



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Detección del Maltrato al Anciano en la Consulta de Enfermería de Atención Primaria

Estudiante: Celia Sanllorente Anguiano

Tutelado por: M^a Ángeles Ferrer Pascual

Soria, 28 de Mayo de 2019

“Cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento son mutuamente interdependientes”

Erich Fromm

Resumen

Introducción: El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población a nivel mundial es uno de los hechos más relevantes de finales del siglo XX y principios del XXI. Los datos publicados por el NCEA, la INPEA y la OMS muestran que un 5-6% de los adultos mayores sufre situaciones de violencia en el hogar y un 10% de los mismos sufre violencia institucional.

Objetivo: Analizar el papel de la enfermera de Atención Primaria en la atención al anciano víctima de maltrato, mediante la identificación de las herramientas empleadas en la detección y las intervenciones a realizar ante la sospecha o situación de abuso.

Metodología: Revisión bibliográfica llevada a cabo mediante una búsqueda sistemática en las bases de datos CINHALL, CUIDENplus, Pubmed, Encuentra@, Scielo y el buscador Google Académico. Se limita la búsqueda a los 10 últimos años (2008-2018). Se seleccionaron 13 artículos que daban respuesta a los objetivos establecidos.

Resultados y discusión: La enfermera de AP no tiene un plan de actuación determinado ante casos de maltrato al anciano, aunque los autores coinciden en una serie de pautas de valoración física y cognitiva a seguir. También coinciden en la realización de una valoración física y cognitiva del anciano, además de una entrevista clínica. Los instrumentos de cribado que existen son las escalas H-S/EAST, VASS, EASI, CASE entre otras.

Conclusión: Las intervenciones de los profesionales de enfermería de AP deben enfocarse tanto a la detección de casos de MA como a su prevención, haciéndose visible la necesidad de formación de dichos profesionales en este ámbito. Para llevar a cabo la valoración de los casos de MA la enfermera de AP realiza una visita domiciliaria y emplea instrumentos de cribado como son la Escala Zarit y otros con menor validez diagnóstica, como las escalas EASI y CASE.

Palabras clave: Maltrato anciano, enfermería, atención primaria, detección.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Marco conceptual	1
1.2. Epidemiología y tipos de maltrato	2
1.3. Factores de riesgo	4
1.4. Consecuencias del maltrato.....	5
1.5. Equipo multidisciplinar	5
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	7
4. METODOLOGÍA	8
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	9
5.1. Intervenciones de enfermería en la consulta de AP para la detección del MA	9
5.2. Herramientas empleadas en AP para la detección del MA	11
6. CONCLUSIÓN	15
7. REFLEXIÓN PERSONAL.....	16
8. BIBLIOGRAFÍA	17
9. ANEXOS.....	I
Anexo I. Tabla proceso de estrategia de búsqueda.....	I
Anexo II. Tabla resumen bibliografía consultada.....	II
Anexo III. Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI).	IV
Anexo IV. Escala de Detección del Maltrato por parte del Cuidador (CASE).....	V
Anexo V. Escala Zarit. Cuestionario de sobrecarga del cuidador.....	VI

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Tipos de MA.....	4
-----------------------------	---

LISTADO DE ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

AMA: Asociación Médica Americana

AP: Atención Primaria

CASE: Escala de Detección del Maltrato por parte del Cuidador (Caregiver Abuse Screen)

CTF: Canadian Task Force

EASI: Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index)

H-S/EAST: Test de Cribado de Maltrato por parte del cuidador (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test)

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto Nacional de Estadística

INPEA: Liga Internacional para la Prevención del Abuso al Adulto Mayor (International Network for the Prevention of Elder Abuse)

MA: Maltrato al Anciano

NCEA: National Centre on Elder Abuse (Centro Nacional sobre el Maltrato a los Mayores)

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

SEGG: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

SP: Salud Pública

SWEF: Formulario de Valoración para Trabajo Social

VASS: Escala de Detección de la Vulnerabilidad de Sufrir Abuso (Vulnerability Abuse Screening Scale)

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población a nivel mundial es uno de los hechos más relevantes de finales del siglo XX y principios del XXI produciendo modificaciones en la estructura familiar, económica y social de los distintos países, fenómeno ya surgido en los países más desarrollados y que comienza a producirse en aquellos que están en vías de desarrollo¹.

El envejecimiento poblacional surge a raíz de la transición del proceso demográfico y del proceso epidemiológico de las poblaciones, caracterizándose el primero por la disminución de la tasa de fecundidad, de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida, y distinguiéndose el segundo por la disminución de la prevalencia, incidencia y mortandad de enfermedades infecciosas y el aumento de la aparición de las crónicas y de carácter degenerativo e incapacitante. Datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) pronostican que el volumen de población mayor de 60 años en 2050 será de casi 2.000 millones de personas¹. En España se pronostica que habrá más de 7 millones de ancianos en 2020, de los cuales el 25% superarán los 80 años².

Todos los grupos de edad son susceptibles de sufrir maltrato, aunque bien es cierto que los ancianos forman un grupo especialmente vulnerable dada su dependencia de terceras personas para satisfacer las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). El maltrato al anciano (MA) es un acontecimiento que cobra cada vez mayor relevancia en la sociedad actual dado el aumento del número de personas mayores de 65 años, la falta de tiempo de sus familiares para proporcionar cuidados, viviendas de menor tamaño, la incorporación de la mujer al mundo laboral entre otras causas que conllevan la discriminación de los ancianos y la tendencia a su institucionalización en centros para la tercera edad. Por todo ello surge la necesidad de los profesionales sanitarios de diseñar y emplear herramientas para la temprana detección y abordaje de los abusos ejercidos contra los adultos mayores^{3,4}.

1.1. Marco conceptual

En 1982 se aprueban los derechos humanos básicos del anciano en el Primer Plan de Actuación Internacional sobre el Envejecimiento presentado en Viena, pero el concepto de MA no queda definido hasta 1988 por la Sociedad Británica de Geriátrica. En 2002, el MA se reconoce como un problema de Salud Pública (SP) global mediante la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores⁵ que pone de manifiesto la definición citada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su trabajo *Envejecimiento activo: un marco político*⁶ publicado ese mismo año como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”^{2,7,8}. Cabe añadir que el maltrato puede ocurrir en el contexto del ámbito familiar, comunitario o institucional y además puede considerarse como un acto que produce daño ya sea de manera intencionada o no. Por su parte, Martínez Maroto en 2005 define el MA desde una perspectiva jurídica como “aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, y que se ejercen comúnmente de forma reiterada, basadas en el hecho relacional, bien sea este familiar o de otro tipo”⁷. La integridad física y

psíquica del anciano queda expuesta ante situaciones de maltrato, al igual que el principio de autonomía del mismo y el resto de sus derechos fundamentales que deben ser respetados^{4, 7, 9}.

En España, es en 1990 en un congreso realizado en Toledo donde se habla por primera vez de maltrato ejercido contra el adulto mayor. En 2007 se publica en Girona un Protocolo de Actuación contra el Maltrato a las Personas mayores⁸. En nuestro país existen distintas asociaciones que velan por el bienestar y la calidad de vida de la población anciana, entre ellas las más relevantes son la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). La SEGG¹⁰ se fundó en Madrid en 1948 con el objetivo fundamental de fomentar el conocimiento del proceso de envejecimiento, promover acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los ancianos, asesorar a organismos sanitarios y sociales además de promover sistemas de formación y atención geriátrica y gerontológica. En la actualidad es una de las sociedades europeas más numerosa y está formada por tres secciones: clínica, biológica y de ciencias sociales y del comportamiento. Por su parte, el IMSERSO¹¹ tiene su organización en los órganos de dirección y en los de participación en el control y vigilancia de la gestión. Se rige por la estructura establecida en el Real Decreto 1226/2005, de 13 de octubre¹² en el que se le atribuye de las competencias en materia de personas mayores como la creación y puesta en marcha de sistemas de protección a personas en situación de dependencia, desarrollo de políticas para el envejecimiento activo de la población, elaboración de propuestas para garantizar la igualdad de los ciudadanos y desarrollo de políticas de cohesión social interterritorial entre otras funciones.

En nuestro país el Código Civil establece que las medidas necesarias para la protección del anciano deben ser puestas en práctica por las familias, el entorno social y los profesionales sanitarios que le presten cuidados en caso de así precisarlo. Por su parte la Fiscalía General del Estado ha creado la figura de los “fiscales encargados de los servicios de violencia doméstica” quienes ponen en práctica planes contra la violencia doméstica en el ámbito nacional entre los cuales hay cabida para aquellos planes dirigidos al MA¹³. Además, el 1 de enero de 2007 entra en vigor la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley de Dependencia) mediante la cual se establece la financiación de aquellos servicios necesarios para que las personas dependientes puedan realizar las ABVD¹⁴.

Movimientos más actuales han surgido en países de Latinoamérica, con la alianza mundial por los derechos de los ancianos en 2011 y con la publicación de la Carta de San José en 2012 por la protección de derechos y libertades sociosanitarias de los ancianos en América Latina y el Caribe^{8,15}.

1.2. Epidemiología y tipos de maltrato

Los datos publicados por el National Centre on Elder Abuse (NCEA), la Liga Internacional para la Prevención del Abuso al Adulto Mayor (INPEA) y la OMS muestran que un 5-6% de los adultos mayores sufre situaciones de violencia en el hogar y un 10% de los mismos sufren violencia institucional, diagnosticándose únicamente un 20% de los casos y apareciendo el fenómeno conocido como “iceberg”^{3, 8, 13}.

La evaluación de la tasa real de prevalencia del MA es difícil de concretar. Según estudios internacionales la tasa varía entre un 1% y 35% dependiendo del tipo de definición, encuesta o método de muestreo empleado para generar los datos^{16, 17}. En España existen pocos estudios sobre la incidencia del MA, según el informe de Iborra en 2008 la tasa total de MA sería de un 0,8%, siendo la tasa de maltrato físico y abuso económico de 0,2% para ambos y la tasa de maltrato psicológico y negligencia de un 0,3%¹⁸.

El MA es un problema de SP cada vez más alarmante dado el aumento de la esperanza de vida y envejecimiento de la población a nivel mundial. La ruptura de los lazos familiares y la pobreza social aumentan la aparición del mismo¹⁶.

Los tipos de malos tratos se pueden dividir en físico, psicológico, abuso sexual, abuso financiero, negligencia y abandono, tal y como se muestra en la *Figura 1*^{8,19}. El maltrato físico se caracteriza por cualquier tipo de agresión física que produzca daño ya sean quemaduras, golpes, fracturas o administración abusiva de medicamentos. El maltrato psicológico es aquel que produce daño a nivel psicológico en la persona generado por amenazas, manipulación, humillaciones, chantaje emocional, intimidación, etc. Cualquier forma de actividad sexual sin consentimiento de la persona tanto por negación o como por incapacidad de expresar la voluntad se considera como abuso sexual. El abuso financiero o maltrato económico se produce cuando se priva a la persona del uso y control de su propio dinero o bienes, pudiendo aparecer en forma de chantaje. El abuso por negligencia aparece cuando las necesidades básicas de la persona no se satisfacen, ya sean cuidados de higiene, alimentación, tratamiento médico, etc. Cuando se niegan muestras de afecto o se priva a la persona de comunicarse con otros se habla de caso de abandono o maltrato emocional. También pueden presentarse como maltrato las faltas de respeto a la intimidad del anciano y a su espacio personal²⁰.

La OMS y la INPEA además recogen otras dos formas de maltrato como son el maltrato estructural y social que ejercen los gobiernos e instituciones y los prejuicios hacia el mayor traducidos en estereotipos negativos hacia el mismo²⁰. El fenómeno del “abuelo golondrina” que corresponde a la rotación periódica del anciano entre distintos cuidadores y el “abuelo esclavo” al que se le asignan diversas tareas y ocupaciones también pueden ser consideradas formas de abuso al mayor dependiendo de cómo sean vividas por el propio anciano¹³.

Un estudio realizado en España en el año 2008 concluyó que un 1,5% de los ancianos entrevistados había sido víctima de algún tipo de maltrato, siendo el abuso económico el más común con un 0,8% de los casos, seguido de la negligencia y el abuso psicológico ambos con un 0,5% y por último un 0,3% sufrieron maltrato físico⁸. En 2014 los autores *Castilla y Palma*⁹ determinaron que el tipo de maltrato que se producía con más frecuencia era el físico (70,7%), seguido del psicológico (15,8%) y en menor medida el abandono y abuso sexual. Es necesario tener en cuenta que los casos de maltrato físico poseen una mayor tasa de denuncia ya que en muchas ocasiones sus consecuencias precisan de atención sanitaria. Por el contrario, según un estudio portugués un 32,3% de los participantes consideraron la negligencia como forma más habitual de maltrato seguida de la violencia emocional con un 22,1%¹⁶.

En discrepancia, estudios realizados en Cuba mostraron que el tipo de abuso más común reflejado por la población estudiada era el psicológico, apareciendo entre un 78%- 92%

de los casos, seguido del abandono y negligencia, el físico y por último el abuso financiero^{17, 19, 20}.

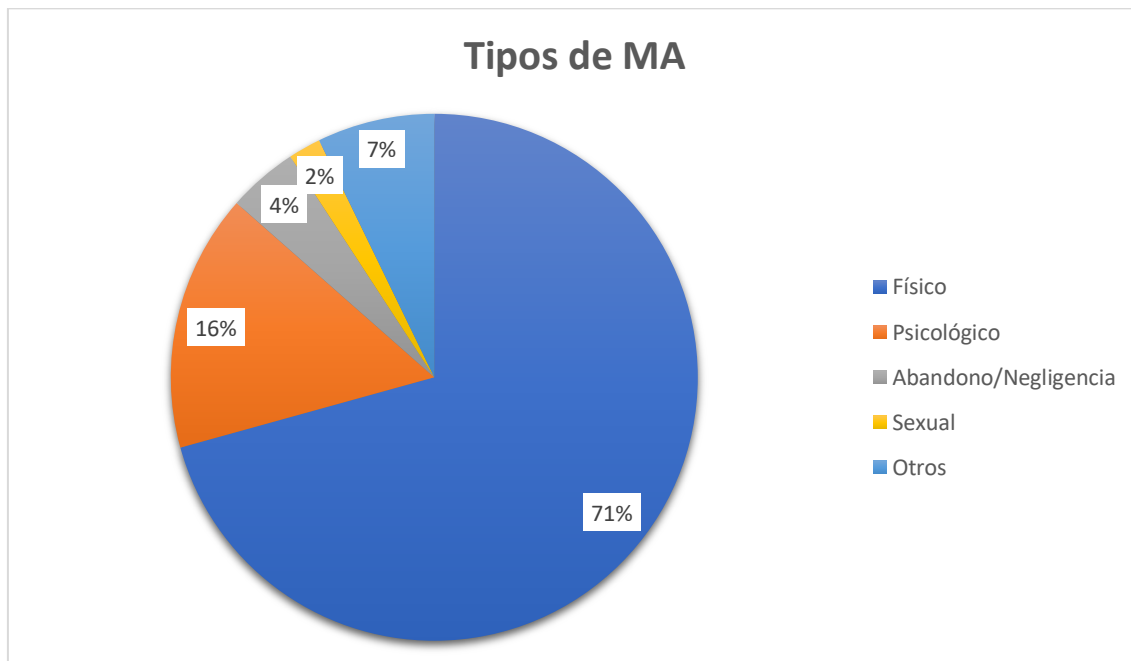


Gráfico 1: Tipos de MA. Fuente: *Elaboración propia a partir de datos obtenidos de:* ⁵ Castilla Mora R, Palma García MO. (2014). *El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga (España). Trabajo Social Global. Revista de Investigación en Intervención Social.*

Un estudio realizado en Antioquia (Colombia) en 2012 revela que las variables demográficas que guardan mayor relación con la aparición de MA son el sexo, el nivel de escolaridad, la etnia, el estrato socioeconómico y el tipo de vivienda. Además, también se encontró relación entre la aparición de maltrato y el riesgo del adulto mayor de sufrir depresión y ansiedad¹. En este caso los factores que más se relacionaron con el MA fueron el sexo femenino, residir en zona urbana, padecer ansiedad, padecer depresión y tener un apoyo familiar inadecuado. Dicho estudio concluye que entre 3-12% de los casos de MA se producen en el ámbito familiar a personas mayores de 70 años con grado de dependencia más elevado. A nivel mundial en 2007 el 55% de los adultos de 60 o más años eran mujeres y el 58% de 70 años o más, lo que podría explicar por qué el sexo se ve como factor de riesgo para ser víctima de maltrato, ya que la mujer posee una mayor esperanza de vida^{2,17,19,20}.

1.3. Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo relacionados con el adulto mayor víctima de violencia encontramos una gran conexión con el nivel de dependencia del mismo, la falta de autonomía ya sea por discapacidad mental o física, el nivel de conocimiento de los propios derechos, el carácter y personalidad del anciano, su nivel cultural, los recursos económicos de los que dispone, las habilidades para establecer relaciones personales y la existencia de apoyos familiares, entre otros, como son el aislamiento social, la edad avanzada, antecedentes de maltrato doméstico, viudedad, demencia, etc^{4,7,19}.

Entre los factores de riesgo que se asocian con el agresor se distinguen el agotamiento como cuidador principal, problemas económicos, estrés o crisis vital por causas diversas, dependencia de drogas y/o alcohol, trastorno o enfermedad mental, pérdida de control de la situación o experiencias previas de violencia en el entorno familiar⁷. El aumento de la esperanza de vida conlleva la aparición de familias trigeracionales en las cuales llega un momento de transición en el que son los hijos (2ª generación) quienes toman el liderazgo de la familia. Por este motivo, son los hijos quienes con mayor frecuencia ejercen maltrato en el 50-60% de los casos, seguidos de los nietos y nueras, individuos no pertenecientes al entorno del anciano y compañero sentimental^{1, 2, 19, 20}.

Según los datos obtenidos en 2014 por el IMSERSO, el perfil del agresor fue en el 50% de los casos el cuidador principal, que en un 37% era >65 años y, el porcentaje de probabilidad de actuar como agresor entre hombres y mujeres se dividía en un 53% y 47% respectivamente^{8, 11}.

Es curioso que tanto los cuidadores como las víctimas de maltrato rehúsan pedir ayuda a profesionales para poner fin a la situación estresante o de abuso, ya sea por temor a represalias, vergüenza de la exposición pública o por sentimientos de molestia y carga para la familia¹⁷.

1.4. Consecuencias del maltrato

Las consecuencias producidas por el MA pueden ser muy diversas. Pueden dividirse en físicas presentando arañazos, heridas, hematomas, fracturas, pérdida de cabello; psicológicas como sintomatología depresiva, ansiedad, indefensión, miedo, trastornos del sueño, silencio, aislamiento; por negligencia pueden presentar mala higiene, desnutrición y deshidratación, hipo/hipertermia, úlceras por presión al no realizar cambios posturales, empeoramiento de las enfermedades de base; consecuencias económicas como la incapacidad para pagar facturas, desahucios, deterioro del nivel de vida en general; por último consecuencias de tipo sexual como contagio de enfermedades transmisibles y traumatismos en la zona genital⁷.

Cabe destacar que tanto la depresión como la ansiedad pueden ser factores de riesgo para la aparición de maltrato pero a su vez pueden ser fenómenos provocados por el mismo².

1.5. Equipo multidisciplinar

El equipo multidisciplinar está constituido por un grupo de diferentes profesionales sanitarios que trabajan de forma independiente en un área común, realizando por separado una valoración del enfermo e interactuando entre ellos para el intercambio de información de un modo informal. El núcleo mínimo de profesionales que compone estos equipos en AP consta de un médico de familia, una enfermera, un auxiliar de enfermería y un trabajador social²¹.

El servicio de AP es la puerta de entrada de la población al Sistema Sanitario de Salud, desde aquí los profesionales sanitarios trabajan mediante programas de salud recogidos en la Cartera de Servicios como son el servicio de atención al anciano de riesgo, actividades preventivas en mayores de 75 años y servicio de atención al cuidador familiar²². Los equipos

multidisciplinares que prestan sus servicios a los mayores tienen un papel fundamental en la detección de situaciones de abuso, están obligados a informar a las autoridades pertinentes sobre la existencia o sospecha de casos de maltrato e intervenir junto a ellas para velar por los derechos y cuidados de las personas ancianas.

Entre los profesionales sanitarios de AP, un 47,2% consideró la violencia como un problema de SP mientras que un 37,8% lo consideró como problema judicial o social. El 97,6% de los encuestados reconoció la intervención de los profesionales sanitarios de gran ayuda para el diagnóstico del MA¹⁶.

Por su parte, los profesionales de enfermería constituyen una figura fundamental en la detección de los casos de abuso, a través de la observación y valoración mediante la realización de entrevistas clínicas tanto a la posible víctima de abuso, a su cuidador y valoración del entorno en el que vive para determinar posibles factores de riesgo. Para el desarrollo de diagnósticos enfermeros que les permitan brindar los cuidados adecuados a cada paciente en función de la valoración previamente realizada, los profesionales de enfermería emplean un lenguaje propio mejorando así la comunicación y midiendo los resultados obtenidos con su intervención. Uno de los lenguajes o taxonomías más utilizadas es la conocida como NANDA-NOC-NIC, representando respectivamente la etiqueta diagnóstica, los criterios de resultado y las intervenciones para conseguirlos. Dichas etiquetas diagnósticas describen la respuesta humana de la persona y se expresan como alteraciones reales o potenciales de la salud, se relacionan con (r/c) aquellos factores causales de la alteración de la salud y se manifiesta por (m/p) las características definitorias que reflejan la aparición del diagnóstico determinado²³.

2. JUSTIFICACIÓN

El MA es un tema que cobra cada vez mayor relevancia en la sociedad actual a consecuencia del envejecimiento de la población, aunque bien es cierto que ha sido un tema oculto hasta hace algunos años y es por ello que al hablar de maltrato se tiende a pensar en primer lugar en violencia de género o infantil sin reparar en los abusos dirigidos a la población anciana.

El aumento de la población envejecida en riesgo, debido al incremento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad, sumado a los cambios sociales de las comunidades suponen un incremento potencial de la aparición de casos de abuso.

La detección de los casos de abuso a mayores constituye una tarea complicada siendo la mayor parte de los casos diagnosticados cuando estos son hospitalizados o a través del trabajador social. Los profesionales de AP poseen una posición privilegiada para poder llevar a cabo actividades tanto de prevención como de detección precoz de los abusos a adultos mayores, siendo necesaria una formación específica en este campo en materia de prevención y detección precoz de casos de riesgo. Asimismo, se debe dotar a los profesionales sanitarios con instrumentos fiables suficientes para desarrollar un buen diagnóstico ante la situación de sospecha.

En cuestión de detección de abusos, la enfermera juega un importante papel dada la cercanía que establece con los usuarios y sus familias en la consulta de AP, estando además capacitada para brindarles formación e información sanitaria destinadas a la prevención de situaciones de riesgo. Es por ello que mediante la realización de este trabajo pretendo dar a conocer un tema casi oculto como es el abuso ejercido hacia las personas mayores, tema que me ha llamado especialmente la atención ya que en ocasiones este tipo de víctimas no tienen las capacidades suficientes para hacer visible su situación y pedir ayuda, ya sea por miedo o por deterioro de sus capacidades a consecuencia de la edad. Asimismo, se pretende dar a conocer las estrategias más adecuadas para el correcto abordaje de los casos de maltrato desde el punto de vista del profesional de enfermería en la consulta de AP.

3. OBJETIVOS

General:

- Analizar el papel de la enfermera de AP en la atención al anciano víctima de maltrato.

Específicos:

- Describir las intervenciones que puede llevar a cabo la enfermera en la consulta de AP ante una situación de maltrato al anciano.
- Identificar las herramientas básicas empleadas para la detección del maltrato al anciano.

4. METODOLOGÍA

Para abordar los objetivos que he marcado con la realización de este trabajo de revisión bibliográfica he seleccionado aquellos artículos más actuales o aquellos estudios basados en la evidencia científica que permitiesen realizar una síntesis capaz de aportar conocimientos en el ámbito profesional de la enfermería.

La revisión de la literatura científica se llevó a cabo entre noviembre de 2018 y abril de 2019 seleccionando recursos bibliográficos como artículos científicos, informes oficiales, guías asistenciales, documentos de carácter legislativo y sitios Web con reconocimiento oficial, como el espacio Web del Instituto Nacional de Estadística (INE), el de la OMS, la plataforma de la SEGG y la del IMSERSO. Las bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud empleadas para realizar la búsqueda fueron: Cinahl, Cuiden Plus, Pubmed, Encuentra y Scielo, además del buscador Google Académico.

Las palabras clave utilizadas en la estrategia de búsqueda fueron: maltrato anciano, abuso anciano, enfermería, Atención Primaria, intervención enfermería y diagnóstico enfermería. Los términos MeSH empleados fueron: Elder abuse, Primary health care, Primary care nursing, nursing interventions, nursing y nursing diagnosis. Además, se utilizaron los operadores booleanos AND y OR como se muestra en la tabla de estrategia de búsqueda (Anexo I). Para concretar la búsqueda se aplicaron criterios de inclusión por año de publicación hasta 2008 y por temática, incluyéndose aquellas publicaciones que trataran el tema del MA desde el ámbito de la AP y a través de un enfoque enfermero. Por su parte, se excluyeron las publicaciones cuya temática no se centrara en el tema abordado y/o lo hiciera desde un punto de vista relacionado con otro colectivo de profesionales.

El número total de recursos bibliográficos utilizados ha sido de 13 artículos (Anexo II), seleccionados por ser los que contenían la información que mejor se adaptaba a tratar los objetivos propuestos en el trabajo.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Intervenciones de enfermería en la consulta de AP para la detección del MA

Las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales sanitarios de AP no deben ir únicamente encaminadas hacia la detección de los casos de MA ya establecidos, sino que también se debe pretender la prevención de estos antes de que se produzcan. Por este motivo es fundamental que la enfermera tenga en cuenta las actividades que puede realizar en los tres niveles de prevención.

Dentro de lo que correspondería a las actividades de prevención primaria *Cordero et al.*⁴ expone en su publicación la capacidad de la enfermera de AP en la identificación de factores de riesgo tanto del anciano como de su cuidador y su habilidad a la hora de reconocer las circunstancias de mayor vulnerabilidad para que se produzca el maltrato. Igualmente, la enfermera posee aptitudes necesarias para desarrollar intervenciones con capacidad de modificar dichos factores de riesgo y ofrecer apoyo al cuidador, pudiendo anticipar situaciones estresantes o de sobrecarga que conlleven conductas violentas. Además de estas actividades, *Loh et al.*²⁴ hacen visible, en su estudio, la mejora de la detección de los casos de abuso a través de la formación del personal de enfermería, no solo ampliando sus conocimientos acerca del maltrato a los mayores sino también mediante el adiestramiento en habilidades que permiten reconocer las situaciones de riesgo para restaurar así la calidad de vida del anciano.

Por otro lado y siguiendo con las actividades que corresponderían a una estrategia de prevención primaria, *Cano et al.*¹ apuntan la importancia del papel de los gobiernos y administraciones para incentivar tanto la implementación de programas de educación orientados a niños y jóvenes que traten el respeto a los mayores desde los colegios y a través de medios de comunicación de masas, como el desarrollo de programas de ayuda social a ancianos y familias, la formación de cuidadores y familiares, mayor dedicación de recursos y modificaciones en la normativa laboral que favorezcan la reducción de jornada de aquellos trabajadores con ancianos dependientes a su cargo.

El siguiente nivel de prevención corresponde a las actividades de prevención secundaria enfocadas en la detección temprana de los casos de maltrato a través de intervenciones y herramientas de cribado que se expondrán posteriormente. Para diagnosticar la existencia de maltrato, los estudios de los autores *Cordero et al.*⁴, *Sánchez*¹³, *Pellicer et al.*²⁵, *Martín et al.*²⁶ coinciden en las pautas de actuación a seguir. La primera de ellas sería la entrevista clínica al anciano en la que el profesional facilitará la expresión de sentimientos, utilizará un lenguaje de fácil comprensión, mantendrá la confidencialidad y mostrará empatía y escucha activa. Se realizará de manera individual para evitar que pueda haber coacción por parte del agresor o familiares. El segundo paso es la realización de la exploración física, se llevará a cabo de forma sistemática explorando cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y exploración neurológica con el fin de detectar lesiones y signos físicos de sospecha de maltrato o negligencia. También se valorará el aspecto general del anciano teniendo en cuenta la higiene, ropa, estado nutricional, síntomas de sobredosis farmacológica y visitas frecuentes al servicio de urgencias.

Dichos autores también están de acuerdo en la realización de una exploración psicológica y cognitiva del anciano con el objetivo de diagnosticar síntomas de ansiedad, depresión, miedo, etc. Asimismo, se debe valorar el grado de dependencia y el estado cognitivo prestando especial atención a las posibles señales que nos alerten de la presencia de abusos, como explicaciones poco coherentes sobre cómo surgieron las lesiones, incoherencias entre lo relatado por el anciano y el cuidador, retraso en solicitar asistencia sanitaria, deshidratación o desnutrición, caídas frecuentes, etc.^{13, 25, 26}.

Respecto a los diagnósticos enfermeros que se relacionan con el MA, de toda la literatura consultada únicamente *Pellicer et al.* hace referencia en su artículo a su utilización para el abordaje de los diferentes casos de abuso²⁵.

Los diagnósticos enfermeros que se corresponden con el rol que desempeña el anciano y sus relaciones personales son²⁵:

- Desempeño ineficaz del rol: se puede relacionar con una baja autoestima del individuo, expectativas poco realistas del rol que desempeña, existencia de violencia doméstica, falta de recursos, estrés, etc. Las manifestaciones que pueden observarse en el anciano son ansiedad, depresión, discriminación, conocimientos deficientes, cambio en la autopercepción del rol que desempeña, falta de confianza, etc.
- Deterioro de la interacción social: las alteraciones que pueden producir este diagnóstico son la ausencia de personas significativas para el anciano así como la alteración de los procesos de pensamiento. Se manifiesta por disfunción en las interacciones con los demás, malestar ante situaciones sociales, incapacidad para expresar sensaciones satisfactorias, etc.

El diagnóstico enfermero que describe las sensaciones tanto físicas como psicológicas del anciano es²⁵:

- Ansiedad: Su aparición se relaciona con cambios producidos en el entorno de la persona, en la función del rol que desempeña y en la asociación familiar. El anciano manifiesta angustia, depresión, insomnio, temor, agitación, preocupación, etc.

Otros diagnósticos de interés que pueden asociarse a las situaciones de abuso son²⁵:

- Riesgo de violencia dirigida a otros: Se relaciona con la existencia previa de violencia indirecta, de amenazas, de conducta antisocial violenta o suicida, impulsividad, etc.
- Disfunción sexual: producida por abuso psicosocial o físico hacia el anciano, vulnerabilidad, etc., que se manifiesta por la propia verbalización de la existencia del problema.

Una vez se haya determinado la existencia de una situación de MA entra en juego la prevención terciaria, con la finalidad de impedir la aparición de nuevos abusos. Se lleva a cabo una valoración inicial de la situación de riesgo evaluando la gravedad de las lesiones físicas y el estado psicológico del anciano. Los autores *Silva y Azevedo dos Santos*²⁷ muestran la utilidad de la visita domiciliar de la enfermera como herramienta para la valoración del anciano de una forma más integral, obteniendo datos del entorno y la comunidad en la que se desenvuelve en su vida cotidiana. De igual manera la visita domiciliar permite a la enfermera

recabar información acerca de cómo la familia brinda los cuidados al individuo, evaluando así la necesidad de educar al cuidador principal en ese aspecto.

Otro punto importante a tener en cuenta expuesto por *Cordero et al.*⁴ es el de proporcionar información al anciano víctima de maltrato acerca de las alternativas a las que puede optar ante el abordaje de la situación, además de asesorarle para realizar la pertinente denuncia y brindar apoyo mediante estrategias de protección y planes de seguridad. En el caso de que el anciano no mantuviese plenas facultades mentales el caso se pondría en conocimiento del juez y servicios sociales. En ocasiones también puede suceder que el anciano rechace formular una denuncia formal, estos casos plantean un conflicto ético-legal para el profesional en el que debe valorar las condiciones del contexto en el que se produce el abuso, la voluntad del anciano y la posibilidad de abordar la situación mediante seguimiento antes de interponer el parte judicial correspondiente.

Cabe destacar la necesidad de promover la formación específica del personal de enfermería respecto al MA, como exponen *Sánchez, Pellicer et al.* y *Martín et al.*, que les permita reconocer factores de riesgo, signos de sospecha, determinar los diagnósticos pertinentes y llevar a cabo estrategias de intervención con el fin de prevenir y erradicar abusos, disminuyendo de igual manera el número de casos infradiagnosticados^{13, 25, 26}.

5.2. Herramientas empleadas en AP para la detección del MA

Con el objetivo de realizar una detección precoz de las situaciones susceptibles de generar MA o ante la sospecha de su existencia son de gran utilidad las herramientas o instrumentos de cribado que posibiliten la obtención de un diagnóstico preciso. A continuación, se exponen las escalas de valoración que han aparecido de forma más recurrente en la bibliografía consultada.

En 1992 la Asociación Médica Americana (AMA) propuso que los profesionales de la salud formularan las siguientes cinco preguntas básicas a todo anciano sospechoso de sufrir maltrato en el ámbito familiar con el fin de identificar con la mayor brevedad posible los casos de abuso "*¿Alguien le ha hecho daño en casa?, ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?, ¿Le han amenazado?, ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?, ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo?*" Después de un año la Canadian Task Force (CTF) planteó añadir cuatro nuevas preguntas al cuestionario: "*¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?, ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?, ¿Alguien toma cosas que le pertenecen, sin su permiso?, ¿Está solo a menudo?*"^{9,13}.

El Test de Cribado de Maltrato por parte del cuidador (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test, H-S/EAST) se diseñó en 1987 con la finalidad de identificar casos de negligencia o situaciones potencialmente susceptibles de abuso en un tiempo estimado de 5 a 10 minutos. Costa de 15 preguntas directas que tratan 3 aspectos: violación de los derechos personales o abuso directo "*¿Alguien cercano le ha hecho daño últimamente?*"; características de vulnerabilidad del anciano "*¿Se encuentra triste o solo muy a menudo?*"; y situaciones de riesgo potencial de maltrato "*¿Está ayudando económicamente a alguien?*". La suma de las respuestas positivas refleja la puntuación final, siendo indicativos de alto riesgo de MA los

resultados iguales o mayores de 3^{13,28}. *Cohen*²⁹ apunta que el test presenta limitaciones ya que no existe distinción entre factores de riesgo y signos de abuso a la hora de realizar la puntuación de cada ítem.

La Escala de Detección de la Vulnerabilidad de Sufrir Abuso (Vulnerability Abuse Screening Scale, VASS) se trata de una adaptación del Test H-S/EAST que permite llevar a cabo una valoración rápida de la situación en la que se encuentra el anciano. Aborda 4 dominios distintos que son: vulnerabilidad, coerción, dependencia y depresión. La escala se compone por 10 preguntas pertenecientes al Test H-S/EAST más 2 cuestiones añadidas “¿Teme a alguien de su familia?, ¿Algún familiar le ha humillado o le ha hecho sentir mal?”^{28,29}. Según *Phelan et al.*²⁸ esta herramienta no cumple con los niveles de especificidad y sensibilidad apropiados para considerarse capaz de detectar el MA, aunque bien es cierto que los resultados obtenidos presentan mayor fiabilidad que el Test H-S/EAST.

En 2008 se crearon gracias a la iniciativa de la Unidad de Envejecimiento y Curso de la vida de la OMS y el Centro de Investigación Interdisciplinar de Gerontología de la Universidad de Ginebra dos documentos para el uso de los profesionales de AP, en cuya elaboración participaron países de todo el mundo. Estas dos herramientas para la detección del MA son el Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores (EASI) y el Formulario de Valoración para Trabajo Social (SWEF)⁹.

El EASI es una herramienta de fácil manejo y de rápida cumplimentación utilizada para la detección del riesgo de sufrir maltrato en ancianos que no presenten deterioro cognitivo. Consta de 5 preguntas dicotómicas y una pregunta adicional en la que el profesional sanitario expresa su valoración acerca de la existencia de signos o síntomas de maltrato (Anexo III)^{9, 13, 28, 29}.

- ¿En alguna ocasión alguien le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: lavarse, vestirse, ir al baño o comer?
- ¿Alguien le ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico o le han impedido estar con la gente que quiere estas?
- ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?
- ¿Alguien le ha obligado a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?
- ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándole físicamente?

El SWEF es una valoración basada en la observación del aspecto general del anciano y del entorno en el que reside realizada por el trabajador social. Trata variables biopsicosociales tales como la edad, historia social, eventos vitales, dinámica familiar, salud física y mental tanto del anciano como de sus allegados, ABVD, AIVD, actividades sociales, nivel económico, además de incluir apartados específicos que tratan el maltrato físico, sexual, psicológico, negligencia y abuso económico⁹. Este cuestionario fue utilizado por *Yaffe et al.*³⁰ para comprobar la validez del EASI comparando los resultados obtenidos en ambos cuestionarios, concluyendo finalmente que el cuestionario EASI posee una baja sensibilidad frente al SWEF y considerándolo así como una herramienta poco eficaz ante la detección de casos potenciales

de MA. Para *Cohen*²⁹ el EASI supone un avance en el desarrollo de un nuevo instrumento de cribado capaz de alertar sobre la existencia de MA.

Existen otras herramientas de cribado como la Escala de Detección del Maltrato por parte del Cuidador (Caregiver Abuse Screen, CASE) (Anexo IV) que consta de 8 apartados o ítems y permite evaluar la posibilidad de llevar a cabo maltrato psicológico o abandono hacia el anciano por parte del cuidador principal. Las respuestas positivas suman 1 punto, aquellos resultados iguales o superiores a 4 muestran un probable caso de maltrato. La versión española de la escala ha demostrado ser lo suficientemente válida y fiable para su utilización. Es fácil de cumplimentar y no es necesario justificar las respuestas de los entrevistados por lo que recibe una buena aceptación entre los participantes^{13, 31}.

Con motivo de ayudar a la detección precoz de los casos de abuso, un estudio con otra perspectiva sociocultural realizado en Cuba propone la regla mnemotécnica “SAVED” como guía para llevar a cabo una adecuada intervención en la que el profesional de AP deberá valorar los siguientes apartados en su entrevista⁴:

- S: Estrés del cuidador por sucesos externos al cuidado.
- A: Alcoholismo o drogodependencias en el ambiente doméstico.
- V: Violencia en las relaciones pasadas entre la víctima y el agresor.
- E: Riesgo de claudicación del cuidador, falta de recursos emocionales.
- D: Dependencia de cualquier tipo (económica, emocional, física) entre víctima y agresor.

La CTF y la US Preventive Service Task Force recomiendan prestar especial atención a las posibles señales de abuso que puedan aparecer durante la entrevista y la exploración ya que consideran que no existe suficiente evidencia científica acerca de la utilización de dichos cuestionarios para dar por válido o descartar la existencia de MA. Estas herramientas o instrumentos de cribado no han sido validados debido a sus características y a la poca sensibilidad y especificidad que ofrecen. Es por ello que la detección del MA se realiza básicamente mediante métodos observacionales y en algunos casos los diagnósticos son únicamente de sospecha sin poder realizarse una confirmación posterior¹³.

Por otro lado, es recomendable prestar atención al cuidador principal y valorar aquellos factores de riesgo que puedan hacerle susceptible de perpetrar maltrato contra el anciano a su cargo. Para prevenir y/o detectar de forma precoz la sobrecarga que puede desencadenar esta situación de dependencia se emplea la Escala de Zarit (Anexo V), escala muy utilizada por los profesionales de enfermería por su alto grado de fiabilidad. Es un cuestionario validado en 9 idiomas y compuesto por 22 ítems que evalúan el grado de sobrecarga del cuidador de personas dependientes al incluir dichos cuidados en la rutina de su vida diaria^{25, 32}. Para cada pregunta existe una puntuación del 0 al 4 (nunca – casi siempre), las puntuaciones se suman obteniendo una cifra entre 0 y 88 puntos. Para su interpretación se considera como ausencia de sobrecarga obtener cifras menores a 47 puntos, entre 47 y 55 puntos sobrecarga leve y más de 55 puntos como sobrecarga intensa.

En la actualidad, la herramienta por excelencia que emplean los profesionales de enfermería para la detección de las situaciones de abuso dado su alto nivel de validez es la Escala Zarit, aunque si bien no se emplee para diagnosticar de forma directa la existencia de

casos de MA, sino en la detección de factores de riesgo para la aparición de este, como es el riesgo de sobrecarga del cuidador principal. De entre las escalas más utilizadas por enfermería para detectar de manera precoz posibles casos de MA se encuentran las escalas EASI y CASE, teniendo en cuenta las limitaciones que presentan cada una de ellas en cuestión de especificidad y sensibilidad mostrando valores bajos de validez diagnóstica.

6. CONCLUSIÓN

- Las intervenciones de los profesionales de enfermería de AP deben enfocarse tanto en la detección de casos de MA como en su prevención, llevando a cabo actividades en los tres niveles de prevención.
- La formación de los profesionales de enfermería de AP en materia de conocimientos acerca del MA y el adiestramiento en habilidades de intervención permite mejorar la detección de situaciones de abuso al anciano.
- La visita domiciliaria permite a la enfermera de AP realizar una valoración del entorno del anciano y de los cuidados que se le brindan, individualizando su caso y evaluando la necesidad de adiestrar al cuidador principal en aspectos concretos.
- La Escala Zarit es la herramienta más utilizada por los profesionales de enfermería de AP para la detección de casos de MA por su notable validez, teniendo en cuenta que no se emplea para diagnosticar de manera directa casos de MA sino en la detección de factores de riesgo para la aparición de éste.
- Las escalas EASI y CASE son empleadas por enfermería en la detección de casos de abuso al anciano. A consecuencia de su escasa sensibilidad y especificidad, su realización únicamente pueden levantar sospechas ante situaciones de abuso ya que no poseen validez diagnóstica suficiente para evidenciarlas.

7. REFLEXIÓN PERSONAL

La realización de este trabajo me ha servido a nivel personal para darme cuenta de la relevancia del problema social que supone el MA. Creo que desde AP los profesionales sanitarios pueden desempeñar una labor fundamental para disminuir la aparición de situaciones de maltrato. Para conseguir este fin, es vital dotar a los profesionales sanitarios con los conocimientos esenciales en materia de identificación de factores de riesgo, tanto de víctima como de agresor, y estrategias de detección y prevención de casos de maltrato.

Desde mi experiencia en prácticas clínicas, en consulta de enfermería en AP, he podido comprobar que un volumen importante de los usuarios que acuden a la consulta son mayores de 65 años, ya que la población de la ciudad en la que resido es, en su mayoría, de edad avanzada. Desde aquí la enfermera posee una posición idónea para emplear herramientas de cribado ante la sospecha de un posible caso de abuso, pero se encuentra ante la limitación de no disponer de los instrumentos adecuados ya que el programa informático empleado en AP en mi comunidad (Medora) cuenta con escalas para la valoración del deterioro en las ABVD, AIVD, nivel cognitivo, etc., pero no cuenta con ninguna escala de valoración específica para el diagnóstico de situaciones de maltrato a las personas mayores.

Por otro lado, en ocasiones los usuarios de edad avanzada acuden a la consulta sin ser acompañados dificultando el intercambio de información con la enfermera y generando inseguridad en el propio usuario, que a veces por temor a preguntar y exponer su fragilidad no pide ayuda, por ejemplo a la hora de tramitar citas posteriores o volantes para realización de pruebas diagnósticas.

Por todo ello, opino que es posible detectar los casos de abuso mediante la mejora de la asistencia sanitaria en este ámbito concreto a nivel de AP, dando una mayor visibilidad al tema y concienciando a la comunidad sobre su existencia y necesidad de abordaje.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Cano SM, Garzón MO, Segura AM, Cardona D. Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [revista en Internet] 2015 [acceso 22 de diciembre de 2018]; 33(1): [67-74]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4996609>
- 2 Ribot VC, Rousseaux E, García TC, Arteaga E, Ramos ME, Alfonso M. Psychological the Most Common Elder Abuse in a Havana Neighborhood. MEDICC Review. 2015 [acceso 27 de diciembre de 2018]; 17(2):[39-43]. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1555-79602015000200010&script=sci_arttext#
- 3 Martínez Navarro R, Fernández Moreno C, Fernández Sánchez S. Intervención enfermera ante el maltrato a la tercera edad. Rev Paraninfo Digital, 2017; 26. [acceso 28 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n26/034.php>
- 4 Cordero Jiménez J, García Cordero S, Rodríguez Sánchez I, Santana Castellón D, Fragoso O, Fernández López O. Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato. MediSur [Internet]. 2010 Ago [acceso 26 de enero de 2019]; 8(4): 78-89. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000400013&lng=es.
- 5 Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato a las Personas Mayores [Internet]. 2002 nov [acceso 1 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf
- 6 Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento activo: un marco político [Internet]. 2002 [acceso 26 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50295>
- 7 Rueda Estrada JD, Martín Martín FJ. El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. Alternativas, 2011 [acceso el 18 de marzo de 2019]; pp. 7-33. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/18708>
- 8 Torres Prados MT, Estrella González IM. Sensibilización y detección del maltrato en el anciano: hacia una atención primaria adaptada a los mayores. Gerokomos [Internet]. 2015 Sep [acceso 28 de diciembre de 2018]; 26(3): 79-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000300002>.
- 9 Castilla Mora R, Palma García MO. El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga (España). Trabajo Social Global. Revista de Investigación en Intervención Social. 2014 [acceso el 19 de enero de 2019]; 4 (7), 20-35. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/2535>
- 10 Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) [sede Web]. Madrid; 1948 [acceso 1 de Abril de 2019]. Disponible en: <https://www.segg.es/institucional/la-segg>
- 11 Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) [sede Web]. 2015 [acceso 26 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/quienes_somos/index.htm
- 12 Real Decreto 1226/2005, de 13 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica y funciones de Instituto de Mayores y Servicios Sociales. BOE-A-2005-16996, núm. 246, pág. 33542-33545. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-16996>

- 13 Sánchez Aguadero N. Abordaje del maltrato al anciano en el ámbito doméstico. Revisión bibliográfica. Rev. Enferm. Cyl [revista en internet] 2015. [acceso 28 de diciembre de 2018]; 7(1). Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/142>
- 14 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley de Dependencia). BOE-A-2006-21990, núm. 229. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- 15 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. 2012 mayor [acceso 26 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf
- 16 Ferreira M, Santos CL, Vieira DN. Detection and Intervention Strategies by Primary Health Care Professionals in Suspected Elder Abuse. ActaMed Port [Internet] 2015 nov-dic [acceso 19 de diciembre de 2018]; 28(6):687-694. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26849751>
- 17 Prévile M, Mechakra Tahiri SD, Vasiliadis HM, Mathieu V, Quesnel L, Gontijo Guerra S, et al. Family Violence Among Older Adult Patients Consulting in Primary Care Clinics: Results From the ESA (Enquête sur la santé des aînés) Services Study on Mental Health and Aging. La Revue canadienne de psychiatrie 2014 agosto [acceso 28 de diciembre de 2018]; 59(8):[426-433]. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Family+Violence+Among+Older+Adult+Patients+Consulting+in+Primary+Care+Clinics%3A+Results+From+the+ESA+\(Enqu%C3%AAt+sur+la+sant%C3%A9+des+a%C3%AE%C3%A9s\)+Services+Study+on+Mental+Health+and+Aging](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Family+Violence+Among+Older+Adult+Patients+Consulting+in+Primary+Care+Clinics%3A+Results+From+the+ESA+(Enqu%C3%AAt+sur+la+sant%C3%A9+des+a%C3%AE%C3%A9s)+Services+Study+on+Mental+Health+and+Aging)
- 18 Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía) [Internet] 2008 [acceso 1 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.inpea.net/images/Espana_Informe_2008_Maltrato.pdf
- 19 Cardoso Núñez O, Mejías Álvarez NM, Macías Peña JJ, Amaro Hernández F. Caracterización del maltrato en el anciano. AMC[Internet]. 2008 Feb [acceso 26 de enero de 2019] ; 8(1): 33-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552004000100004&Ing=es.
- 20 Fernández Núñez D, Gallardo Sánchez Y, Hadad Rodríguez D, Paz Castillo KL, Gallardo Arzuaga RL. La violencia al adulto mayor un problema en un área de salud granmense. Facultad de ciencias médicas Celia Sánchez Manduley. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana CIMF. [acceso 23 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewFile/115/70>
- 21 Gutiérrez C, Jiménez C, Corregidor AI. El equipo interdisciplinar [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y gerontología; 2013 [acceso 11 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2007_I.pdf
- 22 Salud Castilla y León [sede Web]. Valladolid: Junta de Castilla y León – Consejería de Sanidad. 2011 [acceso 1 de abril de 2019] Cartera de Servicios [1-142]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios-atencion-primaria>
- 23 González Aguña A, Santamaría García JM. Los límites del lenguaje y su implicación sobre los límites del cuidado: a propósito de Wittgenstein y la Enfermería. ENE revista de enfermería [revista en Internet] 2018 [acceso 1 de abril de 2019]; 12(2). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/823>

24 Loh DA, Choo WY, Hairi NN, Othman S, Mohd Hairi F, Mohd Mydin FH, et al. A cluster randomized trial on improving nurses' detection and management of Elder abuse and neglect (I-NEED): study protocol. *Journal of advanced Nursing* [revista en Internet] 2015 [acceso el 19 de diciembre de 2018]; 71(11):2661-2672. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26031344>

25 Pellicer García B, Juárez Vela R, Delgado Sevilla D, Redondo Castán LC, Martínez Riera JR, Echaniz Serrano E. Actuación de enfermería ante el maltrato sobre la población anciana. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* [revista en Internet] 2013 jul-dic [acceso 26 de marzo de 2018]; 6(2):35-39. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec/108-ridec-2013-volumen-6-numero-2/732-fin-de-grado-actuacion-de-enfermeria-ante-el-maltrato-sobre-la-poblacion-anciana>

26 Martín Rendón MC, Chana Franco C, Moreno Ortega JA. Maltrato en el anciano: protocolo sanitario. *Rev Paraninfo Digital*, 2015 [acceso 28 de diciembre de 2018] 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/069.php>

27 Silva KM, Santos SM A. A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Cienc Cuid Saude* [revista en Internet] 2014 enero-marzo. [acceso 19 de diciembre de 2018]; 13(1):49-57. Disponible en: http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/20128/pdf_112

28 Phelan A, Treacy MP. A Review of Elder Abuse Screening Tools for Use in the Irish Context. National Centre for the Protection of Older People (NCPop). 2011 [acceso 1 de abril de 20219]. Disponible en: www.ncpop.ie/userfiles/file/ncpop%20reports/538_NCPOP-proof7.pdf

29 Cohen M. Screening Tools For The Identification of Elder Abuse. *JCOM*.2011 [acceso 1 de abril de 2019]; 18(6): 261-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28042891>

30 Yaffe M, Wolfson C, Litwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*. 2008 [acceso 1 de abril de 20219];20(3):276-300. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18928055>

31 Orfila F, Coma Solé M, Cabanas M, Cegri Lombardos F, Moleras Serra A, Pujol Ribera E. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health* 2018 enero. [acceso 28 de diciembre de 2018]; 18(1):167. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29357866>

32 Bertel de la Hoz AM. Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. *Revista ciencias biomédicas*. 2012 [acceso 26 de marzo de 2019]; 3(2):77-85. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1082>

9. ANEXOS

Anexo I. TABLA PROCESO DE ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA. Fuente: Elaboración propia.

		Cinahl		Cuiden Plus		Encuentra		Pubmed		SciELO		Google Académico		
Total buscados (B)	Total empleado (E)	B	E	B	E	B	E	B	E	B	E	B	E	TOTAL
Maltrato anciano AND enfermería AND atención primaria		2	1	0	-	0	-	1	0	0	-	-	-	1
Elder abuse AND nursing AND primary health care														
Atención primaria AND maltrato anciano		0	-	11	0	1	0	0	-	0	-	95	2	2
Primary health care AND Elder abuse														
Maltrato anciano AND enfermería en atención primaria OR atención primaria		0	-	0	-	0	-	10	3	0	-	-	-	3
Elder Abuse AND Primary Care Nursing OR Primary Health Care														
Maltrato al anciano AND intervenciones enfermería		11	0	0	-	1	0	0	-	0	-	-	-	
Elder abused AND nursing interventions														
Maltrato anciano AND diagnóstico enfermería		0	-	3	0	0	-	3	2	0	-	-	-	2
Elder abused AND nursing diagnosis														
Maltrato al anciano AND enfermería		-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1
Maltrato anciano AND España		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		3	3
Observaciones: se utilizó el buscador Google académico para obtener información sobre la Escala Zarit.													1	1
TOTAL		1		0		0		5		1		6		13

Anexo II. TABLA RESUMEN BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA. Fuente: *Elaboración propia.*

Nº referencia bibliográfica	Título	Año	Tipo de estudio	Objetivos	Lugar de publicación
1	Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012	2015	Estudio descriptivo transversal	Determinar los factores asociados al maltrato del adulto mayor del departamento de Antioquia en el año 2012	Antioquia, Colombia
4	Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato.	2010	Revisión bibliográfica	Ofrecer consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato.	Cienfuegos, Cuba
9	El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga.	2014	Estudio descriptivo	Conocer la incidencia del maltrato a personas mayores en el ámbito familiar y su evolución observada a través de los profesionales.	Málaga, España
13	Abordaje del maltrato al anciano en el ámbito doméstico	2015	Revisión bibliográfica	Determinar el papel de la Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en la prevención, la detección, el diagnóstico y la intervención en situaciones de Maltrato al Anciano dentro del ámbito doméstico.	Salamanca, España
24	A cluster randomized trial on improving nurses' detection and management of Elder abuse and neglect (I-NEED): study protocol	2015	Ensayo controlado aleatorizado	Describir un protocolo de intervención educativa para enfermeras con el fin de mejorar sus habilidades en detección de abusos al anciano y negligencias.	Kuala Lumpur, Malaysia
25	Actuación de enfermería ante el maltrato sobre la población anciana	2013	Revisión bibliográfica	Determinar las actuaciones de enfermería en la detección de casos de maltrato en el anciano	Madrid, España
26	Maltrato en el anciano: protocolo sanitario	2015	Revisión bibliográfica	Identificar un plan de actuación enfocado a los equipos de Atención Primaria.	Sevilla, España

27	A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades	2014	Estudio cualitativo	Identificar los motivos por los que los enfermeros de AP del distrito de Florianapolis no realizan la consulta de enfermería al anciano.	Municipio de Florianópolis, Brasil
28	A Review of Elder Abuse Screening Tools for Use in the Irish Context	2011	Revisión bibliográfica	Identificar herramientas de cribado del MA susceptibles de ser utilizadas en el contexto irlandés y recomendaciones para su uso	Dublín, Irlanda
29	Screening Tools for the Identification of Elder Abuse	2011	Revisión bibliográfica	Revisar las herramientas existentes para la detección del maltrato en el anciano	Israel
30	Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI).	2008	Estudio descriptivo	Validar la utilización de la escala EASI como método de cribado para identificar casos de abuso al anciano.	Londres, Reino Unido
31	Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factor	2018	Estudio transversal	Determinar la prevalencia del riesgo de sufrir abuso en ancianos con dependencia moderada-severa por parte de sus familiares	Barcelona, España
32	Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente	2012	Estudio descriptivo	Establecer el riesgo de sobrecarga y de enfermar de cuidadores informales de personas adultas mayores dependientes	Cartagena, Colombia

Anexo III. ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES (EASI).

Fuente: Manual de Procedimientos SAMUR Protección Civil (SAMUR PC) [sede Web]. Madrid; 2009 [acceso 13 de Mayo de 2019]. Disponible en: https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/anexos/209b_EASI.pd

ELDER ABUSE SUSPICION INDEX (EASI).

Instrumento breve, con preguntas directas que se aplican junto a la historia sanitaria y social, cuyo objetivo es obtener un nivel suficiente de sospecha de maltrato.

Informe nº.....Cdo. nº.....TATS nº.....

Instrucciones a los pacientes:

Ahora voy a hacerle unas preguntas acerca de su vida habitual. *(Si hay una persona acompañándole, dígame: Esta entrevista es confidencial y le ruego que nos deje a solas durante un momento, serán entre 5 y 10 minutos. Si la persona acompañante no se marcha, formule las preguntas de todos modos pero informe de su presencia).*

A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que han podido ocurrir en los últimos doce meses. Por favor, intente contestar a cada pregunta solamente con un SI o un NO

1. **¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?**

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa /s persona /s?

Sí No No contesta

2. **¿Alguien ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?**

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

3. **¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?**

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

4 ¿Alguien ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

5 ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándolo físicamente?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Esta situación se ha producido en más de una ocasión?

Sí No No contesta

Médico/Enfermera/Psicólogo/TATS: No haga las siguientes preguntas al paciente. Son para que las conteste usted:

6a. El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/ indicadores como: poco contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración inadecuada de medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos en el curso de su asistencia?

Sí No No está seguro

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

Sí No

DOS RESPUESTAS AFIRMATIVAS SON CONSIDERADAS INDICIO DE MALTRATO

Anexo IV. ESCALA DE DETECCIÓN DEL MALTRATO POR PARTE DEL CUIDADOR (CASE). Fuente: National Initiative for the Care of the Elderly (NICE). Caregiver Abuse Screen CASE [Internet]. 2010 [acceso 13 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.nbanh.com/files/Case_en.pdf

CASE

Please answer the following questions as a helper or caregiver:

- 1 Do you sometimes have trouble making ____ control his/her temper or aggression? Yes No
- 2 Do you often feel you are being forced to act out of character or do things you feel badly about? Yes No
- 3 Do you find it difficult to manage _____'s behaviour? Yes No
- 4 Do you sometimes feel that you are forced to be rough with ____? Yes No
- 5 Do you sometimes feel that you can't do what is really necessary or what should be done for ____? Yes No
- 6 Do you often feel you have to reject or ignore _____? Yes No
- 7 Do you often feel so tired and exhausted that you cannot meet _____'s needs? Yes No
- 8 Do you often feel you have to yell at ____? Yes No

Anexo V. ESCALA ZARIT. CUESTIONARIO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR. Fuente: de la Hoz AM. Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. Revista ciencias biomédicas. 2012³¹

TABLA Nº 1 ESCALA DE ZARIT CUESTIONARIO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR						
Nº	ÍTEMS	0	1	2	3	4
1	¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Cree que, debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir con otras responsabilidades en su trabajo o en su familia?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?					
6	¿Se siente enfadado cuándo está cerca de su familiar?					
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro le depara a su familiar?					
8	¿Cree que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuándo está cerca de su familiar?					
10	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?					
14	¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuida como si fuera la única persona de la que depende?					
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a alguien?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Cree que debería hacer algo más por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de carga experimente por el hecho de cuidar?;					
	PUNTAJE TOTAL					