



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia

“Dr. Dacio Crespo”

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

## **Curso académico 2014 - 2015**

**Trabajo fin de grado**

**Detección y abordaje de la sospecha de  
maltrato al anciano institucionalizado**

Alumno: Beatriz Marcos Moreno

Tutora: D<sup>a</sup>. Candelas Gómez Mateos

Junio, 2015

## INDICE

1. Resumen .....	3
2. Introducción.....	4
3. Objetivos.....	8
3.1 Objetivo General .....	8
4. Material y Métodos.....	9
4.1 Diseño.....	9
4.2 Emplazamiento.....	9
4.3 Población y muestra.....	9
4.3.1 Criterios de selección.....	9
4.4 Procedimiento y recogida de datos.....	10
5. Variables.....	14
5.1. Variable principal .....	14
5.2. Variables secundarias.....	14
5.3 Definición de las variables.....	14
6. Instrumentos de medición y validación.....	16
7. Análisis Estadístico.....	18
8. Aspectos éticos .....	19
9. Equipo investigador.....	20
10. Control de calidad.....	21
11. Limitaciones al estudio.....	22
12. Recursos disponibles .....	23
13. Utilidad práctica de los resultados .....	24
14. Cronograma.....	25
15. Petición de ayudas y financiación .....	26
16. Referencias bibliográficas .....	27
ANEXOS .....	29

# 1. Resumen

## Introducción

Debido a los avances científico-técnicos y al progreso en las condiciones socio-sanitarias, se ha producido un incremento en la esperanza de vida, conduciendo todo esto a una amalgama de cambios sociales, culturales y demográficos que favorecen la casuística de algunos fenómenos como es el caso de la violencia hacia los ancianos entre otros. Este tipo de violencia en su conjunto, constituye una preocupación para las instituciones públicas tanto nacionales como internacionales, las cuales han incrementado su interés por detectar y prevenir estas situaciones.

## Objetivos

Estimar la prevalencia del riesgo de maltrato, negligencia o abuso institucional en personas mayores e implementar estrategias para su detección, reconocimiento y abordaje.

## Material y métodos

### Diseño

Estudio prospectivo, observacional, descriptivo y de corte transversal.

### Emplazamiento

Se realizará el estudio en 3 residencias para personas mayores de la Zona Básica de Salud "San Juanillo" de Palencia.

### Población y muestra

Personas de 65 o más años institucionalizadas en estas residencias.

El procedimiento y recogida de datos será realizado mediante un equipo de valoración constituido por dos enfermeras, trabajadora social, médico y psicólogo.

Cada miembro del equipo efectuará las valoraciones correspondientes a su situación profesional de acuerdo a las asignaciones establecidas en el protocolo de actuación.

## Análisis de los resultados

Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias y proporciones y las cuantitativas con medias y sus correspondientes desviaciones estándar.

Los datos serán tabulados en bases de datos y analizados mediante el programa SPSS v 23.0.

**Palabras Clave:** Maltrato, abuso, negligencia, anciano, enfermería, prevención.

## 2. Introducción

Los avances científico-técnicos y el progreso en las condiciones sociosanitarias durante la última mitad del siglo pasado han tenido diversas consecuencias en las sociedades occidentales, entre las cuales podemos citar la reducción en las tasas de mortalidad infantil, el control de las enfermedades infecciosas, el control de la natalidad y un incremento en la esperanza de vida de las poblaciones occidentales, especialmente en grupos que hasta entonces se consideraban muy vulnerables como lo son las personas mayores, es decir personas de 65 y más años. Las proyecciones demográficas a nivel mundial predicen que en el año 2025 esta población aumentará a más del doble (1) (2). Toda esta amalgama de cambios sociales, estructurales y demográficos también han dado lugar a la irrupción de fenómenos que si bien no son nuevos en la sociedad occidental si están experimentando un importante incremento y visibilidad, como es el caso de la violencia en el seno doméstico o institucional, tanto hacia la mujer, los niños y los ancianos (3) (4).

Este fenómeno en el caso de los ancianos cobra una especial relevancia y entre las causas que subyacen se citan el aumento de la esperanza de vida, el progresivo envejecimiento de la población, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, los cambios en la estructura familiar y la valoración social positiva de la juventud frente a los estereotipos negativos de la ancianidad (5). Todos estos factores en su conjunto han alertado a las instituciones públicas y explican a su vez el creciente interés por detectar y prevenir el riesgo de situaciones de maltrato en personas ancianas, un problema frecuente pero oculto.

En este sentido diversas Instituciones como la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la vejez (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han contribuido de forma significativa a elevar la toma de conciencia acerca de este problema (3).

La primera conferencia de consenso sobre el anciano maltratado celebrada en nuestro país en 1995, define el maltrato al anciano como *“cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra tanto en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así*

*como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente” (6).*

El hecho de pretender conceptualizar el fenómeno es uno de los puntos que suscita más controversia dado la dificultad para abarcar todos los aspectos que engloba: abuso, negligencia o maltrato (5) (7) (8), (véase Anexo 1). Una de las primeras definiciones que encontramos al respecto fue desarrollada en 1993 por la *Action on Elder Abuse*, que lo define como *“Un acto único o repetido, o la falta de acción apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor”*.

Si se atiende a las muchas clasificaciones que existen sobre las causas que pueden provocar el maltrato o abuso a la persona mayor, éstas son múltiples e involucran desde factores sociales, familiares y culturales, y al igual que las causas los tipos de maltrato también pueden ser múltiples desde el maltrato físico, psicológico, sexual, económico y social (véase anexo 2).

Las cifras de prevalencia de maltrato a los ancianos varían en función del instrumento diagnóstico utilizado, del ámbito de estudio y de la definición aceptada sobre que es maltrato. En general oscilan entre el 3% y el 35%; las cifras más elevadas se observan en los ancianos que han sido atendidos por los servicios sociales o han sido hospitalizados (9).

El maltrato a las personas mayores es un fenómeno que ocurre tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, en las instituciones públicas y privadas o en el ámbito domiciliario, es perpetrado por cuidadores formales e informales, así como por profesionales de la salud.

Ante el incremento del problema El Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas adoptado por todos los países en Madrid, en abril de 2002, reconoce claramente la importancia del maltrato a las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales (3).

La mayoría de los investigadores considera que la incidencia de maltrato está en aumento y que se trata de un problema infravalorado.

Se cree que los profesionales sanitarios están poco sensibilizados en su detección, y esto puede deberse a que actualmente existen dudas sobre la pertinencia de incluir un programa de salud como una actividad preventiva.

Aunque no hay evidencias suficientes para aconsejar a favor o en contra del cribado sistemático, diferentes organizaciones, entre ellas la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y la *American Medical Association* (AMA), recomiendan que los médicos interroguen habitualmente con preguntas directas acerca del riesgo de maltrato y otras instituciones como la *US Preventive Service Task Force* (USPSTF) y la *Canadian Task Force* (CTF) *on Preventive Health Care* (10) aconsejan estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con el maltrato y la negligencia en la atención de los ancianos (6). Esto entraña muchas dificultades, entre otras razones porque afecta a la intimidad de los pacientes y al mundo privado de las relaciones personales.

En nuestro país la semFYC ha elaborado dentro del subprograma de actividades preventivas en salud mental, un documento de actuación y recomendaciones sobre el maltrato a los ancianos (9).

El estudio “Voces ausentes” desarrollado por la OMS e INPEA en el año 2002, demostró que las personas mayores perciben el maltrato vinculado a tres grandes aspectos: abandono (aislamiento, desamparo y exclusión social), violación (de derechos humanos, legales y médicos) y privación (de opciones, de toma de decisiones, de situación social, de gestión económica y de respeto) (11).

El riesgo de maltrato en el anciano es un problema complejo y multifactorial cuyo diagnóstico precisa un juicio clínico multidisciplinario y en muchos casos los hallazgos atribuibles al maltrato no son claros (fracturas, contusiones, quemaduras, pérdidas de peso, etc.). La carencia de un instrumento diagnóstico suficientemente sensible y específico dificulta la comparación de los datos, por lo que en muchas ocasiones los diagnósticos son solo de sospecha de maltrato, sin una posterior confirmación (12) (Véase anexo 3).

Sin embargo existen una serie de presentaciones clínicas que deben alertar al profesional sanitario en la identificación de un anciano maltratado (Véase anexo 3).

La identificación empírica de los factores de riesgo tales como la demencia, cansancio del cuidador, aislamiento social, dependencia económica o emocional deben prevenir de la posible ocurrencia de esta situación.

Las estrategias de prevención deben estar orientadas al respeto por las personas mayores y una concienciación y sensibilización por parte de los profesionales que desarrollan su trabajo en el sector sociosanitario esencialmente en el nivel primario de la atención donde la figura de la enfermera de familia es fundamental.

Tanto las visitas domiciliarias como la asistencia a institucionalizados debe fundamentarse en la prevención y detección precoz de signos de maltrato en la persona mayor para lo cual deberá poner en práctica una serie de medidas observacionales e instrumentales dirigidas a evidenciar el problema.

Es por todo esto que los diferentes niveles de asistencia en los cuidados de enfermería constituyen un ámbito privilegiado en la detección del riesgo de maltrato al anciano en todos aquellos servicios que son de su competencia y que se proporcionan tanto a nivel individual, comunitario o social.

Nuestra formación y experiencia en el ámbito de las relaciones humanas así como nuestra capacidad de observación, son dos de las fuentes de información más valiosas que nos ayudarán a la detección de posibles situaciones de riesgo.

Pero también es muy importante que cuando se confirma tanto el riesgo como el maltrato de hecho, existe otro nivel competencial en otras instancias sociales a las cuales debe acudir el profesional y poner en conocimiento, como son las instancias sanitarias superiores y si fuera necesario las del ámbito judicial con el fin de proteger a las personas mayores y garantizarles sus derechos recogidos en el marco legislativo de nuestro país (13) (14).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Estimar la prevalencia de riesgo de maltrato o maltrato establecido, negligencia o abuso institucional en personas mayores en los aspectos físicos, psicológico, sexual y económico, así como implementar estrategias por parte de los profesionales de la salud para la detección, reconocimiento y abordaje de cualquier tipo de maltrato en el anciano institucionalizado.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Los objetivos específicos son:

- Detección del riesgo de maltrato o maltrato establecido mediante una entrevista clínica.
- Evaluar el estado mental y funcional sugestivo de riesgo de maltrato.
- Evaluar el estado emocional.
- Determinar si existen indicios de maltrato físico.
- Evaluación mediante pruebas diagnósticas de riesgo de maltrato.
- Determinar la presencia de actitudes sugestivas de no cumplimiento de los derechos de las personas ancianas o vulneración de sus derechos.
- Comprobar la idoneidad en las relaciones interpersonales entre residentes y el personal de la institución.
- Valoración de las condiciones laborales del personal de la institución.
- Determinar o evaluar las condiciones del entorno físico.

## **4. Material y Métodos**

### **4.1 Diseño**

El estudio se ajusta a un diseño prospectivo, observacional, descriptivo y de corte transversal.

### **4.2 Emplazamiento**

Se llevará a cabo en residencias para personas mayores, tanto públicas como privadas, pertenecientes al Área de Salud de Palencia Urbana, y en concreto a la Zona Básica de Salud de “San Juanillo”.

En esta zona básica de salud se encuentran ubicadas tres residencias de ancianos de titularidad privada que atiende a personas con distintos grados de dependencia.

### **4.3 Población y muestra**

Los sujetos seleccionados serán todas las personas de 65 o más años que estén institucionalizados en dicha Zona Básica de Salud.

#### **4.3.1 Criterios de selección**

##### **4.3.1.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes con o sin deterioro cognitivo.
- Tener 65 o más años.
- Estar institucionalizados tanto en residencias públicas como privadas.
- Presentar riesgo de maltrato.
- Participar voluntariamente o con el consentimiento familiar o de tutores.

##### **4.3.1.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes de 65 o más años no institucionalizados.
- Institucionalizados con una edad inferior a 65 años.

#### **4.4 Procedimiento y recogida de datos**

El estudio se llevará a cabo en pacientes institucionalizados que se encuentren en el grupo de edad de 65 o más años, por ser esta franja etaria donde se incluyen la mayor parte de los ancianos considerados de alto riesgo de sufrir malos tratos (dependientes, vulnerables y frágiles).

Se informará de los objetivos del estudio a las autoridades sanitarias y sociales correspondientes del área de salud y será necesario obtener previamente los permisos oportunos de las autoridades socio-sanitarias para llevar a cabo el estudio.

Una vez obtenidos los permisos, se dispondrá de los listados de todas las personas institucionalizadas en la zona básica de salud, a partir de la base de datos de tarjeta sanitaria y también se creará un equipo de valoración compuesto por médico, enfermera, trabajador social y psicólogo.

Cada profesional del equipo realizará las valoraciones oportunas según cualificación profesional.

Para estandarizar criterios el equipo de valoración realizará varias sesiones de entrenamiento con el fin de acordar los aspectos que serán evaluados con respecto a las actuaciones en el lugar de la atención.

Una vez acordadas las pautas de actuación, serán dos enfermeras quienes acudan a las instituciones de la zona (previo acuerdo de día y hora de visita con los directivos de la institución, de tal forma que no obstaculice el normal funcionamiento del centro).

Estas enfermeras serán quienes se encarguen de realizar la entrevista, cumplimentación de la encuesta y las exploraciones correspondientes a su nivel profesional, valorando su estado de salud y detectando los posibles signos de alarma de sospecha de maltrato. Para ello previamente habrán obtenido el consentimiento informado por parte del interesado, familiar o tutor.

La entrevista y exploración se realizará en una zona del centro adecuada y preferiblemente sin la presencia de trabajadores o directivos del centro.

Se solicitarán todos los informes médicos y de tratamientos de los que disponga la institución, para cotejar su cumplimiento comparándolos con aquellos de los que se dispone en el Centro de Salud.

Cuando se detecte riesgo de posible maltrato en cualquier esfera física, emocional y/o psicológica se pondrá en conocimiento del equipo de valoración para que éste actúe en su conjunto y ratificar el diagnóstico.

Para garantizar la viabilidad del estudio se tiene previsto la realización de un pilotaje con unas 30 personas, 10 de cada centro residencial, para garantizar la representatividad del estudio.

### **Detalles de la entrevista.**

La recogida de datos se efectuará mediante un cuestionario estructurado y validado para datos sociodemográficos que incluyen: edad, estado civil (soltero, casado o viudo), nivel de estudios, profesión previa (remunerada o no remunerada), presencia de familiares y visitas y percepción de ayuda de los servicios sociales (Véase anexo 4).

Posteriormente se realizará a cada individuo el test Miniexamen Cognoscitivo (MEC) para valorar la presencia de deterioro cognitivo y el grado de éste. Dependiendo del resultado de este test, se abordarán otro tipo de pruebas.

En el caso de presencia deterioro cognitivo grave, se evitará la formulación de preguntas ya que los resultados pueden ser erróneos por lo que se pasará a la exploración de los diferentes parámetros sugestivos de sospecha de maltrato. En el caso del estado nutricional se medirán los pliegues antropométricos, se comprobará si ha habido pérdida de peso en el último año y se calculará el IMC (Índice de Masa Corporal). También se valorarán parámetros bioquímicos. Los más específicos para determinar el estado nutricional son: hemoglobina, hematocrito, albumina y el perfil lipídico.

Al mismo tiempo que se realiza la exploración se comprobará el estado de higiene que presenta el anciano (estado del pañal en caso de utilizarle, si las uñas están cortadas, afeitado, etc.) así como sus vestimentas (si son de tallas más grandes, si llevan puestas medias o calcetines, o ninguno de los dos, si la ropa y el calzado se encuentra en buen estado y limpio). También se observarán la presencia de hematomas o contusiones, y se intentará averiguar cómo fueron causados, se valorará realizar pruebas radiológicas.

Se le preguntará al familiar, tutor o cuidadores si precisa algún tipo de contención física o química y en caso positivo el porqué de ellas.

Cuando se acuda a las residencias, los profesionales aportarán un informe actualizado con las indicaciones de tratamientos, el cual se encuentra informatizado en el centro de salud y se contrastará con el de la institución. En caso de duda o sospecha de toma incorrecta de la medicación, se valorará tramitar la petición de una analítica para conocer los niveles de fármacos.

Además se evaluará la presencia de somnolencia del paciente y el consecuente riesgo de caídas derivadas de este estado.

Si la puntuación obtenida Miniexamen Cognoscitivo (MEC) es negativa para el deterioro cognitivo, además de realizar todo lo citado anteriormente, se procederá a la realización de los siguientes test o escalas:

- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.
- Índice de Sospecha de maltrato hacia las personas mayores (EASI).
- Índice de Barthel.
- Cuestionario de apoyo social M.O.S.
- Cumplimiento terapéutico de Morisky Green.

En todos los casos, tanto si hay demencia como si no la hubiera, se deben revisar:

Los cuidados de la salud tales como cambios en el estado del paciente o sucesos importantes (caídas, accidentes) y si éstos han sido comunicados, si se sospecha de carencias de atención especializada, si se mantienen en buen estado los enseres como las gafas, audífonos y prótesis dentales y revisión del plan individualizado de cuidados y de órdenes médicas.

Con respecto al entorno se revisarán el estado de las habitaciones, valorando si son acogedoras, si presentan una temperatura adecuada, si la iluminación es suficiente y si los baños cuentan con las medidas adaptativas correspondientes. También se revisará la presencia de barreras arquitectónicas como son la inexistencia de rampas y/o de ascensores o éstos de pequeño tamaño evitando así el traslado en camilla de un paciente de un piso superior a la planta baja. También comprobar la existencia de espacios al aire libre.

En cuanto al personal de la institución:

- Se comprobará el nivel de formación o cualificación del mismo.
- La presencia de personal extranjero sin conocimiento del idioma.
- Si hay un exceso de personal en prácticas.
- Si cuenta con un profesional cualificado que supervise los cuidados realizados.
- Si el personal es suficiente para el número de residentes.
- Se observará la idoneidad del desempeño profesional.
- Si la ejecución de las tareas es correcta.
- Se observará si se respeta la intimidad y derechos de los pacientes.
- Si se realizan cambios posturales en personas discapacitadas y las curas pautadas.
- Si se usan contenciones como castigo o por falta de personal.
- Si permanecen encerrados en la habitación por largos periodos de tiempo.

En cuanto a temas relativos a la seguridad, se comprobará el acceso a las salidas de emergencias, accesibilidad a los timbres, utilización de rampas.

## 5. Variables

### 5.1. Variable principal

Presencia de riesgo de maltrato o maltrato establecido.

### 5.2. Variables secundarias

- Variables sociodemográficas.
- Perfil de riesgo de sospecha de maltrato: sexo, edad, deterioro cognitivo y funcional.
- Estado emocional: presencia de ansiedad y/o depresión, si tiene familia y visitas de éstos.
- Estado nutricional (peso, Índice de Masa Corporal, perfil analítico).
- Signos físicos: hábitos higiénicos y vestimenta, hematomas, caídas, presencia de fracturas (perfil radiológico).
- Contención química.
- Contención mecánica. Tipos.
- Adecuación del entorno físico: habitaciones, luminosidad, etc.
- Relaciones interpersonales: infantilización, despersonalización, deshumanización, victimización y gerontofobia.
- Personal de la institución. Cumplimiento ratios, condiciones laborales, ayudas mecánicas, categorías y niveles profesionales adecuados (médico, enfermera, auxiliares de enfermería, trabajador social, animador sociocomunitario, etc.).
- Morbilidad.

### 5.3 Definición de las variables.

- **Sospecha de maltrato:** juicio clínico multidisciplinario, producto del análisis de la información captada por el equipo asistencial en su conjunto (médico, enfermera, trabajador social y psicólogo).
- **Infantilización:** tratar al anciano como a un niño irresponsable del que uno no se puede fiar (8).

- **Despersonalización:** proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden necesidades particulares de cada usuario (8).
- **Deshumanización:** además de ignorar al anciano, despojarlo de su intimidad y negarle la posibilidad de asumir decisiones sobre su vida (8).
- **Victimización:** ataques a la integridad física y moral mediante amenazas, intimidación, insultos, chantaje, robo o castigos corporales (8).
- **Negligencia:** es aquella situación en la que no se satisfacen las necesidades básicas de una persona anciana dependiente bien en aspecto físico, psicológico o económico (12).
- **Gerontofobia pasiva:** circunstancia en que no se valora los aspectos positivos de la vejez y se tiende a evitar y a defenderse de las carencias y deterioros de la misma. El etásmo (discriminación por edad) ha sido la norma a lo largo de la historia (5).
- **Abuso:** un acto único o repetido de omisión sufrido por personas de 65 o más años que engloba aspectos físicos, psicológicos o emocionales, sexuales y económicos, el principio de autonomía o derechos fundamentales los cuales son percibidos por las víctimas u verificados objetivamente en cualquier entorno donde ocurra.
- **Maltrato:** en sentido estricto, es un problema social.

## 6. Instrumentos de medición y validación

- **La entrevista clínica** se considera un instrumento clave para la detección, mediante la exploración cuidadosa de signos físicos, actitudes, estado emocional y signos de alerta sugestivos de maltrato.
- **Miniexamen Cognoscitivo (MEC)**. El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (*Mini-Mental State Examination de Folstein*). Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje. La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23 puntos (15).
- **EASI**. Índice de Sospecha de maltrato hacia las personas mayores (*Elder Abuse Suspicios Index*). Es un instrumento desarrollado y validado por un equipo de investigación de la Universidad Mc Gill, St Mary Hospital Centre, Centro de Salud y Servicios Sociales de Réne Cassin y Sr Mortimer B. Davis, Jewish General Hospital de Montreal. El EASI consiste en 6 preguntas breves y directas, que se pueden realizar en el transcurso de cualquier encuentro con la persona mayor y el personal sociosanitario (fácilmente aplicable a personas de 65 o más años). Este cuestionario se diseñó para indagar sobre la sospecha de maltrato a personas mayores. Un segundo propósito fue ayudar al personal sanitario de Atención Primaria a familiarizarse con el maltrato a personas mayores mediante el empleo continuado de un sencillo conjunto de preguntas sobre este tema. Este test ha estimado una sensibilidad y especificidad de 0,47 y 0,75; su aplicación es inferior a 2 minutos y se estima que puede tener un gran impacto en la práctica habitual (16).
- **Índice de Barthel**: nos permitirá medir la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria. Es un instrumento que detecta si existe algún grado de dependencia. Se trata de un cuestionario heteroadministrado en la población general con 10 ítems. El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos, a menor

puntuación más dependencia y a mayor puntuación más independencia. Los puntos de corte sugeridos para facilitar la interpretación son: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa y 100 independencia.

- **Escala de ansiedad y depresión de Goldberg:** esta escala fue desarrollada en 1988 a partir de una versión modificada de la *Psychiatric Assessment Schedule*, con finalidad de ser utilizada por médicos no psiquiatras como método de cribaje. La versión en castellano fue validada por Montón y Cols en 1993. Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista. Se trata de un cuestionario heteroadministrado formado por dos subescalas, una para la detección de la ansiedad y la otra para la detección de la depresión. Ambas constan de 9 preguntas. Las 5 últimas preguntas de cada escala solo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias. La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas. Todos los ítems tienen la misma puntuación. Siguen un orden de gravedad creciente. Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.
- **Cuestionario de apoyo social M.O.S:** fue realizado en EE.UU en 1991. Se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social).
- **Cumplimiento terapéutico de Morisky Green:** El test para medir la adherencia al tratamiento farmacológico se denomina Test de cumplimiento autocomunicado de Morisky-Green-Levine. El cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que consta de un cuestionario con cuatro preguntas que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Se considera adherente la persona que responde negativamente a las cuatro preguntas y si en alguna de ellas contesta afirmativamente se le considera “No

adherente”. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61 (17).

## **7. Análisis Estadístico**

Se utilizara el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows.

La estadística descriptiva se expresa en proporciones y medias con desviación estándar (DE).

Comparamos las distribuciones de las variables categóricas mediante tablas de contingencia y las diferencias se establecen mediante el test Chi-cuadrado y la prueba “p” de significación estadística para valores inferiores a 0,05, así como un análisis multivariante mediante la regresión logística, considerando la existencia de maltrato como variable dependiente.

## **8. Aspectos éticos**

El principio del respeto por las personas exige que los investigadores obtengan el consentimiento informado y voluntario de los participantes en la investigación, les permita suspender su participación en la investigación en cualquier momento y protejan a los participantes que tengan mermada su capacidad de toma de decisiones.

El principio de beneficencia exige que el consenso científico que se obtenga del estudio debe superar las molestias y los riesgos que experimentan los participantes en la investigación y que mantengan al mínimo dichos riesgos. Los riesgos incluyen daños físicos, perjuicios psicosociales, vulneraciones de la confidencialidad, estigma y discriminación.

El principio de justicia precisa que los beneficios y las cargas de la investigación se distribuyan objetivamente. No deben incluirse selectivamente como participantes a poblaciones desfavorecidas y vulnerables y garantiza el acceso equitativo a los beneficios de la investigación.

El estudio requiere la aprobación de los comités éticos y de investigación del hospital de referencia de Palencia.

Se les solicitará a los participantes la firma del consentimiento informado al inicio de la entrevista, si éstos estuvieran incapacitados, ésta se le solicitaría a su familiar o tutor. En el momento de la captación se les informará de que los datos obtenidos serán tratados con las máximas garantías de confidencialidad conforme a la legislación vigente (Ley 15/1999), no incluyéndose ningún dato que permita identificar al participante y siendo éstos solo accesibles al equipo investigador.

## **9. Equipo investigador.**

El equipo investigador estará integrado por un médico, dos enfermeras, un psicólogo y el trabajador social pertenecientes al ámbito de Atención Primaria.

Los entrevistadores serán entrenados para el estudio, mediante 10 sesiones de aprendizaje a lo largo de 20 días. Cada sesión será de una duración de 2-3 horas y abarcará diversos aspectos, como las preguntas sobre el estado de salud y comorbilidad, estado cognitivo, adherencia al tratamiento, factores de riesgo de maltrato y aplicación de diversos instrumentos de medición para conseguir la estandarización e cuanto a la obtención de los resultados.

Se utilizarán medios audiovisuales que han sido expresamente elaborados para esta investigación.

Al terminar el aprendizaje cada entrevistador realizara una entrevista con un sujeto y se le extenderá un certificado acreditativo de capacitación si la actuación resulta satisfactoria.

## **10. Control de calidad**

Un aspecto esencial de esta investigación es el método para asegurar que todos los aspectos del estudio sean de la mayor calidad. Las directrices para una investigación de calidad se denominan prácticas clínicas correctas; el cumplimiento de esta norma ofrece una garantía de calidad ética y científica internacional para el diseño, realización, el registro y la notificación de estudios que suponen la participación de seres humanos.

El control de calidad afecta al cumplimiento del manual de instrucciones, calibración, formación y certificación, informes periódicos, etiquetado y pruebas de laboratorio y calidad de la gestión de los datos.

El control del protocolo será supervisado por dos enfermeras con experiencia investigadora. Estas controlarán los diversos aspectos del desarrollo del estudio, supervisando las citas, la cumplimentación de los protocolos y la informatización de los datos.

Estas enfermeras supervisoras revisarán cada cuestionario. En los casos en que el protocolo estuviera incompleto se procurará precisar la información deficiente con nuevos contactos (telefónicos o en consulta de enfermería) con el participante o su médico de familia.

El objetivo principal de este control es obtener la mayor información posible y fidedigna en cada caso.

## **11. Limitaciones al estudio**

- Negativas a participar.
- Fallecimientos o ingresos hospitalarios.
- Falta de colaboración por parte de la institución.
- Miedo o temor por parte de los informantes a declarar el maltrato.
- El difícil diagnóstico en los casos de deterioro cognitivo.
- Personas con quejas subjetivas y emocionalmente inestables.
- Incumplimiento de normas del estudio.

## 12. Recursos disponibles

El proyecto cuenta con la colaboración de la Gerencia de Atención Primaria del área de salud de Palencia urbana así como con el tiempo de dedicación de todos los profesionales más los recursos propios ordinarios que estarán a disposición para el desarrollo del estudio.

**Estructura físicas disponibles:** sala de reuniones para el equipo investigador, consultas médicas y de enfermería del centro de salud, sala de extracciones.

**Laboratorio** del hospital de referencia para envío de pruebas.

**Servicio de radiología** del hospital de referencia.

**Equipo técnico:** pesos, tallímetro, cinta métrica, esfigmomanómetro, fonendoscopios, glucómetros, electrocardiógrafos, espirómetros, pulsiosímetros, material de laboratorio para la realización y envío de pruebas.

**Equipo informático:** 2 ordenadores dedicados al almacenamiento procesamiento y análisis de los datos con correspondiente software necesario para llevar adelante el estudio.

**Material inventariable y fungible de oficina:** folios, bolígrafos, grapadoras, fotocopidora, fax, etc.

### **13. Utilidad práctica de los resultados**

Con este proyecto se pretende detectar la sospecha de maltrato de personas mayores de 65 o más años institucionalizados en una residencia perteneciente al Área de Salud de Palencia Urbana, y en concreto a la Zona Básica de Salud de "San Juanillo".

Las personas ancianas representan un grupo poblacional muy vulnerable debido a que son numerosos los factores de riesgo que hacen más probable dicha sospecha de maltrato. Algunos de éstos son: la demencia, el cansancio del cuidador, el aislamiento social y la dependencia económica o emocional.

El ámbito de la Atención Primaria y concretamente las consultas de enfermería se erigen como un ámbito privilegiado en la detección del riesgo de maltrato al anciano ya que nuestra formación y experiencia en el ámbito de las relaciones humanas así como nuestra capacidad de observación, son dos de las fuentes de información más valiosas que nos ayudarán a la detección de posibles situaciones de riesgo.

Las residencias de ancianos son el lugar escogido ya que nos permiten llevar a cabo una valoración más completa de la que haríamos sin desplazarnos de la consulta de enfermería.

Dada las especiales características de esta población, es evidente que cualquier intervención que ayude a mejorar la calidad de vida de estas personas mediante el alejamiento de su agresor/es o el castigo correspondiente a éste, es un paso esencial, además de barata y generalizable y en consecuencia representa un ahorro al sistema de salud en términos de disminución de ingresos, estancias hospitalarias y agravamiento de procesos crónicos.

Creemos que las autoridades sanitarias deberían plantearse incluir en los centros de salud de atención primaria, equipos estables de valoración del riesgo de maltrato a los cuales se les debería dar la formación previa necesaria tanto para prevenir como detectar el fenómeno.

Es posible que tras la puesta en acción de estos equipos de valoración se pudieran construir y validar instrumentos confiables, ya que hasta ahora los que tenemos no tienen una sensibilidad ni especificidad suficiente como para detectar el fenómeno dado su complejidad.

## **14. Cronograma**

Etapas:

- I. Elaboración del proyecto: (Fechas: Enero de 2015 a Abril de 2015)
- II. Aprobación del proyecto (Fecha: Mayo de 2015)
- III. Coordinación intraequipo (Fechas: Mayo de 2015 y Junio de 2015)
- IV. Inicio y desarrollo del trabajo (Fechas: Julio – Diciembre de 2015)
- V. Presentación de resultados (Fecha: Marzo de 2016)

## **15. Petición de ayudas y financiación**

Se tiene previsto la elaboración de una propuesta de petición de ayuda según resolución que se publica anualmente para la financiación de la investigación en el plazo fijado por la Gerencia Regional de la Junta de Castilla y León según las directrices específicas de la misma.

También se solicitarán subvenciones a entidades financieras que cada año publican sus ofertas de ayuda para proyectos de investigación.

## 16. Referencias bibliográficas

1. INE. [www.ine.es/prensa/np341.pdf](http://www.ine.es/prensa/np341.pdf). [Online].; 2001 [acceso 2015 Marzo 22]. Disponible en: [www.ine.es/prensa/np341.pdf](http://www.ine.es/prensa/np341.pdf).
2. Elder mistreatment guidelines for health care professionals: detection, assesment and intervention. Agency elder abuse project. 1988.
3. OMS e INPEA. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Revista española de geriatría y gerontología. 2002; 37(6): 332-333.
4. Association A.M. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. 1994.
5. Barbero J. y Moya A. Malos tratos en personas mayores. Revista española de geriatría y gerontología. 2003; 38(2): 177-185.
6. Herrero-Velázquez S. y Fernández-Alonso M.C. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Simancas: 2006; 37(1): 56-9.
7. Arellano Pérez M. Garreta Burriel M. Cervera-Alemany A.Mª. Negligencia, abuso y maltrato. En: International Marketing & communication. Tratado de geriatría para residentes. Madrid; 2007.
8. López García A.P. Maltrato en el ámbito institucional. Rev Mult Gerontología. 2003; 13(2): 102-113.
9. Risco-Romero C. Paniagua-Vicioso Mª.C. Jiménez-Mendoza G. Poblador-Curtó Mª.D. Molina-Martínez L. Buitrago F. Prevalencia y factores de riesgo y sospecha de maltrato en población anciana. Med Clin (Barc). 2005; 125(2): 51-5.
10. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. 1994; 922-929.
11. Rubio-Acuña M. Maltrato institucional a adultos mayores. Gerokomos. 2012; 23(4): 169-171.
12. Buitrago F. Galán-García Mª.E. Garrote T. Reconocer y abordar el maltrato al anciano. FMC. 2006; 13(7): 370-376.
13. IMSERSO. Observatorio de personas mayores. Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales. Ministerio de trabajo y de asuntos sociales; 2004.
14. Ley 39/2006, de 4 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº229; 2006.
15. Lobo A. Miniexamen cognoscitivo (MEC). Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines. 1976; 7:189-202.

16. Pérez-Rojo G. Izal M. Sancho M.T. Adaptación lingüística y cultural de los instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Revista española de Geriátría y gerontología*. 2010; 45(4):213-218.
17. Levine M.G. Concurrente and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24 (1):67-74.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1. Definición de términos**

<b>POLISEMIA DE TÉRMINOS: ABUSO, NEGLIGENCIA Y MALTRATO. DEFINICIONES</b>		
<u>ABUSO</u>	FÍSICO	Actos de violencia que pueden producir dolor, daño, deterioro o enfermedad. Ejemplos: empujar, golpear, bofetear, forzar u obligar a mantener una posición incorrecta, etc.
	PSICOLÓGICO	Conducta que provoca angustia mental en el anciano. Ejemplos: acoso o intimidación verbal, amenazas de castigo, tratar a los ancianos como si fueran niños (infantilización), aislar al anciano y la falta de intimidad.
	ECONÓMICO	Mal uso de los ingresos o recursos de una persona anciana para ganancia económica o personal del cuidador. Ejemplos: ocultar los bienes materiales, robo de dinero o posesiones, mal uso o abuso del dinero, etc.
<u>NEGLIGENCIA</u>	FÍSICA	Incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar el daño. Ejemplos: no aplicación de cuidados sanitarios, administración incorrecta de medicación, no administración de comidas e hidratación necesaria, falta de higiene, no proporcionar ayudas físicas, etc.
	PSICOLÓGICA	No proporcionar estímulos sociales a un anciano dependiente. Ejemplos: dejar solo al anciano durante periodos largos de tiempo, ignorar al anciano y no proporcionarle información y utilización de silencios ofensivos.
	ECONÓMICA	No utilizar los recursos disponibles para mantener o restaurar la salud o bienestar de un anciano. Ejemplos: el anciano recibe cuidados subóptimos o asignación de la peor habitación.
<u>MALTRATO</u>	Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.	

## **ANEXO 2. Factores influyentes en el maltrato y tipos de maltrato**

### TIPOS DE MALTRATO EN EL ANCIANO

**FÍSICO:** Cualquier acto que ocasiona dolor o daño físico. Los actos violentos más comunes contra las personas ancianas son: pegar, golpear, abofetear, pellizcar, empujar, quemar, forzar la alimentación, posición incorrecta, uso inadecuado de sujeciones mecánicas.

**PSICOLÓGICO:** Conductas que producen daño psicológico como: insultos verbales (gritos, amenazas), aislamiento, culpabilización, manipulación, intimidación, chantaje afectivo, desprecio, infantilización, privación de la toma de decisiones.

**ECONÓMICO:** Se incluyen aquí: robos directos, mal uso o abuso del dinero, chantaje económico, impedir el uso y control de su dinero, explotación ilegal e inapropiada de sus fondos y recursos, obligar a firmar cambios no deseados en poderes notariales o testamento.

**SEXUAL:** Cualquier forma de contacto, relación sexual o exhibición sin el consentimiento de la persona anciana.

### FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MALTRATO

Factores sociales	Sobrecarga del cuidador, insuficiencia de recursos asignados por la sociedad a las necesidades de bienestar, las políticas insensibles o desfavorables a las personas mayores.
Factores psicológicos	Sentimientos negativos hacia la vejez, alteraciones mentales, toxicomanías.
Factores familiares	Problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia en la propia familia.
Factores culturales	Situación de rechazo hacia el anciano

## **ANEXO 3. Sospecha clínica de maltrato y señales de alerta**

<b>SITUACIONES CLÍNICAS EN EL ANCIANO SOSPECHOSO DE MALTRATO</b>
Demora entre una lesión o enfermedad y la búsqueda de atención médica.
Disparidad en el relato entre el paciente y el cuidador sospechoso de ser maltratador.
Explicaciones contradictorias o no creíbles en la forma de producirse el incidente.
Frecuentes visitas a diferentes servicios de urgencias o repetidas demandas de visitas médicas por exacerbación de enfermedades crónicas, a pesar de tener indicado un plan correcto de atención médica.
Presentación en consulta de un anciano con deterioro físico, funcional o cognitivo sin que le acompañe su cuidador habitual.
Pobre cumplimiento del tratamiento prescrito, con dosis inadecuadas (por exceso o por defecto) o toma de fármacos (psicótopos) no prescritos por el médico.
Falta de comunicación del anciano con el médico cuando el cuidador está presente.
Historia previa de episodios sospechosos del maltrato.

<b>SEÑALES DE ALERTA, SIGNOS Y SINTOMAS DE MALTRATO</b>
Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones.
Retraso en solicitar la asistencia.
Visitas reiteradas a servicios de urgencias y hospitales por motivos cambiantes.
Administración involuntaria de medicamentos.
Ausencia de respuesta ante tratamientos.
Mala evolución de las lesiones (úlceras) tras aplicación de medidas adecuadas.
Desnutrición sin motivo aparente.
Deshidratación.
Caídas reiteradas.
Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador.
Actitud de miedo, inquietud o pasividad.
Estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión.
Negativa del cuidador a dejar solo al anciano.

## **ANEXO 4. Entrevista clínica**

# ENTREVISTA CLÍNICA

DATOS DEL PARTICIPANTE	
Teléfono de contacto	
Fecha de nacimiento	
Edad	
Sexo	

PRESTACIONES ECONÓMICAS
<input type="checkbox"/> 1. Pensión contributiva
<input type="checkbox"/> 2. Pensión no contributiva
<input type="checkbox"/> 3. Otras: _____
<input type="checkbox"/> 4. No sabe/ No contesta
<input type="checkbox"/> 5. Ingresos > 600€: SI No

DATOS DE LA ENTREVISTA	
Fecha entrevista	
Hora entrevista	
Entrevistador:	
Cumplimentación: Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	
Si la entrevista no se realiza, motivo:	
<input type="checkbox"/> 1. Negativa <input type="checkbox"/> 2. Ausencia <input type="checkbox"/> 3. Fallecimiento <input type="checkbox"/> 4. Otros _____	
Acude acompañado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Persona acompañante:	
Edad: _____	
Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	

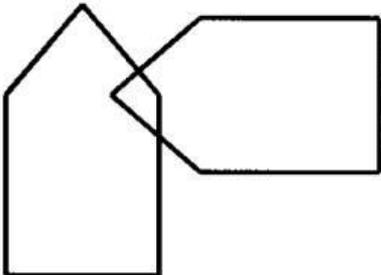
DATOS DEMOGRÁFICOS	
Estado civil: <input type="checkbox"/> 1. Soltero/a <input type="checkbox"/> 2. Casado/a <input type="checkbox"/> 3. Viudo/a <input type="checkbox"/> 4. Separado/a <input type="checkbox"/> 5. Divorciado/a <input type="checkbox"/> 6. Otro: _____	Educación: <input type="checkbox"/> 1. Sin estudios <input type="checkbox"/> 2. Saber leer y escribir <input type="checkbox"/> 3. Estudios primarios <input type="checkbox"/> 4. Bachillerato o equivalente <input type="checkbox"/> 5. Universitarios <input type="checkbox"/> 6. Otros _____ <input type="checkbox"/> 7. No sabe / no contesta  ¿En qué ha trabajado usted? _____

<b>CONSUMO DE FÁRMACOS</b>			
(Los participantes deberán llevar a la entrevista los envases de los medicamentos que estén tomando en la última semana)			
Nombre	Posología	Frecuencia (diario, semanal)	Conoce indicación (SI/NO)

<b>NUTRICIÓN</b>	
¿Cuántas comidas realiza al día?	1   2   3   4   5   Otras _____
¿Se siente lleno al finalizarlas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>VESTIDO</b>	
¿Nota si le falta alguna prenda de vestir?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usa ropa que pertenezca a otra persona?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>HIGIENE</b>	
¿Todos los días se ducha?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Le cortan las uñas amenudo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Le afeitan cuando lo necesita?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CONTENCIÓN FÍSICA</b>	
¿Duerme con algún punto de sujección que le ate a la cama?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo:	
<input type="checkbox"/> 1.Siempre	
<input type="checkbox"/> 2.Frecuentemente	
<input type="checkbox"/> 3.A veces	
<b>ESTADO EMOCIONAL</b>	
¿Tiene miedo de algún trabajador de la institución?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Le han agredido en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Le han amenazado?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se queda a menudo solo en la habitación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Viene su familia a visitarle?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

## MINIEXAMEN COGNOSCITIVO

	PUNTOS	
	CORRECTO	INCORRECTO
<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b> (cada respuesta correcta, 1 punto)		
22.1 ¿Qué día de la semana es hoy?	1	0
22.2 ¿Qué fecha es hoy?	1	0
22.3 ¿En qué mes estamos?	1	0
22.4 ¿En qué estación del año estamos?	1	0
22.5 ¿En qué año estamos?	1	0
<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL</b>		
22.6 ¿Me puede decir en qué país estamos?	1	0
22.7 ¿Sabe en qué provincia estamos? (o comunidad autónoma)	1	0
22.8 ¿Y en qué ciudad (pueblo) estamos?	1	0
22.9 ¿Sabe dónde estamos ahora? (Hospital/Clínica/casa: nombre de la calle)	1	0
22.10 ¿Y en qué planta (piso)?	1	0
<b>MEMORIA DE FIJACIÓN</b>		
"Ahora le voy a nombrar 3 palabras. Después de nombrarlas le ruego que me las repita. Recuérdelas bien porque le pediré que vuelva a nombrarlas dentro de unos minutos". Instrucciones: nombre los tres objetos siguientes empleando un segundo para decir cada uno de ellos: PESETA, CABALLO, MANZANA. Puntúe un 1 por cada respuesta correcta al primer intento.		
22.11 Peseta	1	0
22.12 Caballo	1	0
22.13 Manzana	1	0
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>		
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? (Anote 1 punto por cada respuesta correcta)		
27 pesetas	1	0
24 pesetas	1	0
21 pesetas	1	0
18 pesetas	1	0
15 pesetas	1	0

<b>MEMORIA DIFERIDA</b>		
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?		
Peseta	1	0
Caballo	1	0
Manzana	1	0
<b>NOMINACIÓN</b>		
¿Qué es esto? (mostrar un bolígrafo).	1	0
¿Qué es esto? (mostrar un reloj).	1	0
<b>REPETICIÓN</b>		
Le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? "En un trigal había cinco perros".	1	0
<b>COMPRESIÓN</b>		
Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), dóblelo por la mitad (pausa) y póngalo en la mesa (o en el suelo).		
Cogerlo con la mano derecha.	1	0
Doblarlo por la mitad.	1	0
Ponerlo en el suelo.	1	0
<b>LECTURA</b>		
Por favor, Lea esto y haga lo que dice ahí: "CIERRE LOS OJOS".	1	0
<b>ESCRITURA</b>		
Por favor escriba una frase,... algo que tenga sentido.	1	0
<b>DIBUJO</b>		
Por favor, copie este dibujo:		
		
<b>TOTAL PUNTOS</b>		

## AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - BARTHEL -

<b>Alimentación</b>	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc. por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
	Necesita ayuda para cortar carne o pan, extender mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo.
	Necesita ser alimentado por otra persona.
<b>Baño</b>	Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.
	Necesita cualquier ayuda.
<b>Vestido</b>	Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...
	NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.
	DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.
<b>Aseo</b>	INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...
	NECESITA ALGUNA AYUDA.
<b>Uso del retrete</b>	Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.
	NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.
	DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.
<b>Defecación</b>	Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.
	Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.
	INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.
<b>Micción</b>	Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.
	Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.
	INCONTINENTE.
<b>Deambulación</b>	Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros.
	NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.
	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.
	DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.
<b>Subir y bajar escaleras</b>	Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.
	NECESITA AYUDA física o verbal.
	INCAPAZ de manejarse sin asistencia.

<b>Transferencia (traslado silla- cama)</b>	Es INDEPENDIENTE.
	NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).
	NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda.
	Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.
<b>TOTAL</b>	<input type="checkbox"/> 1. <20 puntos = dependencia total. <input type="checkbox"/> 2. 20-35 puntos = dependencia grave. <input type="checkbox"/> 3. 40-55 puntos = dependencia moderada. <input type="checkbox"/> 4. ≥ 60 puntos = dependencia leve. <input type="checkbox"/> 5. 100 puntos = independiente.

## SUBESCALAS DE ANSIEDAD/DEPRESION DE GOLDBERG

### SUBESCALA DE ANSIEDAD

¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Sí = 1	No
¿Ha estado muy preocupado por algo?	Sí = 1	No
¿Se ha sentido muy irritable?	Sí = 1	No
¿Ha tenido dificultad para relajarse?	Sí = 1	No
<b>¿Si hay dos o más respuestas afirmativas continuar preguntando?</b>		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Sí = 1	No
¿Ha tenido dolores de cabeza o nunca?	Sí = 1	No
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? Síntomas vegetativos	Sí = 1	No
¿Ha estado preocupado por su salud?	Sí = 1	No
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Sí = 1	No

### SUBESCALA DE DEPRESION

¿Se ha sentido con poca energía?	Sí = 1	No
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	Sí = 1	No
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	Sí = 1	No
<b>Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas , anteriores, continuar preguntando</b>	Sí = 1	No
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	Sí = 1	No
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	Sí = 1	No
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	Sí = 1	No
¿Se ha sentido usted enlentecido?	Sí = 1	No
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	Sí = 1	No

**TOTAL ANSIEDAD:**

**TOTAL DEPRESIÓN:**

### TEST MORISKY-GREEN

	Sí	No
1 ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos		
2 ¿Toma la medicación a la hora indicada?		
3 Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?		
4 Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomar la medicación?		

## **ANEXO 5. Índice de sospecha de maltrato (EASI)**

## INDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

Fecha:

Nombre del evaluador:

¿La persona mayor rechaza la participación?  SI  NO

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

Nombre y apellido de la persona mayor:

Edad \_\_\_\_\_ años

Estado civil

- Soltero  
 Casado  
 Divorciado  
 Viudo  
 En pareja  
 Otros \_\_\_\_\_

Con quién convive

- Solo  
 Con el cónyuge o pareja  
 Con un compañero de habitación  
 Con hijo (s) ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ hijos  
 Con nieto (s) ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ nietos  
 Con otros familiares:  
 Con un cuidador pagado  
 Otra forma: \_\_\_\_\_

Nivel educativo:

- Analfabetismo  
 Aprendizaje elemental no formal: leer y escribir  
 Primarios incompletos (inferior a Educación Primaria)  
 Primarios completos (Educación Primaria)  
 Secundaria / Bachiller / FP incompleta  
 Secundaria / Bachiller hasta COU o FP Completa  
 Estudios universitarios  
 Otro: \_\_\_\_\_ años de estudio

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 del cuidador \_\_\_\_\_

Teléfono del cuidador \_\_\_\_\_

Con una puntuación en el MEC igual o superior 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?  SI  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)?

- SI  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 periodo 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?

SI  NO  No contesta

En caso de respuesta afirmativa,

¿Quién se la ha proporcionado?

¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s?  SI  NO

¿Qué tipo de problemas tiene con esas personas? \_\_\_\_\_

En caso de respuesta negativa,

¿La ha necesitado?  SI  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, audifono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?

SI  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?

SI  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?

SI  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?

SI  NO  No contesta

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

Una ocasión  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

<p>NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?</p>
<p>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 responsable de cada una de estas situaciones?</p>
<p>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 _____</p>
<p>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? <input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO      <input type="checkbox"/> No está seguro</p>
<p>¿Cree que éste es un caso de sospecha de maltrato? <input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO      <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Físico    <input type="checkbox"/> Psicológico    <input type="checkbox"/> Sexual    <input type="checkbox"/> Económico    <input type="checkbox"/> Negligencia</p>
<p>6b. Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien durante la entrevista? <input type="checkbox"/> SI      <input type="checkbox"/> NO En caso de respuesta afirmativa, ¿quién? _____</p>
<p>NOTA PARA EL PROFESIONAL: "Por favor anote cualquier observación o información que considere importante tras la aplicación del protocolo a la persona mayor".</p>

## **ANEXO 6. Cuestionario de apoyo social M.O.S**

## CUESTIONARIO MOS

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que ocurre).      N° de amigos íntimos, familiares.....

La gente busca a otras personas para encontrar compañías, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abraze	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5

Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Apoyo emocional: suma de ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17,19

Apoyo instrumental: suma de ítems 2, 5, 12, 15

Apoyo de interacción social positiva: suma de ítems 7, 11, 14, 18

Apoyo afectivo: suma de ítems 6, 10, 20

Índice global de apoyo social: suma de los 19 ítems

Apoyo global es escaso si es inferior o igual a 57

Apoyo emocional/informacional: falta de apoyo si inferior o igual a 24

Apoyo instrumental: falta de apoyo si inferior o igual a 12

Apoyo de interacción social positiva: falta de apoyo si inferior o igual a 9

Apoyo afectivo: falta de apoyo si inferior o igual a 9

## **ANEXO 7. Consentimiento informado**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

D.....

.....

Reconoce haber sido informado de los objetivos del estudio cumpliendo los requisitos de la Ley básica 41/2002 de 14 de Noviembre, Reguladora de la autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y documentación Clínica.

Este documento no pretende sustituir la adecuada información por parte del equipo de Enfermería adaptada al caso concreto.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y comprendo el alcance del presente procedimiento objeto de este consentimiento.

Firma:

