

# DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

Trabajo de Fin de Grado Enfermería



Laura Galeano Moreno  
Tutora del TFG: Azucena Pedraz Marcos

# ÍNDICE.

|                                                    |       |
|----------------------------------------------------|-------|
| ▪ Resumen.....                                     | 3     |
| ▪ Introducción.....                                | 4-18  |
| ○ Conceptualización y contextualización.....       | 4     |
| ○ Estado actual del tema.....                      | 7     |
| ○ Justificación.....                               | 16    |
| ○ Objetivos.....                                   | 18    |
| ▪ Metodología.....                                 | 19-28 |
| ○ Diseño.....                                      | 19    |
| ○ Población.....                                   | 19    |
| ○ Muestra.....                                     | 21    |
| ○ Variables de Estudio.....                        | 23    |
| ○ Método de recogida de datos.....                 | 23    |
| ○ Consideraciones éticas y de calidad.....         | 27    |
| ▪ Conclusiones e implicaciones en la práctica..... | 30-31 |
| ▪ Agradecimientos.....                             | 32    |
| ▪ Bibliografía.....                                | 33-35 |
| ▪ Anexos.....                                      | 36-40 |

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

**Resumen**

El maltrato al anciano ha sido oculto durante muchos años, hoy en día se conoce que entre un 5 y un 7% de los ancianos dependientes es maltratado. Esta realidad no deja de ser un iceberg del que aún se desconocen muchos casos. La vejez se acompaña de enfermedades crónicas (en la mayor parte de los casos, incapacitantes) por las cuales los ancianos deben acudir a consulta de enfermería de Atención Primaria asiduamente. Por esta razón, es necesario que los profesionales de enfermería, quienes tenemos la oportunidad de valorar la situación del anciano personalmente, contemos con las herramientas, capacidades y habilidades necesarias para detectar este tipo de situaciones. El objetivo de este estudio es conocer los métodos existentes mediante los cuales los enfermeros y enfermeras de atención primaria de la Comunidad de Madrid detectan el maltrato al anciano no institucionalizado.

**Palabras clave**

Maltrato al anciano, enfermería, atención primaria.

**Abstract**

Elder abuse has been hidden for many years, today it is known that between 5 and 7% of the dependent elderly is abused. This reality no longer an iceberg still many cases are unknown. Old age is accompanied by chronic diseases (in most cases, incapacitating), and because of that the elders must go assiduously to nursing consultation in Primary Health Care. For this reason, it is necessary that nurses, who have the opportunity to assess the situation of the elderly personally count with the tools, skills and abilities necessary to detect such situations. The aim of this study is to determine the existing methods by which primary care nurses in Madrid detect elder abuse not institutionalized.

**Keywords**

Elder abuse, nursing, primary health care.

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. **Conceptualización y contextualización.**

Los avances de la medicina y la sociedad han dado lugar a un incremento en el número de ancianos y una mayor esperanza de vida que permite disfrutar, a medida que el tiempo transcurre, de un periodo de vejez sin enfermedad más largo.

Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2014, un 18,2% de la población española eran ancianos; entendiendo por colectivo anciano a todas aquellas personas mayores de 60 o 65 años, independientemente de su salud o historia individual (1). La perspectiva actual de la demografía de nuestro país nos permite prever que, en 2029, el porcentaje aproximado de población mayor aumentará hasta un 24,9%. (2)

Sin embargo, esta definición no se ajusta a las necesidades descriptivas del colectivo en el que nos vamos a centrar. El estudio se centra en aquella población anciana que tiene una puntuación menor o igual que 90 puntos en la escala de Barthel (3), que corresponde a una población mayor con un nivel de dependencia moderada según Shah et al (4) (ANEXO 1). Dicha escala se desarrolló con el fin de evaluar la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD). Refiriéndonos con ello a actividades tales como el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas, descritas en la Ley 39/2006 de la Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia (5).

Siendo una representación social tan alta de la población es necesario tener muy en cuenta a los ancianos. No obstante, el envejecimiento lleva consigo una serie de estigmas sociales que hace que estas personas, en ciertas ocasiones, caigan en el olvido. Sienten que cuando dejas de formar parte activa en un país, en cuanto al trabajo se refiere, ya no mereces la atención que reciben el resto de ciudadanos que sí desempeñan un papel activo ya sea estudiando (niños y adolescentes) o trabajando (adultos). A su vez, no hay que olvidar que, a pesar de los avances en la ciencia médica, el envejecimiento se ve acompañado de múltiples enfermedades crónicas e incapacitantes en algunos casos.

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

Los individuos han de prever su situación de bienestar futuro, una vez retirados del mercado de trabajo, y de su bienestar físico y social, al igual que se prevé su estabilidad económica. Y ante una creciente longevidad y un previsible aumento del deterioro funcional físico, los ancianos han de afrontar situaciones de previsible dependencia, es decir, situaciones en que no podrán valerse por sí mismos y precisarán ayuda para realizar actividades de la vida diaria. La dependencia y los cuidados no están restringidos exclusivamente a las personas mayores, pero se incrementan notablemente con la edad, especialmente a partir de los 80 años, en que una de cada dos personas tiene discapacidad y necesita ayuda en diverso grado. (6,7)

Debido a esto, los ancianos pasan de ser cuidadores a ser cuidados, normalmente por sus familiares, y en la mayor parte de los casos, sus hijas o mujeres. Las personas que adquieren el rol de cuidador de los ancianos, a menudo viven situaciones de estrés que les impide llevar a cabo un buen cuidado, o hacerlo de la mejor manera posible. Este estrés, junto con un desgaste progresivo de las capacidades individuales del anciano, en ocasiones, desencadena una situación hostil, llegando incluso al maltrato. (8)

Muchos autores, a lo largo de los años, han buscado una definición correcta y completa de aquello a lo que podemos denominar “Maltrato al Anciano”. En la Declaración de Toronto, en 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el maltrato al anciano como “*Un acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión*” (9). Sin embargo, unos años antes, en 1997, Álvarez se refería al maltrato al anciano como “*toda acción voluntaria, accidental y fortuita que conduzca a una ofensa o descuido físico, psicológico, emocional, social o económico, infringido a una persona mayor de 60 años por los hijos, sobrinos, hermanos, familiares, terceros, la sociedad o por el medio en el cual se desenvuelve*” (10). Álvarez, al abarcar también a la sociedad, completa la definición de maltrato de la OMS, puesto que, en ciertas ocasiones, existen normas implícitas en la propia sociedad que hacen que los adultos mayores se sientan maltratados (tales como barreras arquitectónicas o pocas infraestructuras destinadas a los ancianos en ciertas ciudades.)

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

No obstante, la sociedad no queda definida como tal entre los diferentes tipos de maltrato existente.

Algunos autores dividen las formas de maltrato en cuatro tipos: maltrato físico, psicológico, sexual y económico (11,12):

- Físico: Incluye acciones que produzcan un daño o pongan en riesgo la integridad física del anciano, así como privar de libertad de movilidad a la persona.
- Psicológico: Amenazas, menosprecio, humillación e ignorancia.
- Sexual: Contacto sexual sin consentimiento del anciano.
- Económico: Libre disposición del dinero del anciano sin su consentimiento.

El estudio realizado por David Burnes (11) añade también la negligencia como un tipo de maltrato, refiriéndose a ella como la omisión del cuidado que necesita el anciano en una situación de confianza, sumándose así a la teoría de otros autores (13) quienes añaden, además, otros dos tipos de maltrato:

- Auto-negligencia: La propia persona pone en riesgo su salud mediante acciones inadecuadas.
- Restricciones: Uso injustificado de las contenciones mecánicas.

En cuanto al maltrato invisible, otro tipo de clasificación (13,14), aquel que pasa desapercibido o se oculta entre compañeros, mayoritariamente en instituciones, se divide en:

- Infantilización: tratar al paciente como si fuese un niño incapaz de ejercer su autocuidado.
- Despersonalización: no realizar un cuidado específico, empleando planes de cuidado estándares.
- Deshumanización: ignorar al paciente y privarle de su intimidad.
- Victimización: amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales.

Además de los distintos tipos de maltrato, existe otra clasificación (13,15) según el ámbito en el que se desarrolle:

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

- Institucional: Cuando se produce por profesionales sanitarios que no tienen las capacidades necesarias o no las quieren emplear, poniendo en riesgo la salud del paciente, en este caso, un anciano.
- No institucional: Producido en el ámbito familiar, por cuidadores informales, pueden ser los familiares o personas no cualificadas.

En cuanto a este tipo de maltrato, el desarrollado en el ámbito familiar, cabe destacar que en la mayor parte de los casos, los responsables son los hijos del anciano/a (56%)(13).

Por otra parte, existe otro tipo de maltrato al anciano que no se desarrolla en el ámbito familiar, y es mucho más invisible. El maltrato institucional, el cual puede presentarse tanto en servicios de asistencia continua como en residencias de larga estada, y también se podría considerar este tipo de maltrato si lo ejerciese el profesional que realizase la visita domiciliaria. La prevalencia en estos tres ámbitos es de un 29%. (14) Este tipo de abuso a los mayores está más estudiado que el desarrollado en el ámbito familiar, sin embargo, la bibliografía sigue siendo escasa.

Al resultar tan difícil captar estas situaciones, es necesario aprovechar las consultas de enfermería de Atención Primaria, tan concurridas por los ancianos (debido a las múltiples enfermedades crónicas que acompañan a la vejez), para valorar la posibilidad de existencia de maltrato. Otra ocasión que debe de emplearse correctamente es la visita domiciliaria, valorando la relación existente entre el paciente y sus cuidadores informales. (12)

### 1.2. Estado actual del tema.

El problema del maltrato al anciano está presente en todos los países independientemente de su cultura y su nivel de desarrollo, por esta razón es una cuestión global que se debe abordar. Específicamente, el maltrato de los ancianos producido en el ámbito familiar se conoce desde la antigüedad. Sin embargo, los primeros estudios se realizaron a partir de la década de los 80.

Entre ellos, podemos encontrar el artículo de Cheryl Mildenberger y C. Wessman (16), en el cual se hace referencia a lo asombroso que resulta que los estudios de violencia en las mujeres daten de 20 años atrás, y que la violencia infantil se investigase 10 años antes

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

que el maltrato al anciano. Siendo, en los tres casos, así como cualquier otro tipo de violencia, un tema de salud pública con afectación a nivel global. Los tipos de maltrato más comunes a finales del siglo XX eran el maltrato psicológico y la negligencia, tal y como lo siguen reconociendo las investigaciones más actuales(14). Y no es en lo único que coinciden. Llama la atención el hecho de que el maltrato al anciano, en la mayor parte de los casos, sea un problema invisible. Las personas mayores evitan reconocer el daño recibido por miedo a daños mayores. Esto hace del maltrato al anciano un tipo de violencia cuya incidencia no es real, ya que muchos casos no son denunciados.

Otros estudios, sin embargo, hablan sobre un término inglés que se empleaba de manera coloquial para referirnos al maltrato al anciano (“*granny battering*”). Este término fue utilizado por primera vez en Inglaterra en 1975, su significado podría ser “abuso a las abuelas” (17,18). En este estudio (19) se habló tanto del maltrato por parte de elementos institucionales (como pueden ser personal de enfermería, trabajadores sociales, etc.) como por parte de la familia. Este maltrato, según Baker, podría ser físico o psicológico, aunque indirectamente también comenzó a referir un tipo de maltrato que podría relacionarse con la negligencia.

A partir de entonces, el maltrato al anciano comenzó a hacerse notar de manera global, haciendo consciente a la sociedad de un problema existente que, en muchas ocasiones, pasaba desapercibido puesto que este fenómeno en personas mayores no ha recibido tanta atención como otros tipos de violencia familiar (infantil, género) y se ha mencionado como una forma oculta de violencia.(1)

En 1999, bajo el lema “Hacia una sociedad para todas las edades” como objetivo a cumplir, se celebró el año internacional de las personas mayores. (20) Poniendo de manifiesto las necesidades de las personas mayores, así como su atención integral, se crearon más temas de investigación centrados en la población anciana. Es por esto que he centrado mi investigación en una franja de 16 años (1999-2015), puesto que, anteriormente, la bibliografía es escasa, además de poco accesible.

En esta franja de fechas (desde 1990 a 1999), la sociedad comenzó a valorar la necesidad de crear una regulación para estos sucesos traumáticos.(21-23) De esta manera, en 1991 en Asturias, España, se dispone la Ley 7/1991, de 5 de abril, de asistencia y protección al



## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

anciano (21), según la cual se garantizan los derechos de las personas mayores, referidos tanto a vivienda, ocio, economía, protección, atención sanitaria e infraestructuras dedicadas a la vejez.

En 1999, en Puerto Rico (22) se crea la Ley integral para la persona adulta mayor la cual garantiza, de igual manera, la seguridad en los distintos ámbitos en los que se puede desenvolver una persona mayor. Atendiendo a la vivienda, su seguridad (tanto física y psicológica como económica), y a su participación activa en la sociedad.

Sin embargo, a pesar de las diferentes leyes que garantizan la seguridad y la promoción de la salud del anciano, solo he podido encontrar una que penalice y sancione el maltrato producido a un anciano por parte de su cuidador. En 2010, la legislación chilena crea la Ley de violencia intrafamiliar (24) cuyo objetivo es prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma.

Y es que, a lo largo de los años, se han descrito varias teorías que darían explicación al abuso de los ancianos en Europa: (18)

- I. Enfoque contextual: por ejemplo, el abuso al anciano sería el de un cuidador que no puede afrontar las exigencias impuestas por la asistencia. (Clima hostil).
- II. Enfoque de intercambio: las relaciones que existen entre una persona dependiente y su cuidador, en este caso, autor del abuso, dependen de una serie de normas implícitas desarrolladas en el ámbito familiar.
- III. Enfoque de aprendizaje social: defiende que el abuso ejercido es un comportamiento aprendido por el maltratador en su entorno.
- IV. Enfoque político y económico: el abuso se ve condicionado por los nuevos retos que se les presentan a los ancianos cuando pasan a ser dependientes.
- V. Enfoque psicopatología del cuidador: problemas mentales del maltratador.
- VI. Modelo de interacción simbólica: interacción y diferencia de opiniones en el reparto de funciones entre el anciano y su cuidador.
- VII. Modelo feminista: asegura que se debe a la desigualdad de poder existente en ciertas relaciones de confianza.

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

VIII. Modelo ecológico de la OMS: proceso complejo en el que influye el individuo, las relaciones, la sociedad y los factores sociales que rodean a la situación del paciente maltratado.

Además de esto, SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), en la Guía de Prevención del Maltrato a Personas Mayores (25), publica las teorías consensuadas en Chile que pretenden explicar por qué se produce maltrato a adultos mayores:

- A. Teoría del estrés del cuidador: Sobrecarga del rol del cuidador por falta de apoyo y redes sociales añadiendo, en algunos casos, dificultades económicas, desempleo, soledad, etc.
- B. Teoría de la dependencia de la persona mayor: lo cual incrementa la carga del cuidador.
- C. Teoría del aislamiento social.
- D. Teoría del aprendizaje social: semejante a la empleada en Europa (enfoque de aprendizaje social).
- E. Teoría de la personalidad del cuidador y abuso de sustancias: coincide también con el enfoque psicopatológico del cuidador empleado en Europa.

A pesar de las múltiples teorías y leyes reguladoras del maltrato al anciano, según datos publicados por el National Center of Elder Abuse, la INPEA y la OMS, un porcentaje de 5-6% de ancianos vive situaciones de violencia doméstica, y un 10% violencia institucional, del que se conoce solo un 5% de los casos. (26) Aunque existen publicaciones más recientes, todas ellas se basan en sospecha de maltrato y no son porcentajes confirmados.

La enfermería juega un papel importante en la detección del maltrato intrafamiliar. En este caso, es la herramienta más útil para detectar el maltrato al anciano.

La vejez, acompañada de múltiples enfermedades crónicas, tal y como he referido antes, obliga a los adultos mayores a acudir a la consulta de enfermería más de una vez al mes. Esto permite un seguimiento progresivo de la situación. Mediante entrevistas, exploraciones, test y valoraciones de enfermería podremos detectar la posibilidad de una situación de maltrato en el domicilio.(14)

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

Entre los test empleados para valorar el posible maltrato al anciano, podemos destacar los siguientes (27):

- Índice de Barthel: Valoración de las capacidades para realizar las ABVD.
- Cuestionario Barber: Detección del riesgo psicosocial que hace al paciente más vulnerable ante problemas de salud.
- Cuestionario Zarit: Empleado para la detección de sobrecarga del cuidador principal.
- Test de Pfeiffer: Detección del trastorno cognitivo.

Para valorar al paciente podemos emplear estos test. Su interpretación, junto con la valoración enfermera por patrones de salud y la exploración física dará lugar a una serie de diagnósticos de enfermería. Dentro de todos los que pueden aparecer, deben de llamarnos la atención por su asociación con el maltrato al anciano los siguientes (28-30):

- ✓ (00063) Procesos familiares disfuncionales r/c estrategias de afrontamiento ineficaces.
  - NOC: 2604 Normalización de la familia.
    - NIC 7140 Apoyo a la Familia.
    - NIC 7110 Fomentar la implicación Familiar.
    - NIC 7120 Movilización familiar.
- ✓ (00055) Desempeño ineficaz del rol.
  - NOC: 2508 Bienestar del cuidador principal.
    - NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.
    - NIC 5270 Apoyo emocional.
- ✓ (00223) Relación Ineficaz.
  - NOC: 2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente.
    - NIC: 5020 Mediación de Conflictos.
    - NIC: 7150 Terapia Familiar.
- ✓ (00138) Riesgo de Violencia dirigida a otros.
  - NOC: 2805 Control del riesgo social: violencia.
    - NIC: 6404 Apoyo en la protección contra abusos: ancianos.
    - NIC: 4640 Ayuda para el control del enfado.

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

Otra herramienta muy ventajosa en este aspecto es la visita domiciliaria.(12) En ella se puede valorar como se desarrolla el enfermo (quien, en este caso, sería susceptible de sufrir un maltrato por parte de su cuidador) en su ámbito familiar o íntimo. Podríamos valorar tanto aspectos físicos, como psicológicos. La relación entre el paciente y su cuidador. La capacidad del cuidador para llevar a cabo los cuidados necesarios y oportunos, la sobrecarga que adquiere el cuidador, especialmente en casos de dependencia por enfermedades degenerativas, lo cual aumenta la carga de trabajo del cuidador, disminuye la ayuda por parte del paciente y esto crea una situación de estrés hostil que puede desembocar en maltrato.

Para la detección precoz del maltrato, más específicamente el no institucionalizado, los profesionales de enfermería deberían seguir los siguientes pasos, que señalan Marshall et al. (31):

- **Entrevista con el anciano:** Realizar dos entrevistas, una a solas y otra con el cuidador presente. Hablar con lenguaje claro y sencillo, haciéndole preguntas sencillas para facilitar que cuente su problema. Garantizarle la confidencialidad, mantener una entrevista semiabierta.

Durante la entrevista con el anciano se analizarán los posibles factores de riesgo presentes:

### Factores de Riesgo Maltrato al Anciano

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Asociados a la víctima</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro funcional (necesidad de terceros para hacer las actividades de la vida diaria).</li> <li>• Dependencia psíquica. Reducción de la capacidad intelectual.</li> <li>• Alteraciones de la conducta.</li> <li>• Aislamiento social.</li> <li>• Historia previa de violencia familiar.</li> <li>• Mujeres mayores de 75 años.</li> </ul> |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Estructurales</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza o falta de recursos.</li> <li>• Discriminación por la edad.</li> <li>• Imágenes estereotipadas de la vejez como una carga.</li> <li>• Deficientes relaciones intergeneracionales.</li> <li>• Potenciación de viejos conflictos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Asociados al cuidador/a</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Múltiples responsabilidades. Cansancio.</li> <li>• Aislamiento social o familiar del cuidador/a.</li> <li>• Problemas económicos, dificultades laborales o dependencia económica de la víctima.</li> <li>• Estrés o crisis vital.</li> <li>• Abuso de drogas.</li> <li>• Trastornos mentales y problemas de autoestima.</li> <li>• Cuidador/a único/a, inmaduro/a, aislado/a.</li> <li>• Experiencia familiar de malos tratos.</li> <li>• Más de 8-9 años cuidando a la persona mayor.</li> <li>• Falta de preparación o habilidades para cuidar, dificultades de comprensión de la enfermedad.</li> <li>• Relación afectiva previa.</li> <li>• Cuidar a otras personas.</li> <li>• Situación personal de salud.</li> </ul> |
| <b>Institucionales</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal poco preparado o formado.</li> <li>• Salarios bajos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

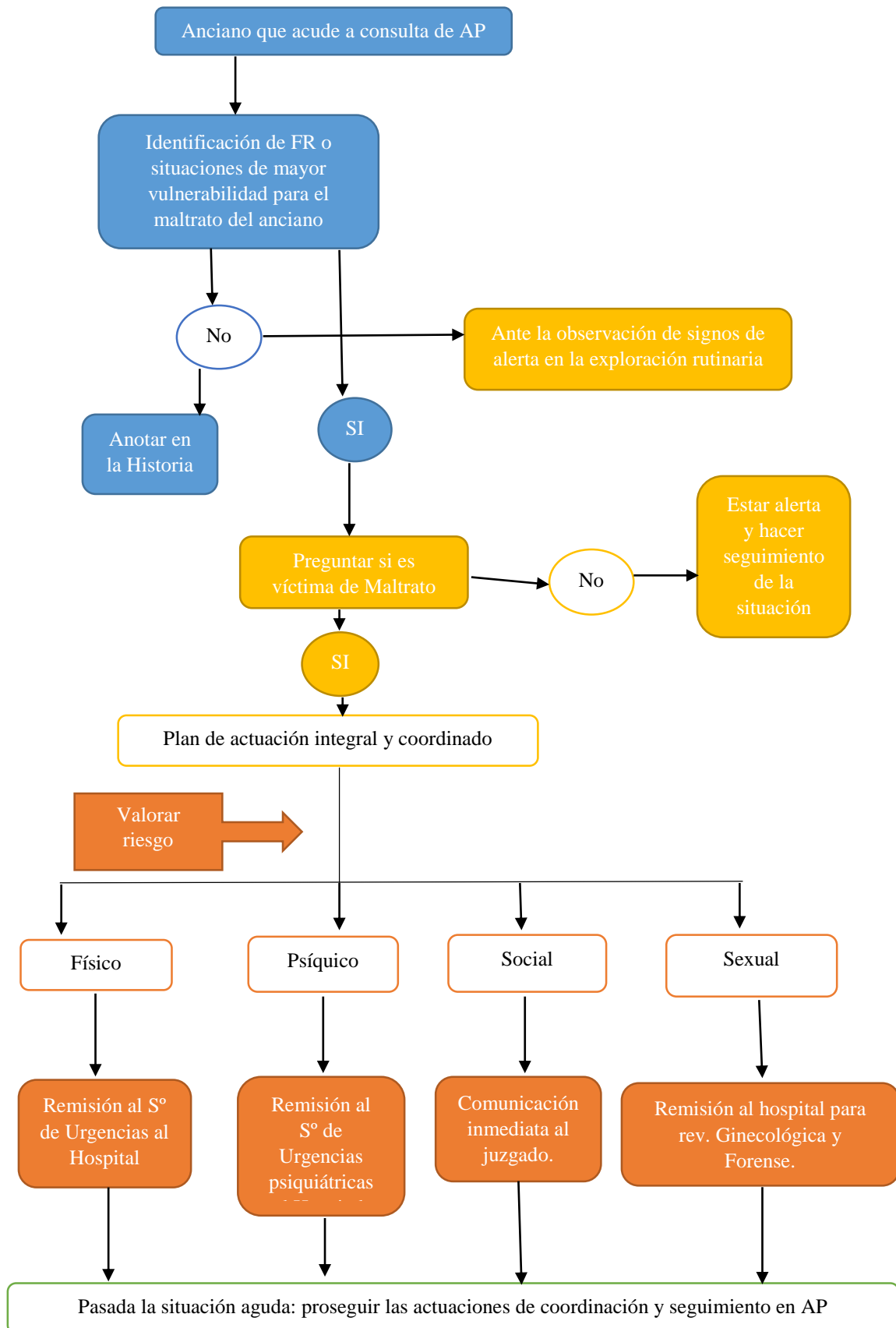
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga de trabajo.</li> <li>• Estructura física de la institución no adaptada a la gente mayor.</li> <li>• Falta de recursos.</li> <li>• Normas de funcionamiento inadecuadas.</li> <li>• Falta de controles.</li> </ul> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tabla 1: Factores de Riesgo Maltrato al Anciano (Fuente: Elaboración propia a partir del documento “Malos tratos a las personas mayores: Guía de Actuación” (32))

- **Señales de alerta.**
  - Explicaciones poco coherentes por parte del cuidador, respecto a la causa de las lesiones.
  - Negativa del cuidador a dejar solo al anciano.
  - Lesiones o hematomas en diferentes estadios de evolución.
  - Caídas reiteradas.
  - Retraso en solicitar asistencia.
  - Visitas repetidas a urgencias 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, deshidratación, aspecto poco cuidado o ausencia de higiene.
  - Alteración del estado de ánimo, depresión, miedo, inquietud, rechaza nuestra ayuda.
- **Actuación:** Plan de actuación integral y multidisciplinar que aborde la situación física, psicológica y social del anciano. Esta actuación se llevará a cabo en colaboración con el trabajador social y con servicios especializados. Si es preciso, se redactará un parte de lesiones y se dará aviso al juez.

DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

Las pautas a seguir más específicas están desarrolladas en la Figura 1 (33):



### **1.3. Justificación.**

La violencia intrafamiliar se considera un problema de salud pública de gran magnitud (12) y, por lo tanto, debe de ser conocido y saber cómo enfrentarnos a esta posible situación.

Para ello, debemos de conocer las estrategias, protocolos o guías de actuación en los que se apoya el personal de enfermería de Madrid en las consultas de atención primaria. Al ser un tema delicado y difícil de abordar, es necesario contar con los conocimientos suficientes para tratarlo de la manera correcta y no realizar juicios de valor sin tener la seguridad de que en la situación frente a la que nos encontramos se está produciendo un maltrato al anciano.

La vejez se relaciona con un deterioro de la salud al que acompañan multitud de enfermedades crónicas, en algunos casos degenerativas, que pueden llegar a ser incapacitantes. La dependencia y enfermedad en el anciano junto con la sobrecarga en los cuidadores, son factores de riesgo de maltrato físico, psicológico o por negligencia. Al ser un tipo de maltrato producido en la esfera íntima, en muchas ocasiones es difícil de percibir y detectar. Sin embargo, los profesionales de enfermería tenemos la oportunidad de valorar la dinámica de interacción entre los miembros de la familia durante la revisión periódica de dichas enfermedades crónicas y, sobre todo, durante la visita domiciliaria.

Una guía de referencia para abordar este tema sería el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) (34). Se trata de un instrumento empleado en la relación médico-paciente para detectar la situación de maltrato en ancianos. Su estructura se compone de preguntas breves y concisas aplicables en el ámbito de la Atención Primaria. Sin embargo, este cuestionario presenta varios inconvenientes. Uno de ellos hace que no podamos centrarnos en él dentro de este estudio. No se puede llevar a cabo con personas que tengan sus capacidades cognitivas afectadas o deterioradas, dado que el colectivo en el que se centraría este estudio presentaría una dependencia moderada o grave no podemos garantizar que el 100% de los pacientes atendidos vayan a tener unas capacidades cognitivas intactas, por lo que no se podría



## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

emplear este cuestionario. Por lo que debemos buscar nuevas herramientas para prevenir, detectar y tratar como profesionales de Enfermería el maltrato al anciano.

Actualmente, en nuestro país, contamos con tres documentos que protocolizan la atención sanitaria al anciano:

- Guía de actuación frente a los Malos tratos a personas Mayores (35): Material didáctico elaborado directamente para los profesionales sanitarios, derivado principalmente de las recomendaciones del artículo “Voces Ausentes” de la OMS. Esta guía permite tener una visión interdisciplinar para abordar el maltrato al anciano.
- Protocolo asistencial en residencias de mayores (36): Se trata, como su propio nombre indica, de una estructuración de las actividades a realizar con el fin de mejorar la calidad asistencial dedicada a las personas mayores. Se basa en cuatro funciones básicas:
  - Atención en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
  - Gestión de Problemas de Atención.
  - Actividades Preventivas.
  - Seguimiento y control de Síndromes Geriátricos y enfermedades crónicas.

De estas cuatro funciones son dos (la primera y la tercera) las que podríamos aplicar a la práctica de Atención Primaria con una adaptación adecuada a las necesidades. Sin embargo, este protocolo está dedicado a las residencias de mayores, y los ancianos a tratar por lo tanto serían institucionalizados; por ello no puede ser un documento referente en este estudio.

- Programa de Atención al Mayor Polimedocado (37): El aumento de las enfermedades crónicas que acompañan a la vejez aumenta a su vez las pautas de medicación de las que deben responsabilizarse los ancianos. La confusión u olvido de dichas pautas puede provocar problemas, desenvocando algunos de ellos en caídas que supongan un aumento de la dependencia del paciente.

Mejorar la educación sanitaria puede prevenir la agravación de la situación de dependencia a la que se enfrentan estos pacientes.

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

Pese a la importancia del tema, la bibliografía existente sobre la detección y actuación de enfermería ante la violencia en el anciano no es muy abundante y se encuentra obsoleta. Por esta razón, resulta interesante describir las herramientas actuales de actuación con las que cuentan los profesionales de enfermería para valorar las situaciones en las que se pueda intuir un maltrato existente.

**1.4. Objetivos.**1.4.1. Objetivos.*1.4.1.1. Objetivo General.*

Describir las herramientas de actuación disponibles para los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Madrid que les permitan detectar y tratar una posible situación de maltrato al anciano no institucionalizado.

*1.4.1.2. Objetivos Específicos.*

- ✓ Explorar los conocimientos con los que cuentan los profesionales de enfermería en Atención Primaria para detectar y tratar el maltrato en el anciano.
- ✓ Conocer los pasos que siguen los profesionales de enfermería cuando se encuentran frente a una posible situación de maltrato.

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

**2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.****2.1. Diseño.**

El estudio es observacional descriptivo, de corte transversal empleando un enfoque cualitativo. El enfoque cualitativo nos permitirá alcanzar el objetivo propuesto ya que el interés del estudio se centra en describir la percepción, opinión y sentimientos acerca de los recursos con los que cuentan los profesionales de enfermería de la Comunidad de Madrid y no simplemente su cuantificación.

**2.2. Población.**

2.2.1. Población diana: Profesionales de enfermería del ámbito de atención primaria de Madrid.

En la Comunidad de Madrid existen 7 direcciones asistenciales (ANEXO 2) en las que queda dividida el Área Única de Salud. En este área se desarrollan actividades relativas a la salud pública y la promoción de la salud, prevención asistencia sanitaria y rehabilitación.

| Dirección Asistencial | Índice de dependencia | Renta per cápita (*) | Centros de Salud | Personal de Enfermería |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|------------------|------------------------|
| <b>Centro</b>         | 31.2                  | 19.006'26            | 50               | 657                    |
| <b>Este</b>           | 21.8                  | 14.563'89            | 38               | 470                    |
| <b>Noroeste</b>       | 18.9                  | 14.268'90            | 43               | 496                    |
| <b>Norte</b>          | 20.5                  | 20.131'27            | 35               | 384                    |
| <b>Oeste</b>          | 15.6                  | 23.624'96            | 34               | 433                    |
| <b>Sur</b>            | 17.3                  | 13.661'41            | 31               | 214                    |
| <b>Sureste</b>        | 21.0                  | 12.932'55            | 49               | 628                    |

\*Datos correspondientes al año 2013.

Tabla 2: Organización Atención Primaria Comunidad de Madrid. (Fuente: Elaboración propia a partir de varios documentos oficiales informativos (38-41)),

En estas 7 direcciones asistenciales se encuentran las 254 zonas básicas de salud con las que cuenta la Comunidad de Madrid (42), refiriéndonos con ellas al marco territorial de

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

la atención primaria de salud que garantiza la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios primarios. Es la zona donde actúa el equipo de atención primaria.(43)

En total, la Comunidad de Madrid cuenta con 3.255 profesionales de enfermería trabajando en el ámbito de la Atención Primaria. (41)

Nos centraremos en tres de las siete direcciones asistenciales de salud, basándonos en la relación existente entre el índice de dependencia y la renta per cápita propios de las mismas.

2.2.2. Población de estudio: formada por aquellos profesionales que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión:
  - Estar trabajando en la actualidad en cualquier Centro de Atención Primaria de las siguientes direcciones asistenciales de la Comunidad de Madrid:
    - Dirección Asistencial Centro.
    - Dirección Asistencial Este.
    - Dirección Asistencial Sureste.
  - Trabajar en la consulta de enfermería de adultos.
- Criterios de exclusión:
  - Tener una experiencia laboral inferior a 3 meses en el ámbito de la Atención Primaria.

DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

Para explicarlo mejor, estará representado mediante la siguiente figura: Figura 2 (Fuente: Elaboración Propia).



CSCU: Centro de Salud Centro Urbano; CSER: Centro de Salud Este Rural; CSEU: Centro de Salud Este Urbano; CSSR: Centro de Salud Sureste Rural; CSSU: Centro de Salud Sureste Urbano.  
 PD: Población Diana; PE: Población de Estudio. DDAA: Direcciones Asistenciales. ID: Índice de Dependencia.

### **2.3. Muestra.**

#### 2.3.1. Tipo de Muestreo.

Dentro de las siete direcciones asistenciales con las que cuenta el área única de salud de la Comunidad de Madrid, seleccionaremos tres que garanticen la variabilidad (según criterios de máximo índice de dependencia y variable renta per cápita) en las que se centrará el estudio:

- Dirección asistencial Centro (I.P. 31'2).
- Dirección asistencial Este (I.P. 21'8).
- Dirección asistencial Sureste (I.P. 21'0).

Para seleccionar nuestra muestra de estudio se llevará a cabo un muestreo opinático empleando la técnica en bola de nieve. Se seleccionarán personas en base a perfiles creados para generar dos grupos de discusión. Estos grupos de discusión estarán formados por un número de entre 6 y 10 personas.

Se diferenciarán entre sí atendiendo a uno de los objetivos específicos del estudio: el conocimiento con el que cuentan los profesionales de Enfermería de la Comunidad de Madrid para abordar una situación de Maltrato al Anciano.

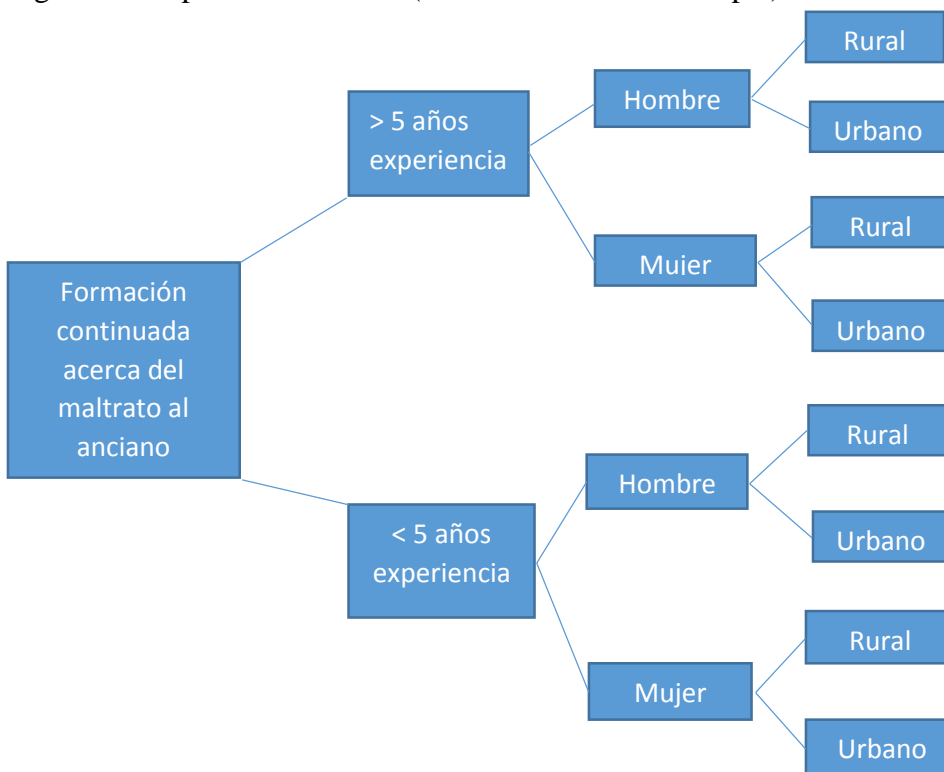
Partiendo de esta base se llevará a cabo un muestreo no probabilístico en el que se seleccionen personas con unas características idóneas, teniendo un perfil previamente diseñado por el investigador.

DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

|                                                                      | Grupo A  | Grupo B    |
|----------------------------------------------------------------------|----------|------------|
| <b>Sexo</b>                                                          | Mujeres  | Indistinto |
| <b>Formación continuada sobre Maltrato al Anciano</b>                | Si       | No         |
| <b>Experiencia Laboral en Atención Primaria</b>                      | + 5 años | - 5 años   |
| <b>Ámbito al que pertenece el centro de salud en el que trabajan</b> | Rural    | Urbano     |

Tabla 3: Clasificación de perfiles. (Fuente: Elaboración Propia)

Figura 3: Grupos de discusión. (Fuente: Elaboración Propia)



## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

La selección se hará de igual manera dividiendo a aquellos enfermeros y enfermeras que no cuenten con formación continuada acerca del maltrato al anciano.

De cada perfil se seleccionará a un participante del estudio, por lo que cada grupo de discusión contará con 8 participantes.

#### 2.4. Variables de estudio.

| Variable                                                             | Justificación                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Años de experiencia</b>                                           | Se dividirán las personas que van a participar en el grupo de discusión dependiendo de si su experiencia laboral en Atención Primaria es superior o inferior a 5 años.                                                                     |
| <b>Sexo</b>                                                          | En un grupo se seleccionarán personas del sexo femenino mientras que en el siguiente grupo el sexo no será determinante, teniendo variabilidad entre hombres y mujeres.                                                                    |
| <b>Haber recibido formación específica sobre maltrato al anciano</b> | Puesto que los conocimientos sobre maltrato al anciano serán superiores en el caso de haber recibido formación continuada sobre este tema. El discurso será variable frente a las personas que no han recibido dicha formación específica. |

Tabla 4: Tipos de Variables (Fuente: Elaboración propia).

#### 2.5. Método de recogida de datos.

En primer lugar, el estudio será presentado al Comité de Ética de la Comunidad de Madrid. Si es aprobado, se procederá a su realización.

Tras la aprobación del Comité de Ética, se acordará una reunión con la dirección de Enfermería de cada dirección asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid seleccionada para el estudio. Durante dicha reunión se establecerán las pautas a seguir durante el estudio, se explicará en qué consiste y se acordará el momento de entrega y recogida de datos con los profesionales de enfermería seleccionados.



## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

Se realizará un muestreo en bola de nieve creando perfiles determinados para formar dos grupos de discusión.

La diferencia principal de los dos grupos de discusión viene dada por uno de los objetivos específicos del estudio (explorar el conocimiento de los profesionales) por lo que el punto de partida será haber recibido formación específica o no.

A partir de esta primera división se realizarán las siguientes, atendiendo a las variables sociodemográficas seleccionadas. Tras el muestreo habremos conseguido ocho participantes por cada grupo de discusión.

Los participantes del estudio recibirán un documento informativo (ANEXO 3) en el que se les explicará en qué consiste el estudio así como las condiciones a cumplir durante el mismo; sus derechos y sus deberes. Dejando reflejados por escrito los pasos a seguir, las consideraciones éticas con las que debemos contar y las reuniones que se van a llevar a cabo para desarrollar las ideas generales (grupos de discusión), especificando el horario y la ubicación de las mismas.

Se les entregará un consentimiento informado (ANEXO 4) a todos los profesionales de enfermería que deberán leer y firmar una vez que estén de acuerdo con su participación en el estudio.

Las reuniones establecidas para los grupos de discusión se desarrollarán en los siguientes centros de salud, elegidos por ser los más grandes de dos de las tres direcciones asistenciales (teniendo así más salas disponibles donde llevar a cabo la reunión) y por tener una mayor accesibilidad en transporte público:

- Dirección asistencial Centro: Centro de Salud Goya (Calle de O' Donnell, 55).
  - o Metro: O' Donnell (L6)
- Dirección asistencial Este: Centro de Salud Mar Báltico (Calle del Mar Báltico, 2).
  - o Metro: San Lorenzo (L4)/Mar de Cristal (L4/L8)

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

2.5.1. Herramienta de recogida de datos.

Una vez que hayan firmado toda la muestra de la población el consentimiento informado, se enviará por correo electrónico una carta de participación del estudio (ANEXO 5).

Se recogerán los datos necesarios de los profesionales de enfermería mediante varios grupos de discusión formados por ambos grupos de cada dirección asistencial (en total contaremos con 2 grupos de discusión pertenecientes a las tres direcciones asistenciales de la Comunidad de Madrid).

En cada grupo de discusión estará presente el investigador cuya función será la de moderador para evitar que el tema se debatido se aleje del objetivo de nuestro estudio, conseguir que todos los participantes del grupo expongan sus conocimientos y su opinión de una manera equitativa y, ante todo, respetuosa y, por supuesto, recoger los datos expuestos durante la reunión. Estas reuniones tendrán una duración de 90 minutos cada una. Durante las mismas, se tratarán los siguientes temas:

- Maltrato al anciano, qué se considera.
- Tipos de Maltrato al anciano.
- Frecuencia conocida de dichas situaciones (no datos numéricos, simplemente aproximaciones).
- Herramientas de valoración en la consulta de Enfermería de Atención Primaria.
- Recursos para atender este problema tras su confirmación.
- Posibilidades de mejora futura de nuestra capacidad para enfrentarnos al Maltrato al anciano.

Estos datos serán recogidos mediante dos grabadoras que se colocarán encima de la mesa de reunión para que todas las opiniones puedan ser escuchadas y registradas, previo aceptación de los participantes. Estas grabaciones serán transcritas de forma literal de la mano del investigador quien, durante la reunión irá recogiendo apuntes sobre los aspectos no verbales que no quedarán reflejados en las grabadoras (puesto que los silencios y las interjecciones sí que se recogen). Tras su transcripción, se procederá a analizar los datos recogidos

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

2.5.2. Análisis de los datos.

Se llevará a cabo un análisis temático de los datos puesto que la importancia del estudio se otorga a qué se dice durante las reuniones en las que participan los grupos de discusión.

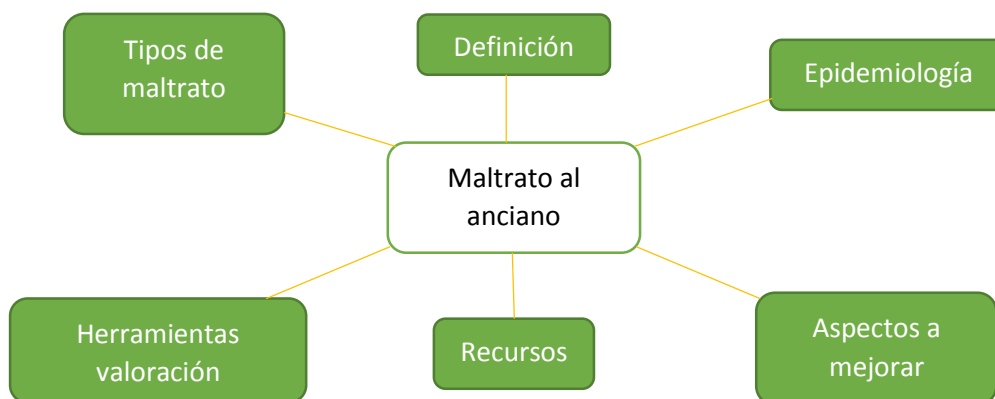
Tal y como se recoge en el libro “Escuchar, Observar y Comprender”(44) las fases que se llevarán a cabo durante dicho análisis son las siguientes:

- Fase de preparación del corpus textual: Cuyo objetivo es preparar los datos narrativos anteriormente recogidos, y en la que se deben llevar a cabo los siguientes puntos.
  - Realizar la transcripción literal de todos los datos: Todo lo que se diga durante las reuniones será recogido por el investigador mediante grabadoras, estas grabaciones deben ser transcritas, especificando todos los detalles y reflejando las expresiones literales que han sido empleadas.
  - Proteger los documentos primarios y anonimizarlos.
  - Agrupar toda la información obtenida y preparar los datos para la lectura: en este apartado se asociará toda la información verbal con la que contamos junto con la información no verbal, recogida mediante apuntes del investigador tomados durante las reuniones.
- Fase de descubrimiento o preanálisis: Terminando esta fase con la formulación de un plan de análisis provisional.
  - Leer detenidamente y repetidamente los textos hasta estar totalmente familiarizado con ellos.
  - Elaborar intuiciones preanalíticas: anotar las primeras ideas surgidas tras la lectura completa de la información recogida.
  - Elaborar una lista tentativa de temas que aparecen en el texto.
  - Diseñar un esquema provisional de clasificación de temas anteriores. Elaborar un plan de análisis provisional.
- Fase de análisis: Consiste en la descripción de los datos hasta la interpretación de los mismos, llevando a cabo los siguientes procedimientos:
  - Crear citas y codificarlas: Este paso en un principio podría suprimirse, puesto que, todas las personas pertenecientes a los distintos grupos de

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

discusión tendrán algo en común y es el lenguaje profesional enfermero. No es necesario traducir aquello que han referido para crear códigos.

- Elaborar categorías: Se agruparán los códigos del mismo tema (por ejemplo, “maltrato físico”, “atención al maltrato en atención primaria”, “epidemiología del maltrato”).
  - Agrupar las categorías en categorías superiores: por ejemplo, “tipos de maltrato”, “atención sanitaria al maltrato”.
  - Segmentar el texto por categorías.
  - Crear un marco explicativo: explicando las relaciones existentes entre las distintas categorías.
- Fase de relativización, verificación y contraste de los hallazgos y creación del marco explicativo definitivo. De esta manera se concluirá el análisis de los datos, redactando un informe final de los resultados. El marco explicativo se realizará mediante diagramas de conjuntos o mapas conceptuales. Como por ejemplo, puede ser el siguiente:



## 2.6. Consideraciones éticas y de calidad.

Los principios éticos de los participantes son respetados durante el proceso, pues no suponen ningún tipo de daño o perjuicio. Sus opiniones serán respetadas y en ningún caso serán juzgadas.

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

Una vez aprobado el proyecto por el Comité Ético del Centro, se hará entrega de un consentimiento informado (ANEXO 3) a los profesionales de enfermería, previo a su participación, respetando el principio de autonomía en la toma de decisiones a la hora de formar parte o no del estudio.

En la herramienta de recogida de datos se especifica que los datos aportados por los encuestados únicamente serán utilizados para la realización del estudio, garantizando el anonimato y la confidencialidad tal y como exige la Ley de Protección de Datos.

La relevancia del tema estudiado, puesto que casi un cuarto de la población en un futuro pertenecerá al colectivo anciano, junto con la escasa bibliografía que existe hoy en día sobre el mismo hacen de este proyecto un proyecto de calidad.

El personal de enfermería tiene la importante responsabilidad de prevenir estas situaciones. Para ello, debemos conocer las diferentes herramientas con las que contamos hoy en día para valorar la posibilidad de que esta situación se presente en nuestra consulta de Atención Primaria. Si estos recursos son insuficientes, en un futuro, se podrían crear nuevas herramientas con las que poder enfrentarnos a este problema de gran magnitud.

El conocimiento compartido por los profesionales de enfermería de la Comunidad de Madrid nos ayuda a conocer cómo debemos enfrentarnos, cuales son los protocolos a seguir más correctos y efectivos y qué fallos no debemos cometer.

Gracias a esto conseguiremos llevar a cabo un cuidado completo y adecuado, otorgándole una mayor importancia a la Enfermería.

Sin embargo, este trabajo también cuenta con varias limitaciones. El hecho de emplear un muestreo en bola de nieve no garantiza la representatividad de la muestra. Además, la dificultad para captar situaciones de maltrato hace que algunos profesionales de enfermería por los que se compone el grupo de discusión no se hayan enfrentado a dicha situación, con lo que, la experiencia en este ámbito no será muy notable.

### **3. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA.**

La enfermería ha avanzado mucho en las últimas décadas. Las investigaciones realizadas nos permiten llevar a cabo una Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) que se generaliza a todos los ámbitos asistenciales.

No obstante, aún quedan multitud de campos en los que explorar a fondo para tener un conocimiento exhaustivo de los mismos.

Una de las herramientas más importantes y exclusivas de nuestra profesión sería la prevención. Los profesionales de enfermería llevamos a cabo múltiples intervenciones con el fin de prevenir enfermedades o situaciones no deseadas.

Una etapa en la que se desarrollan gran cantidad de enfermedades es en la senectud. Los avances científicos han dado lugar a una mayor esperanza de vida asociada a una morbilidad que, aunque va descendiendo según avanza la sociedad, hoy en día es una realidad ineludible.

Esta morbilidad puede desembocar y, de hecho, desemboca en la mayoría de los casos en una situación de dependencia de la cual tienden a encargarse los familiares del adulto mayor (principalmente mujeres, más concretamente sus esposas y sus hijas). El agravio de la dependencia, junto con una situación de estrés del cuidador principal puede dar lugar a una situación hostil que, en algunos casos, acaba provocando un maltrato al anciano.

Para prevenir este tipo de situaciones es muy importante la actuación de los profesionales de enfermería. Las valoraciones, incluyendo los test adecuados, las exploraciones físicas pertinentes y la visión holística del paciente nos deben dar los datos necesarios para detectar un posible maltrato. Elaborar planes de cuidados individualizados, detectando diagnósticos, fijando objetivos y llevando a cabo las intervenciones necesarias puede prevenir esta situación.

Siguiendo la línea de la EBE y empleando nuestra herramienta primordial, la prevención, llama la atención la escasa bibliografía existente, y lo obsoleta que es la información pertinente para respaldarnos y aprender cuáles son las mejores pautas a seguir para llevar a cabo una buena atención enfermera.

DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

Con este estudio se pretende conocer las diferentes herramientas con las que cuenta el personal de enfermería de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid para hacer una actuación adecuada.

Conoceremos también las diferencias existentes entre las distintas zonas de la Comunidad de Madrid en cuanto a cuidado del paciente dependiente, frecuencia del maltrato al anciano así como las capacidades y herramientas con las que cuentan los enfermeros y enfermeras de cada zona.

Una vez que conozcamos los instrumentos con los que desarrollan sus competencias se podrá determinar si son suficientes o no. Si es necesaria la inclusión de nuevos elementos que nos ayuden a hacer un abordaje más completo.

DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

#### **4. AGRADECIMIENTOS.**

Me gustaría agradecer a mi tutora del trabajo de fin de grado, Azucena Pedraz Marcos, el apoyo y la ayuda que me ha brindado en todo momento. También su paciencia, constancia y conocimiento, lo cual ha hecho más fácil la elaboración del estudio.

Del mismo modo me gustaría agradecerle el apoyo a Eva García Perea quien me ayudó a decantarme por el tema, y a superar todas las batallas interpuestas hasta el momento actual.

No puedo olvidarme de mis familiares y amigos, quienes han confiado en mi esfuerzo y me han apoyado en todas las etapas que me han llevado a ser lo que hoy en día soy.



## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

**5. BIBLIOGRAFÍA.**

- (1) Figueredo BN. Percepción de maltrato en centros de larga estancia para personas mayores. *Rev Paraninfo Digital* 2012;VI.
- (2) Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la población española 2014-2064. 28 de octubre de 2014:15.
- (3) Mahoney FI, Barthel D. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61.
- (4) Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989;42(8):703-9.
- (5) Administración General del Estado. Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. 2006 14 de Diciembre;39.
- (6) López Casasnovas G, Comas Herrera A, Monteverdi Verdenelli M, Casado Marín D, Caso García JR, Ibern Regàs P. Envejecimiento y dependencia: Situación actual y retos de futuro. [Internet] 2ª ed. Barcelona: Caixa Catalunya; 2005 [Actualizado 06 Marzo 2016; citado 10 Marzo 2016]. Disponible en: [http://www.upf.edu/pdi/cres/lopez\\_casasnovas/\\_pdf/CaixaCAEnv.pdf](http://www.upf.edu/pdi/cres/lopez_casasnovas/_pdf/CaixaCAEnv.pdf)
- (7) Puyol Antolín R, Abellán García A. Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. 1ª ed. Madrid: Mondial Assistance; 2006.
- (8) Perez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Penhale B. Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Arch Gerontol Geriatr* 2009 Jul-Aug;49(1):17-21.
- (9) OMS. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Rev Esp Geriatria y Gerontología*. 2002; 37 (6): 332-3.
- (10) Álvarez C. Crisis intergeneracional y anomia cultural, la marginación y maltrato al anciano. *Memorias del Foro Nacional sobre la tercera edad*. Bogotá: Procuraduría delegada para la defensa del menor y su familia; 1997.
- (11) Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR,Jr, Berman J, et al. Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study. *J Am Geriatr Soc* 2015 Sep;63(9):1906-12.
- (12) Martínez Galdame HG, Zepeda González MI. La visita domiciliaria como una herramienta para la detección de la violencia hacia el adulto mayor. *Rev Enf Global* [Internet] 2009 [03 Dic 2015]; 8 (3): 1-5. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75281/73021>
- (13) Alonso Galnares T. El maltrato en la vejez. *Nuberos Científica* Noviembre 2014;2(14):72.
- (14) Rubio Acuña M. Maltrato institucional a adultos mayores. *Gerokomos* 2012;23(4):169.
- (15) Eu. Yuly Adams C. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2012 1;23(1):84-90.

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

- (16) Mildenberger C, Wessman HC. Abuse and Neglect of elderly persons by family members. *Physical Therapy* Abril, 1986;66(4):537-9.
- (17) Homer A, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ* 15 Diciembre 1990;301:1359-1362.
- (18) Soares J, Barros H, Torres-González F, Ioannidi-Kapoulou E, Lamura G, Lindert J, et al. Abuso y salud entre las personas mayores en Europa. Vol. 1. 1ª ed. Granada: Universidad de Granada; 2011.
- (19) Baker AA. Granny Battering. *Modern Geatrics* 1975;5(8):20.
- (20) Markiegi Candina X. Los derechos no caducan con la edad: el año internacional de las personas mayores. 3ª ed. País Vasco: Ararteko; 1999.
- (21) BOE. Ley 7/1991, de 5 de abril, de asistencia y protección al anciano. 1991;12095.
- (22) OAS. Ley integral para la persona adulta mayor. 25 de octubre de 1999;7935.
- (23) LexJuris Puerto Rico. Ley de la carta de derechos de la persona de edad avanzada. 12 de julio de 1986;121.
- (24) Ministerio de Justicia. Ley de Violencia Intrafamiliar. 07-10-2005;20066.
- (25) SENAMA, Ministerio de desarrollo social. Guía de prevención del maltrato a las personas mayores. Chile; 2012.
- (26) OMS, INPEA. Voces Ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2002;37(6):319-31.
- (27) Gaspar Escayola JI. Anexo IX. Escalas de valoración funcional y cognitiva. In: Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón., editor. Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes. 1ª ed. Zaragoza: Cometa, S.A.; 2006. p. 311-50.
- (28) Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- (29) Lober Aquilino M, Bellinger S, Brighton V. Casificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- (30) NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2015.
- (31) Marshall CE, Benton D, Brazier JM. Elder abuse. Using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics*. Febrero 2000; 55 (2):42-53.
- (32) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociaes. IMSERSO. Malos tratos a personas mayores: Guía de Actuación. MYG 2005;1:208-47.
- (33) Fernández Alonso MC. Malos tratos a los ancianos. [Internet] 2016 [citado el 27 Ene 2016]; Disponible en: [https://www.semfyec.es/pfw\\_files/cma/Informacion/modulo/documentos/ancianos.pdf](https://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/ancianos.pdf).

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

- (34) Pérez Rojo G, Izal M, Montorio I. Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores. [Internet] EASI. 2008 [Citado el 30 Ene 2016]; Disponible en: [https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/easi\\_spanish\\_version\\_2013.pdf](https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/easi_spanish_version_2013.pdf)
- (35) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Observatorio de personas mayores, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), Organización Mundial de la Salud (OMS). 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. 1ª ed.: Colección Documentos; 2007.
- (36) Servicio Regional de Bienestar Social. Comunidad de Madrid. Protocolos Asistenciales en Residencias de Mayores. Abril 2007.
- (37) Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Programa de atención al Mayor Polimedcado. 2006.
- (38) Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Servicio Madrileño de Salud. Área Única de Atención Primaria. Anexo I. 2015.
- (39) Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Informe 2012 del Estado de Salud de la población de la Comunidad de Madrid. Objetivo 5. Envejecer en Buena Salud. 2012:16.
- (40) Instituto Nacional De Estadística. Renta neta media anual de los hogares. Comunidad de Madrid. [Internet] 2013 [Citado el 10 Abril 2016]. Disponible en: [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259944583787&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleFichaSeccionUA&param3=1259944561392](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944583787&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleFichaSeccionUA&param3=1259944561392).
- (41) Consejería de Madrid. Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de salud. 2012:424-55.
- (42) Comunidad de Madrid. Mapa de zonas básicas de salud del área única de la Comunidad de Madrid [Internet]. 2016 [Citado el 10 Marzo 2016]; Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/territorio/estructucartemzbs.htm>.
- (43) Instituto de Información Sanitaria (IIS), Subcomisión de sistemas de información del Sistema Nacional de Salud. Organización general de la Atención Primaria. Comunidad de Madrid 2010:57-61.
- (44) Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamed Santos M.J. et al. Escuchar, Observar y Comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. 1ª ed. Barcelona: Institut Universitar d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; 2014.

## DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

**6. ANEXOS.**

ANEXO 1: Índice de dependencia: Barthel Index (Fuente: Shah, S. (4) ).

|                            | Incapaz de hacerlo | Intenta pero inseguro | Cierta ayuda necesaria | Mínima ayuda necesaria | Totalmente independiente |
|----------------------------|--------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|
| <b>Aseo Personal</b>       | 0                  | 1                     | 3                      | 4                      | 5                        |
| <b>Bañarse</b>             | 0                  | 1                     | 3                      | 4                      | 5                        |
| <b>Comer</b>               | 0                  | 2                     | 5                      | 8                      | 10                       |
| <b>Usar el retrete</b>     | 0                  | 2                     | 5                      | 8                      | 10                       |
| <b>Subir escaleras</b>     | 0                  | 2                     | 5                      | 8                      | 10                       |
| <b>Vestirse</b>            | 0                  | 2                     | 5                      | 8                      | 10                       |
| <b>Control de heces</b>    | 0                  | 2                     | 5                      | 8                      | 10                       |
| <b>Control de orina</b>    | 0                  | 2                     | 5                      | 8                      | 10                       |
| <b>Desplazarse</b>         | 0                  | 3                     | 8                      | 12                     | 15                       |
| <b>Silla de ruedas</b>     | 0                  | 1                     | 3                      | 4                      | 5                        |
| <b>Traslado silla/cama</b> | 0                  | 3                     | 8                      | 12                     | 15                       |

Interpretación:

- 0-20: Dependencia Total.
- 21-60: Dependencia Severa.
- 61-90: Dependencia Moderada.
- 91-99: Dependencia Escasa.
- 100: Independencia.

DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

ANEXO 2: Mapa de la Comunidad de Madrid dividida en direcciones asistenciales. (Fuente: Elaboración propia).



DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

ANEXO 3: Documento Informativo acerca del estudio. (Fuente: Elaboración Propia).

**Detección, en Atención Primaria, del maltrato al anciano no institucionalizado.**

El estudio a realizar posee un enfoque cualitativo y pretende explorar los conocimientos acerca de la detección del maltrato al anciano por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

La recogida de los datos necesarios para llevar a cabo el estudio se realizará mediante grupos de discusión formados por un conjunto de 5 a 10 personas.

Las reuniones tendrán una duración aproximada de 90 minutos. El horario y la ubicación de las mismas le será informado mediante correo electrónico más adelante.

Durante estos grupos de discusión se recogerá la información con grabadoras, recopilando todo lo mencionado durante la reunión para, más tarde, transcribirlo.

El carácter de la participación en este estudio es totalmente voluntario, es por esto que se recuerdan mediante este documento informativo varios aspectos importantes y reseñables:

- Puede abandonar el estudio en el momento en el que usted lo crea oportuno, sin necesidad de dar ningún tipo de explicación al respecto y sin verse afectado de ninguna manera.
- Los datos recogidos durante los grupos de discusión serán totalmente confidenciales y anonimizados. Únicamente se emplearán para la realización del estudio.

Si tiene cualquier duda, no tendré ningún inconveniente en resolvérsela cuanto antes.

Muchas gracias.

Un saludo.

DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

ANEXO 4: Consentimiento Informado. (Fuente: Elaboración propia).

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <p><b>Título del Estudio:</b></p> <p><i>Detección, en la consulta de enfermería de Atención Primaria, del Maltrato al Anciano no Institucionalizado.</i></p> <p>Yo (Nombre, Apellidos):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>He leído la hoja de información que se me ha entregado.</p> <p>He podido hacer preguntas sobre el estudio.</p> <p>He recibido suficiente información sobre el estudio.</p> <p>He hablado con:</p> <p><u>Laura</u></p> <p><u>Galeano Moreno</u></p> <p>Comprendo que mi participación es voluntaria.</p> <p>Comprendo que puedo retirarme del estudio:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cuando quiera.</li><li>2. Sin tener que dar explicaciones.</li><li>3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.</li></ol> <p>Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.</p> <table border="1"><tr><td>Fecha y firma del participante</td><td>Fecha y firma del investigador.</td></tr></table> | Fecha y firma del participante  | Fecha y firma del investigador. |
| Fecha y firma del participante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fecha y firma del investigador. |                                 |

DETECCIÓN DEL MALTRATO AL ANCIANO NO INSTITUCIONALIZADO.

ANEXO 5: Correo Informativo. (Fuente: Elaboración Propia).

Buenos días,

Respecto a la reunión programada para el grupo de discusión en el que usted participará:

- Tendrá lugar el día: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- En el Centro de Salud: \_\_\_\_\_

Muchas gracias por su atención.

Un saludo.