTRODUCCIÓN

En 1988 tuvo lugar la primera conferencia multidisciplinar realizada por la Sociedad Británica de Geriátrica en la cual se describe el Maltrato al Adulto Mayor (MAM) (1). Sin embargo este fenómeno no ha sido reconocido como un problema mundial hasta la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato a las Personas Mayores (OMS, 2002). En España, el reconocimiento de MAM se inició en 1990 en un congreso en Toledo (2). En 1995, en Almería, tuvo lugar la I Conferencia Nacional de Consenso sobre el MAM con el objetivo de dar a conocer el problema y promover una Ley de Protección al Mayor (3).

En la actualidad no existe una definición única para describir qué es el MAM, influyen factores tanto culturales como sociales o legales, lo que da lugar a una gran discrepancia (4).

En la conferencia de Almería se describe como: "cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurre en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o subjetivamente" (5).

Existen diferencias entre las distintas definiciones pero todas ellas coinciden en cuatro puntos relevantes: existe un comportamiento destructor, se realiza contra una persona mayor, existe una relación de confianza y causa un daño injustificado (2).

Los efectos de esta violencia para la salud de los ancianos van desde la muerte hasta otros síntomas compatibles con el estrés post traumático, trastornos del sueño, problemas de memoria, conducta agresiva o aumento de las enfermedades recurrentes que requieren de hospitalización (6).

Se han identificado algunas situaciones que incrementan el riesgo de que se produzca maltrato. Desde el punto de vista del anciano: la fragilidad física que conduce a estados de dependencia y pérdida de autonomía, la condición mental comprometida, la depresión, la demencia o el aislamiento

social. Respecto al agresor: cuidadores agotados (promedio de 5 años cuidando al anciano), historia de violencia familiar previa, problemas psíquicos, toxicomanías, mala relación previa entre el cuidador y el anciano, dependencia financiera de la víctima. Influye también la realidad social: la cantidad de ayuda recibida, la insuficiencia de recursos asignados por la sociedad a las necesidades del bienestar y las políticas insensibles o desfavorables a este colectivo (7, 8, 9).

Los estudios epidemiológicos existentes son muy recientes y presentan datos muy variables, por ello resulta muy complicado conocer el número real de afectados. Se acepta que al menos cinco de cada seis casos no serán reconocidos (fenómeno del iceberg). Los tipos de maltrato más frecuentes son la negligencia, el abandono y el maltrato psicológico (70%) según diversos estudios. Las mujeres son maltratadas en un 80% de los casos. El maltratador suele ser un miembro de la familia que coincide con el papel de cuidador principal (10, 11, 12, 13).

El MAM continúa siendo un fenómeno oculto, se informan y detectan pocos casos (14). La detección por parte del profesional conlleva una serie de dificultades como son: las alteraciones cognitivas de la víctima que le impiden pedir ayuda, la poca o nula formación para reconocer el maltrato, la presencia sutil (deshidratación, escasa higiene...), el aislamiento de las víctimas, la resistencia a denunciar el maltrato si es sólo una sospecha, la persona maltratada no quiere que el abuso sea denunciado, la falta de concienciación y de sensibilización (3, 15). Por todo ello la formación y el asesoramiento de los profesionales orientado a capacitarlos en el manejo del problema es un recurso más que necesario (16).

En la actualidad se carece de instrumentos válidos, suficientemente sensibles y específicos para la detección del MAM. Resultan útiles el Índice de Sospecha de Maltrato en Personas Mayores (EASI) (8) (Anexo I). La American Medical Association (AMA) publicó un cuestionario para la detección de sospecha de MAM (17) (Anexo II). Otros instrumentos utilizados para detectar maltratos son: Spiane de Johnson, Protocolo de Identificación y Evaluación de Malos Tratos y Negligencia de Tomita

(PIAEAN) (Anexo III), Estado de Salud y Actitud frente a la vida (HALF) de Ferguson y Beck, Índice Completo de Malos Tratos de Sengstock y Hwalek o el Inventario de Servicios de Protección del Pennsylvania Department of Aging (OAPSIR) (2).

La valoración de enfermería es fundamental para detectar el maltrato. Esta tarea desde Atención Primaria puede ser facilitada si se dispone de un instrumento adecuado con el que los profesionales puedan evaluar la existencia de sospecha de maltrato (14). Siguiendo la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se puede destacar un listado de diagnósticos de enfermería cuya existencia puede indicar una certeza o riesgo de maltrato al anciano, ya que están íntimamente ligados a las causas posibles y a las manifestaciones del mismo. Aplicando el modelo de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson se pueden reconocer signos propios del maltrato (15).

La enfermera en AP si conoce el problema del MAM puede ser un profesional clave para detectar precozmente este fenómeno. La valoración enfermera, las visitas domiciliarias, y una buena observación del entorno serán sus herramientas básicas que permitan que, en la medida de lo posible deje de ser un problema "iceberg" (11).

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Detectar signos de MAM a través de la valoración de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson en Atención Primaria.

Definir los principales diagnósticos enfermeros relacionados con el MAM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Dar a conocer a la enfermera de Atención Primaria instrumentos de detección de MAM.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de la consulta de diferentes bases de datos como Dialnet, Cuiden, CSIC y Scielo.

El periodo de búsqueda se limitó a los años comprendidos entre 2007 y 2013, salvo en la base de datos CSIC el cual se amplió dos años, del 2005 al 2013, dada la escasez de artículos obtenidos, se seleccionó la opción de "acceso a texto completo".

Las palabras clave introducidas fueron: maltrato, anciano, sufrimiento, prevención, detección, malos tratos, atención primaria, adulto mayor, intervenciones, elder abuse y vejez, en campo libre combinando términos con el uso del operador booleano "y" (tabla 1).

Se consultaron diversas revistas electrónicas de Enfermería: Metas de Enfermería, Revista Médica Electrónica, Gerokomos, Geriatrika y Educare21.

Se utilizó el buscador Google Académico.

La taxonomía enfermera que se utilizó fue la NANDA International. Los diagnósticos de enfermería (DxE) se enunciaron según el formato PES (P: problema de salud correspondiente con etiqueta NANDA, E: etiología que refleja las causas de la presencia del problema, S: sintomatología que aparece como consecuencia del problema) propuesto por Marjorie Gordon.

El proceso de selección de artículos se ha efectuado en dos etapas: la primera de localización de los mismos siguiendo los criterios de inclusión descritos y, la segunda, de lectura de todo lo encontrado seleccionando los artículos que se ceñían al tema a desarrollar.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Dialnet	maltrato anciano	3	1	1
	anciano sufrimiento	1	0	0
	prevención maltrato	20	1	0
	maltrato atención primaria	5	1	0
	detección maltrato	11	1	0
	anciano malos tratos	1	0	0
	maltrato adulto mayor	3	1	0
	detección malos tratos	4	1	0
	maltrato vejez	1	1	1
CSIC	maltrato anciano	6	6	1
	maltrato	60	9	2
Cuiden	maltrato anciano	40	5	3
	malos tratos intervenciones	7	1	1
Scielo	malos tratos	15	1	1
	maltrato al anciano	1	1	1
	elder abuse	1	1	1

Tabla1

DESARROLLO

Todas las formas de maltrato llevan implícita una vulneración de los derechos de las personas mayores. Las enfermeras, debido a su relación directa con la familia cuidadora, deben ser muy sensibles a los casos de maltrato y utilizar los recursos de que disponen para su detección. En Atención Primaria esta posibilidad se ve enriquecida por la visita domiciliaria, ya que permite valorar el entorno y la realidad de los pacientes dentro de su hogar (18).

La actuación a través de equipos multidisciplinares es la mejor manera de coordinar la atención de forma integral del caso de maltrato (4).

Debe realizarse con una perspectiva bioética, la no maleficencia, la justicia, la beneficencia y la autonomía deben reflejarse en cada una de las intervenciones (19).

La enfermera de Atención Primaria para que pueda tener sospechas de MAM debe conocer los distintos tipos de maltrato que abarcan desde la violencia física, psicológica o financiera o simplemente reflejan un acto de negligencia intencional o por omisión. Se definen de la siguiente manera: *Maltrato o abuso físico*: cualquier forma de agresión intencionada al anciano que le produzca daño físico, desfiguración o muerte. *Maltrato o abuso psicológico*: toda conducta que provoque angustia mental en el anciano. *Abuso sexual*: cualquier acto sexual no consentido con una persona mayor. *Abuso económico*: uso ilegal o indebido de los recursos, propiedades o finanzas pertenecientes a una persona mayor para ganancia económica o personal del cuidador. *Negligencia física*: incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar daño. *Negligencia psicológica*: no proporcionar estímulos sociales a un anciano dependiente. *Negligencia económica*: no utilizar los recursos disponibles para mantener o restaurar la salud o bienestar de un anciano. *Abandono*: deserción completa por parte de la persona que ejerce de cuidador o responsable. *Malos tratos institucionales*:

cualquiera de las formas anteriores que se han descrito pero que ocurren en los servicios dirigidos a las personas mayores (infantilización, despersonalización, deshumanización, victimización) (1, 2, 3, 13).

Como ya se ha apuntado, la invisibilidad del problema es una característica del MAM. Una de las maneras que pueden ayudar a su detección es saber identificar los signos propios que envuelven a este fenómeno. La valoración de enfermería es muy útil para detectarlos. Siguiendo el modelo de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson se deben valorar los siguientes aspectos:

1. Necesidad de respirar normalmente: dificultades para respirar y si las medidas para solventarlo se realizan (uso de aerosoles, oxígeno domiciliario,...).
2. Necesidad de comer y beber adecuadamente: déficit nutricional, signos de deshidratación, cambios de peso, dieta inapropiada...
3. Necesidad de eliminación: incontinencia urinaria y/o intestinal y signos de déficit de higiene y cuidado de la zona.
4. Necesidad de moverse y mantener la posición adecuada: dificultades en la movilización y medidas que se adoptan para solucionar los problemas relacionados con ésta, posición incorrecta, no realización de cambios posturales.
5. Necesidad de dormir y descansar: características ambientales de la habitación, ropa e higiene de la cama adecuada, dificultad para conciliar el sueño.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse: aspecto físico descuidado, ropas no adecuadas a las condiciones climatológicas y el estado de salud del anciano.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal: presencia de sistemas para regular la temperatura en el hogar, agua caliente, hipotermia.
8. Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel: aspecto físico descuidado, hábitos de higiene deficitarios, mal estado de las uñas, mal olor corporal, piojos, presencia de lesiones como traumatismos o quemaduras, hematomas, heridas cortantes o punzantes, cicatrices, en el hogar: falta de limpieza, desorden...

9. Necesidad de evitar peligros: frecuentes visitas a los servicios de urgencias, retraso entre las posibles heridas y la demanda de asistencia, caídas y accidentes recientes, presencia de elementos de riesgo en el domicilio, ausencia de elementos de protección, omisión del uso de gafas o audífonos, falta de cumplimiento del régimen terapéutico, sobredosificación, dejarlo solo durante largos periodos de tiempo, confusión, desorientación.

10. Necesidad de comunicarse: déficit sensorial, manifestación de sentimientos negativos hacia el cuidador o la familia, expresiones de temor, signos de abuso sexual, trato infantil, 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.

12. Necesidad de ocuparse de la propia realización: manifestaciones de baja autoestima, depresión, abuso financiero, falta de control sobre sus bienes, cambios de testamentos...

13. Necesidad de participar en actividades recreativas: cambios en las actividades de entretenimiento y manifestaciones de aburrimiento.

14. Necesidad de aprender: presencia de limitaciones mentales o psicológicas para el aprendizaje, falta de estimulación y de información: noticias, acontecimientos.

Los signos que aparecen en las nueve primeras necesidades pueden ser más indicativos de violencia o negligencia física, mientras que las cinco últimas se pueden asociar al maltrato psicológico (4, 15, 20, 21).

Los DxE que tendrían que poner sobre aviso a la enfermera de que esa persona pueda ser víctima de MAM serían:

Aislamiento social relacionado con dificultad de movilidad manifestado por ausencia de apoyo familiar (00053).

Estrés postraumático relacionado con amenaza personal grave manifestada por temor, ansiedad y desesperanza (00141).

Afrontamiento familiar comprometido relacionado con cuidados prolongados manifestado por problemas de relación familiar y expresión de quejas hacia el cuidador principal (00074).

Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento relacionado con deterioro cognitivo manifestado por disminución y/o pérdida de la capacidad para realizar actividades de vestido y arreglo personal (00109).

Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar relacionado con dependencia familiar manifestado por reaparición /exacerbación de síntomas (00080).

Riesgo de lesión relacionado con adaptación de medidas de seguridad ineficaces/insuficientes (00035) (15, 22).

Tras la valoración y los diagnósticos la enfermera tiene información para sospechar el MAM. A partir de esa sospecha y a través de la entrevista de enfermería podrá obtener datos acerca de las características del cuidador, del paciente y del entorno para la determinación de situaciones o factores que constituyan un riesgo. Para ello se apoyará en una serie de herramientas desarrolladas para la detección de sospecha y/o existencia de maltrato (14).

Entre ellas se encuentra el Índice de Sospecha de Maltrato en Personas Mayores (EASI). En 2004, España participó en el proyecto "Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo negligencia: Captación de los servicios de Atención Primaria para el abordaje de un problema mundial" de la OMS. El proyecto perseguía realizar la validación, a nivel internacional, de un instrumento diseñado para la detección de MAM. Fue elaborado por un grupo de investigación canadiense. Se decidió que la mejor opción sería ajustarlo a los factores culturales y lingüísticos de los ocho países participantes. Está compuesto por un número limitado de preguntas breves y directas dirigidas a personas mayores sin deterioro cognitivo que se realizan en el transcurso de cualquier consulta de Atención Primaria (8) (Anexo I).

El cuestionario que propone el AMA consta de nueve preguntas y una sola respuesta afirmativa es indicativa de sospecha (Anexo 2) (2, 17).

El Spiane de Johnson (1981) es un protocolo de selección para determinar sobre todo el maltrato físico y la negligencia, consta de una entrevista estructurada y un test de selección. Se evalúa a la víctima y al cuidador.

El Protocolo de Identificación y Evaluación de Malos Tratos y Negligencia de Tomita (PIAEAN) (1981): guía estructurada en 111 puntos en 19 apartados para evaluar el maltrato. Larga. Presenta seis tipos de malos tratos (físico, psicológico, explotación material, omisión o negligencia, agresión sexual y abuso de medicamentos). El diagnóstico se fundamenta en la entrevista con el paciente, síntomas que presenta y el examen físico. (Anexo 3).

El Estado de Salud y Actitud frente a la vida (HALF) de Ferguson y Beck (1983) trata de evaluar la dinámica familiar en cuatro campos: estado de salud, la actitud frente el envejecimiento, las condiciones de vida y la economía. Consta de 37 ítems, requiere entrevista y observación.

El Índice Completo de Malos Tratos de Sengstock y Hwalek (H-S EAST): originariamente compuesta por 1000 ítems, después se realizó la versión de 15 ítems distribuidos en tres categorías. Evalúa violencia y negligencia física, violencia y negligencia psicológica, explotación material y violación de los derechos de la persona. Una de las limitaciones que presenta es que la víctima ha de tener un buen estado cognitivo.

El Inventario de Servicios de Protección del Pennsylvania Department of Aging (OAPSIR): evalúa los mismos parámetros que la anterior pero es mucho más corta y operativa (2, 15, 23).

La entrevista debe realizarse en un entorno tranquilo, cómodo y seguro, diferente al lugar donde se encuentra el cuidador. La consulta de enfermería del Centro de Salud ofrece estas características. Se ha de crear un clima de confianza y facilitar así la expresión de sentimientos, garantizando la confidencialidad en todo momento utilizando un lenguaje claro y sencillo (2).

Los cuestionarios se recomienda que deben ser fáciles, que no consuman excesivo tiempo en su realización y que se adapten al contexto sociocultural en el que se van a utilizar (14).

CONCLUSIONES

El MAM es un fenómeno oculto y precisa un mayor número de estudios que ayuden a descubrir la magnitud real de este problema en los adultos mayores.

Desde la disciplina enfermera, especialmente los profesionales que realizan atención domiciliaria, se debe prestar atención a cualquier señal que sugiera la existencia de maltrato así como la realización de las acciones oportunas para corregir esta situación y evitar otra posible.

A través de la valoración de enfermería se pueden detectar signos que indiquen la sospecha o existencia de maltrato.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sepúlveda Carrillo GJ, Arias Portela JY, Cuervo Rojas AM, Gutiérrez Gómez ST, Olivos Álvarez SA, Rincón Hernández MA, et al. Caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor denunciados en la comisaria primaria de familia en la localidad de Usaquén en el año 2007. Rev.Col.Enf. 2009; 4(4):39-45.
2. Mayan Santos JM. Maltrato en situaciones de dependencia. En: Difusión Avances de Enfermería. Enfermería en Cuidados Sociosanitarios. Madrid: DAE; 2005. p. 101-51.
3. Arellano P M, Garreta B M, Cervera A AM. Negligencia, Abuso y Maltrato. En: SEGG. Tratado de Geriatria para residentes. Madrid: IM&C; 2006. p 133-40.
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(6): 332-33.
5. García Castillo N, Pérez Fonollá M^aD. Reflexiones socio-sanitarias sobre el maltrato en la tercera edad. Metas de Enfem. 2007 abr; 10(3):65-8.
6. Díaz López R, Llerena Álvarez A. Principales manifestaciones de violencia intrafamiliar en pacientes de la tercera edad, como factor de riesgo para la conservación de la salud. Rev Med Electron. 2010; 32(4).
7. Figueredo Borda N. Percepción de maltrato en centros de larga estancia para personas mayores. Rev Paraninfo Digital 2012; 16.
8. IMSERSO. Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. DOC. 2007;(2013):1-253.

9. Fernández-Alonso M.C, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Aten Primaria. 2006; 37(1):56-9.
10. Marco Segarra E, Triola Alsina V. El maltrato en el anciano, ¿un problema encubierto? Form Med Contin Aten Prim. 2006; 13 (6):267-70.
11. Brun López-Abisab SB, Ruipérez Cantera I, Sánchez del Corral Usaola F, Vicente Muelas N. Guía de buena práctica clínica en Abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño. Madrid: IM&C; 2003.
12. Martinoy i Camós J, Lacaba Sánchez F, Casadevall Barneda J, Francisco-Busquets Palahi F, Pedrerol i Mas M, et al. Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores. Girona: 2007.
13. Nuñez Bello MA. Maltrato, la vejez agredida. Sesenta y más. 2008;(272):48-53.
14. Pérez Rojo G, Izal M, Sancho MT, Grupo de Investigación Trátame Bien. Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010; 45(4):213-18.
15. Bover Bover A, Moreno Sancho ML, Mota Magaña S, Taltavull Aparicio JM. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. Aten Primaria 2003; 32(9):541-51.
16. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. Gac Sanit. 2007 jun; 21(3): 235-41.
17. Fernández-Alonso M.C, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). Aten Primaria. 2006; 37(2):113-15.

18. International Network for the Prevention of Elder Abuse [Internet]. "Strengthening the Rights of Older People: Towards a UN Convention". Disponible en: <http://www.inpea.net>
19. Boixadera i Vendrell M, Anton i Riera J. Una mirada ética hacia el cuidado del anciano con dependencia. *Ágora de enfermería*. 2007; 11(4): 1186-87.
20. Martínez Galdame HG, Zepeda González MI. La visita domiciliaria como una herramienta para la detección de la violencia hacia el adulto mayor. *Enferm. glob.* 2009 oct; (17).
21. Boixadera i Vendrell M, Anton i Riera J. ¿Cómo detectar el maltrato en los ancianos? *Enferm. glob.* 2004 may; (4).
22. Herdman TH, editor. NANDA International diagnósticos enfermeros definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
23. Moya Bernal A, Barbero Gutiérrez J. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Colección Manuales y Guías. Madrid: IMSERSO; 2005.

ANEXO I: ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

Fecha:

Nombre del EVALUADOR

¿La persona mayor rechaza la participación? ☐ Sí ☐ No

●En caso de respuesta afirmativa, explicar el motivo del rechazo:

Nombre y apellido de la PERSONA MAYOR

Edad: _____ años Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Estado Civil:

Con quién convive:

☐ Soltero

☐ Solo

☐ Casado

☐ Con el cónyuge o pareja

☐ Divorciado

☐ Con un compañero de habitación

☐ Viudo

☐ Con hijo(s) ¿Cuántos?: _____ hijos

☐ En Pareja

☐ Con nieto(s) ¿Cuántos? _____ nietos

☐ Otros _____

☐ Con otros familiares:

(determinar)

_____ (determinar)

Nivel educativo:

☐ Analfabetismo

☐ Aprendizaje elemental no formal: leer y escribir

☐ Primarios incompletos (inferior a la Educación Primaria)

☐ Primarios Completos (Educación Primaria)

☐ Secundaria/Bachiller/Formación Profesional incompleta (sólo algunos años)

☐ Secundaria/Bachiller hasta COU o FP Completa

☐ Estudios universitarios

☐ Otro: _____ años de estudios

Enfermedades de la persona mayor (enumerar):

¿Cómo considera que es el estado de salud de la persona mayor?

☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Muy mala

A continuación aplique el cuestionario MEC. Puntuación del MEC

NOTA PARA EL PROFESIONAL:

Con una puntuación del MEC igual o menor de 23 existe deterioro cognitivo. Finaliza la entrevista.

Nombre cuidador _____

Teléfono cuidador: _____

Con una puntuación en el MEC igual o mayor a 24 no existe deterioro cognitivo. Continúe la entrevista.

ANTES DE APLICAR EL ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO EL PROFESIONAL DEBE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Es ésta su primera consulta con este paciente? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sospechado en algún momento que la persona mayor a la que va a evaluar puede estar sufriendo algún tipo de maltrato (físico, psicológico, sexual, económico, negligencia)? ☐ Sí ☐ No

¿Por qué? (Por ejemplo, indicadores observados, informado por otro profesional):

●En caso de respuesta afirmativa indique el tipo de maltrato (Marque todas las opciones que considere necesarias)

☐Físico ☐Psicológico ☐Sexual ☐Económico ☐Negligencia

Instrucciones que se dan a las personas mayores para aplicarle el cuestionario: "A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses. Es decir, vamos a centrarnos solamente en lo que haya sucedido en el último año."

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Se pone un ejemplo a la persona mayor para centrarla en el tiempo en el que estamos interesados que haga referencia con sus respuestas, por ejemplo, si el cuestionario se aplica en enero se le dice, "Si nosotros estamos en enero, me gustaría que sus respuestas se refirieran al período comprendido entre enero del año pasado y enero de este año".

1. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?

☐Sí ☐No ☐No contesta

●En caso de respuesta afirmativa,

¿Quién se la ha proporcionado?

¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?

☐Sí ☐No

¿Qué tipo de problemas tiene con esas personas?

●En caso de respuesta negativa,

¿La ha necesitado? ☐Sí ☐No ☐No contesta

¿Por qué no la ha recibido? _____

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?

2. En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?

☐Sí ☐No ☐No contesta

●En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?

☐Una ocasión ☐Algunas veces ☐Bastantes veces ☐Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

3. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?

☐Sí ☐No ☐No contesta

●En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?

☐Una ocasión ☐Algunas veces ☐Bastantes veces ☐Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

4. En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

☐Sí ☐No ☐No contesta

•En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?

☐Una ocasión ☐Algunas veces ☐Bastantes veces ☐Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

5. En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?

☐Sí ☐No ☐No contesta

•En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?

☐Una ocasión ☐Algunas veces ☐Bastantes veces ☐Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Una vez contestadas las preguntas, se vuelve al inicio de las preguntas sobre sospecha de maltrato (1-5) y si la persona mayor ha contestado afirmativamente a alguna de ellas tendrá que preguntarle, ¿quién es la persona responsable de cada una de estas situaciones?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Al terminar hay que comentar a la persona mayor que es posible que la llamen por teléfono para citarla otro día para saber cómo se encuentra, si ha cambiado algo en su situación actual, etc. Si la persona mayor es cuidada por otra persona se pregunta a ese cuidador (familiar o no) que estamos realizando un estudio y que nos gustaría saber cómo se siente y afronta la situación de cuidado, por lo que es probable que le llame para entrevistarle.

Teléfono de la persona mayor: _____

Teléfono del cuidador _____

LA SIGUIENTE PREGUNTA ES EXCLUSIVAMENTE PARA EL PROFESIONAL. No hacer la siguiente pregunta a la persona mayor.

6a. El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?

☐Sí ☐No ☐No está seguro

¿Cree que éste es un caso de sospecha de maltrato?

☐Sí ☐No ☐No está seguro

●En caso de respuesta afirmativa indique por qué: indicadores actuales, historia previa, etc.

●En caso de respuesta afirmativa, ¿qué tipo de sospecha de maltrato cree que se está produciendo? Marque todas las opciones que considere necesarias

☐Físico ☐Psicológico ☐Sexual ☐Económico ☐Negligencia

6b. Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?

☐Sí ☐No

●En caso de respuesta afirmativa, ¿quién?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: "Por favor anote cualquier observación o información que considere importante tras la aplicación del protocolo a la persona mayor":

ANEXO II: CUESTIONARIO DE LA AMA PARA LA SOSPECHA DE MALTRATO

1. ¿Alguien en casa le ha hecho daño alguna vez?
2. ¿Alguien le ha tocado alguna vez sin su consentimiento?
3. ¿Alguien le ha obligado alguna vez a hacer cosas que no quería?
4. ¿Alguien ha cogido cosas tuyas si preguntarle?
5. ¿Alguien le ha amenazado alguna vez?
6. ¿Ha firmado alguna vez documentos que no entendía?
7. ¿Tiene miedo de alguien en casa?
8. ¿Estás solo muchas veces/mucho tiempo?
9. ¿Alguien no le ha ayudado a cuidarse cuando lo necesitaba?

ANEXO III: EL PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE MALOS TRATOS Y NEGLIGENCIA DE TOMITA (PIAEAN)

En primer lugar, se elabora el historial médico de la persona mayor, para ello, es recomendable que el profesional:

1. Examine al paciente sólo, sin la presencia del cuidador.
2. Explique al cuidador que a él se le entrevistará, de forma individual, después de que la persona mayor sea entrevistada, y que este procedimiento forma parte de un examen rutinario.
3. No se precipitarse durante la entrevista, hay que proporcionar apoyo tanto a la persona mayor como al cuidador.
4. No juzgue o permita que los sentimientos personales interfieran en el cuidado que usted proporcione a la persona mayor. No diagnosticar prematuramente a la persona mayor como persona que experimenta maltrato y/o negligencia.
5. Ponga especial atención a los traumatismos, quemaduras, nutrición medicación y cambios recientes en el estado de la persona mayor.
6. Contacte con otros profesionales (fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería) para obtener información adicional.

Además, existen ciertos signos o indicadores que pueden ser sospechosos de maltrato/negligencia:

1. Que la persona mayor llegue a urgencias acompañado por alguien que no es el cuidador.
2. Intervalo prolongado desde el inicio del trauma/enfermedad hasta que solicita cuidado médico.
3. Historia sospechosa: descripción sobre si las lesiones ocurridas son extrañas en función de los resultados físicos; que el paciente tenga heridas que no se han mencionado en la historia; tener una historia

previa de episodios similares; dar demasiadas explicaciones o que éstas sean inconsistentes.

4. Signos que indican que las medicaciones no están siendo tomadas tal y como se prescribieron.

También se sugiere evaluar el estado funcional de la persona mayor

1. Evalué la presencia de deterioro cognitivo.
2. Evalué las actividades de la vida diaria (AVDs) básicas (comer, aseo, caminar) e instrumentales (comprar, utilizar el dinero).
3. Pida a la persona mayor que describa un día típico en su vida.
4. Pregunte a la persona mayor por las expectativas que tiene para sí mismo y las que tiene sobre el cuidador.
5. Evalué la presencia de crisis recientes en la familia.
6. Pregúntele si el cuidador presenta abuso de alcohol o drogas, o padece alguna enfermedad mental.
7. Pregunte a la persona mayor si:
 - a) Le han empujado, zarandeado o golpeado (registrar en qué parte del cuerpo se ha producido).
 - b) Le han dejado sólo, atado a una silla o una cama o ha sido encerrado en una habitación (registrar la duración).
 - c) Le hayan cogido dinero o alguna propiedad (especificar).
 - d) Le han negado comida, medicación o cuidado médico, ha sido sedado con medicamentos o alcohol.
 - e) Ha sido amenazado o tiene miedo del cuidador.
8. Evalué cómo responde/actúa la persona mayor ante las situaciones descritas anteriormente.
9. Pregunte a la persona mayor cómo afronta el estrés y los incidentes molestos.
10. Evalué el grado de dependencia económica, de apoyo físico y/o emocional de la persona mayor sobre el cuidador.

Posteriormente se realiza un examen físico de la persona mayor

1. Si el daño es debido a un accidente, documente las circunstancias (por ejemplo, el paciente fue empujado, tiene problemas de equilibrio, estaba adormilado por la medicación y se cayó).
2. Examine de cerca los efectos del nivel de medicación por debajo de lo aconsejado, la sobremedicación, la nutrición, higiene y cuidado personal para evidenciar maltrato/negligencia (por ejemplo, deshidratación o malnutrición sin estar relacionado con enfermedad).
3. Evalúe la presencia de quemaduras (localización inusual o tipo), lesiones físicas en la cabeza, el cuero cabelludo o la cara, moratones y hematomas (localización, forma, tamaño, antigüedad), fracturas, caídas o evidencia de restricciones físicas. También se aconseja que evalúe su forma de caminar y si se han producido cambios en el examen del estado mental y neurológico, con respecto a un nivel previo.
4. Observe y documente si no ha habido nuevas lesiones durante la hospitalización de la persona mayor, si el cuidador familiar no le visita o no se muestra preocupado o interesado por su estado, si el paciente exhibe un comportamiento anormal/sospechoso (extremadamente agitado, demasiado quieto y pasivo, que exprese temor hacia el cuidador), si se intuye que algo va mal entre el cuidador y la persona mayor.
5. Los procedimientos diagnósticos como los indicados por la historia o el examen podrían incluir, un examen radiológico (para fracturas o evidencia de restricción física), metabólico (para observar anomalías nutricionales), toxicológico (para comprobar si el nivel de medicación es superior o inferior a lo pronosticado) y hematológico (para comprobar defectos en la coagulación cuando se documenta sangrado o moratones anormales), además se recomienda la realización de un TAC para comprobar si se han producido cambios importantes en el estado neurológico o traumatismos cerebrales que pueden dar como resultado hematomas subdurales.

Con respecto a la entrevista con el cuidador, se recomienda a los profesionales que:

1. Entrevisten al cuidador exclusivamente para obtener información sobre:
 - Su edad y fuente de ingresos.
 - Responsabilidades dentro y fuera del hogar (trabajo, familia) y contactos fuera del hogar.
 - Su conocimiento sobre las cuestiones médicas de la persona mayor y su cuidado necesario.
 - Expectativas que tiene hacia la persona mayor (realistas vs. no realistas, por ejemplo, podría carecer de conocimientos sobre el proceso "normal" de envejecimiento).
 - Las expectativas sobre su propio rol como cuidador.
 - Que describa como es un día típico en su vida.
 - Si experimenta dificultades en el cuidado de la persona mayor.
 - Su capacidad física y mental para afrontar el estrés de tener que cuidar de la persona mayor.
 - Los sistemas de apoyo que están a su disposición para ayudarle en el cuidado de la persona mayor.
2. Signos de situaciones de alto riesgo, como que el cuidador tenga un trastorno mental, abuse de alcohol o drogas, esté aislado socialmente, tenga una autoestima baja (mala imagen de sí mismo), sea joven, inmaduro y presente conductas que indiquen que sus propias necesidades no han sido cubiertas. Por ejemplo, que se haya visto forzado, por las circunstancias, a cuidar de la persona mayor (por ejemplo, debido a problemas económicos), haya tenido malos modelos (podría haber sido maltratado por sus padres de niño), que él o la persona mayor tengan problemas de salud, que el cuidador muestre un comportamiento anormal (por ejemplo, abiertamente hostil o frustrado, reservado, muestra poca preocupación, demuestra que posee poco autocontrol, culpa al paciente, exhibe defensa y negación excesiva, falta de contacto físico, facial u ocular con el paciente, se muestra especialmente preocupado por corregir el mal comportamiento del paciente, visita al paciente oliéndole el aliento a alcohol). El cuidador responde ante estas dificultades con un comportamiento inapropiado.

3. Determinar de forma indirecta o preguntar al cuidador si, empuja, zarandea o golpea a la persona mayor, si la deja sola, la ata a la cama o a una silla, o la encierra en una habitación; le niega comida o medicación; la sobremedica, le coge dinero; amenaza a la persona mayor con cualquiera de estas cosas anteriores o le niega el apoyo o cuidado necesarios.

Diagnósticos posibles:

- a) No hay evidencia de maltrato/negligencia a mayores.
- b) Sospecha de negligencia.
- c) Sospecha de maltrato activo.
- d) Maltrato/negligencia seguro.

Factores contribuyentes:

- a) Edad, enfermedad o fragilidad/debilidad del cuidador.
- b) El cuidador carece del conocimiento sobre la condición y capacidades del paciente.
- c) El cuidador carece de conocimiento sobre el cuidado necesario del paciente.
- d) Alcoholismo, abuso de drogas y/o enfermedad mental del cuidador.
- e) Falta de apoyo para el cuidador.
- f) Patrón generacional de maltrato.

El plan de cuidado ante estos casos consiste en:

1. Un plan diagnóstico, proporcionando a la persona mayor el cuidado apropiado a los problemas que presente, considerando su ingreso en el hospital para llevar a cabo intervenciones a corto plazo, para proporcionarle una mayor evaluación, educación y tratamiento.
2. Un plan educacional, que implica enseñar a la persona mayor a cuidar de sí misma o enseñarle al cuidador como debe cuidarla, informar al cuidador del proceso normal de envejecimiento.

3. Un plan terapéutico, a través de counseling familiar para clarificar las expectativas de rol y reducir conflictos, ayudar a la persona mayor a buscar alternativas acerca de con quién vivir (casas de acogida para adultos, residencia o asilo, otros amigos o familiares, vivienda compartida, casa de huéspedes), intervención legal (procedimientos de tutela).
4. Recursos adicionales requeridos, como por ejemplo trabajar con otras instituciones para proporcionar servicios de apoyo (enfermeras que hagan visitas a domicilio, servicio de comida a domicilio, centros de día, servicio de ayuda a domicilio).