



PROTOCOLO REGIONAL
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE VIOLENCIA

EN LA MUJER MAYOR DE 65 AÑOS

José M^a Barba Martínez - Virtudes Ferrer Prior
Amor Gea Serrano - Rosa M^a Guillén Martínez
Catalina López Asensio - Marina Tourné García

Instituto de la Mujer
de la Región de Murcia





El constante **envejecimiento** de la población es un hecho evidente, si bien hemos de destacar que aunque las mujeres viven más que los varones, lo hacen en peores condiciones de salud y económicas, siendo además más proclives a sufrir malos tratos y los mas severos.

La **violencia** basada en la pertenencia al sexo femenino es un problema presente en todo el mundo y según el Instituto de la Mujer, en España el 12,4% de las mujeres mayores de 18 años están en situación objetiva de violencia en el entorno familiar.

En 1995 la **ONU** estableció entre sus objetivos estratégicos la lucha frente a la violencia contra las mujeres. En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública, identificándola como un factor importante en el deterioro de la salud.

El progresivo aumento en la incidencia y prevalencia de casos, la gravedad y las secuelas de este tipo de violencia, hacen que se encuentre entre las prioridades en los programas de salud.

El Instituto de la Mujer de la Región de Murcia, en coordinación con el Servicio Murciano de Salud, a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, ha previsto la elaboración de este protocolo regional, para el que se ha constituido un grupo de trabajo. Este protocolo va destinado a sensibilizar a los profesionales de la salud, para que sepan abordar la prevención, detección y atención a las mujeres mayores de 65 años víctimas de malos tratos.

1. ÍNDICE



2. CONCEPTUALIZACIÓN	4
3. TIPOS DE MALTRATO	5
4. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DE LA REALIDAD	6
5. OBJETIVOS	8
6. PLAN DE ACTUACIÓN	9
- Identificación de los factores de riesgo	
- Perfil de la víctima y causante	
- Valoración correcta de la anciana maltratada	
- Intervención multidisciplinar y multisectorial	
7. PROTOCOLO: Algoritmo de decisiones	18
8. MEDIDAS PREVENTIVAS	20
9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	24
10. DOCUMENTOS DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO	26
11. EVALUACIÓN	30

12. ANEXOS

32

- TABLA I : Grupos de alto riesgo de abuso y maltrato
- TABLA II: Indicadores de maltrato físico
- TABLA III: Indicadores de maltrato psíquico
- TABLA IV: Indicadores de negligencia física
- TABLA V: Indicadores de negligencia psicológica
- TABLA VI: Indicadores de abuso sexual
- TABLA VII: Indicadores de abuso económico
- TABLA VIII: Cuestionario para la detección del maltrato
- TABLA IX: Índice de Barthel
- TABLA X: Índice de Lawton
- TABLA XI: Escala de Pfeiffer
- TABLA XII: Escala de depresión geriátrica de Yesavage
- TABLA XIII: Escala de valoración socio-familiar –Gijón-

13. BIBLIOGRAFÍA

44

2. CONCEPTUALIZACIÓN

Según la definición de la **ONU** la Violencia de Género es cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres. Incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada.

La **OMS** considera la Violencia de Género a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los varones sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada, y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

El concepto de malos tratos a las personas mayores se ha ido modificando a lo largo de estos últimos años, sin llegar a una definición consensuada a nivel internacional.

- **La Asociación Médica Americana** definió el abuso en 1987, como “todo aquel acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana”

- **Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado** (España 1995): 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. Negligencia: El no cumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador. La Declaración de Almería lo define de manera similar.

- **Declaración de Toronto** (2002): “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 un daño o angustia a una persona anciana.”. El Consejo Económico y Social (Naciones Unidas) (2002) utiliza la misma definición.

- **A. Martínez-Maroto** (2003): Acciones u omisiones normalmente constitutivas de delito o falta que tienen como víctima a la persona mayor, que se ejercen comúnmente de forma reiterada y basadas en un hecho relacional, bien sea éste familiar o de otro tipo.

3. TIPOS DE MALTRATO

-MALTRATO FÍSICO- Actos de violencia y castigos corporales que pueden producir dolor, daño físico, deterioro o enfermedad. (Tabla II).

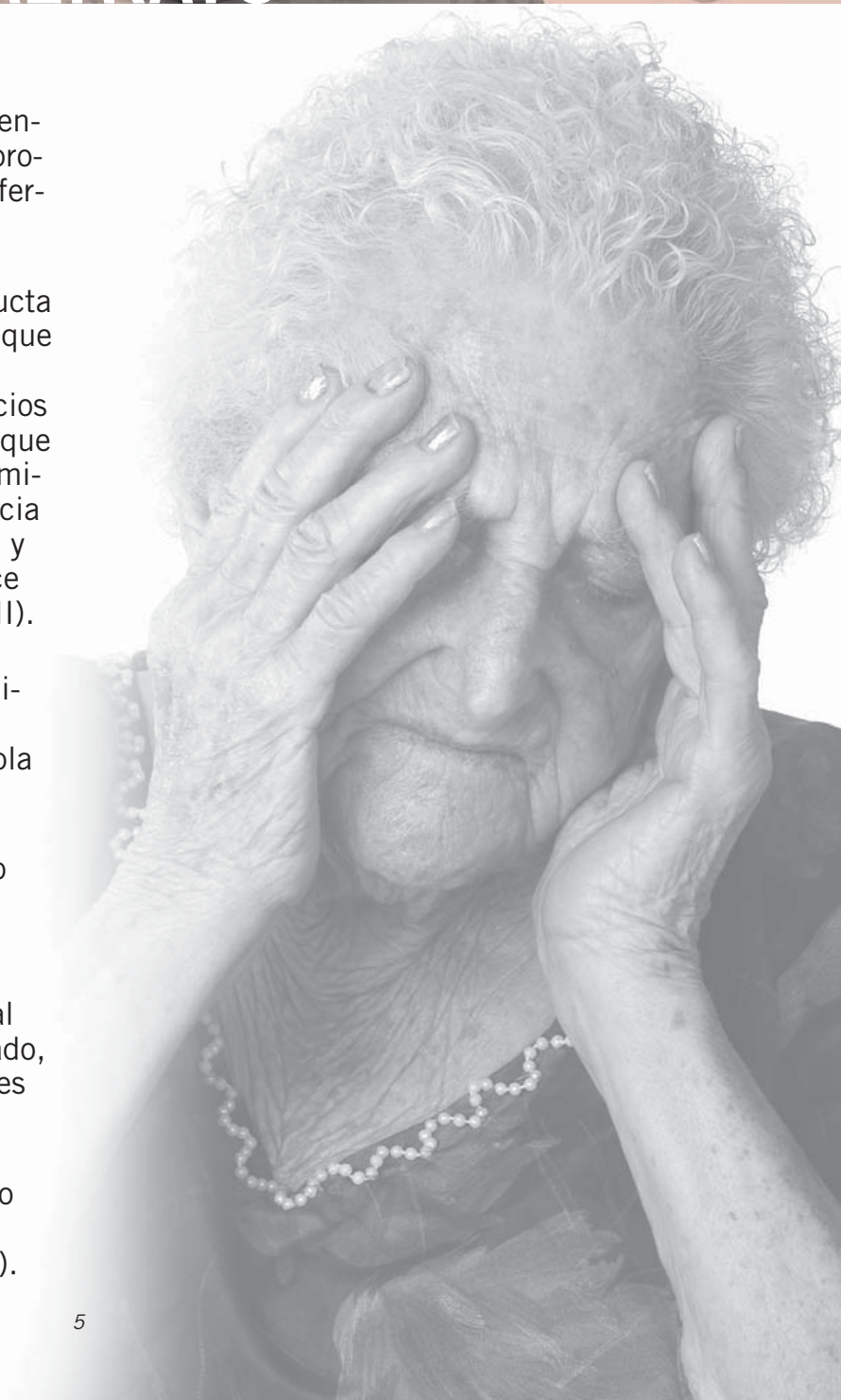
-MALTRATO PSICOLÓGICO- Conducta intencionada prolongada en el tiempo que incluye palabras e interacciones como insultos, amenazas, aislamiento, silencios ofensivos, descalificaciones... y otros, que tiene como objetivo el ejercicio del dominio en una relación y como consecuencia la pérdida de la dignidad, la identidad y la autoestima de la anciana. Se traduce en miedo y deshumanización. (Tabla III).

-NEGLIGENCIA FÍSICA- No cumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador/ra. (Tabla IV).

-NEGLIGENCIA PSICOLÓGICA- No proporcionar estímulos sociales a una anciana dependiente. (Tabla V).

- ABUSO SEXUAL- Contacto sexual de cualquier tipo intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar su consentimiento (Tabla VI)

-ABUSO ECONÓMICO- Uso ilegal o inapropiado de fondos, propiedades y otros recursos de la anciana (Tabla VII).



4. ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DE LA REALIDAD

No existen suficientes estudios de incidencia y/o prevalencia de población, nacionales o internacionales, que nos sirvan para conocer realmente la dimensión del problema de los malos tratos a las personas mayores; menos aún si queremos estudiar cómo influyen las variables de género en este fenómeno, siendo las mujeres las que al parecer sufren un mayor porcentaje de maltrato. Así mismo, los estudios disponibles se han realizado en otros países y por lo tanto en contextos culturales y tradicionales distintos al nuestro, motivo por el que la extrapolación de datos se hace muy difícil y en ocasiones poco útil.

No obstante, creemos importante destacar las conclusiones de algunas investigaciones.

INTERNACIONAL

- Los estudios realizados en nuestro entorno (Portugal, Irlanda, Alemania, Reino Unido, etc) indican que de un 20% a un 30% de las mujeres, son víctimas de violencia doméstica (Comunidad Europea 1997; OMS, 1998).

- Según datos recientes de la INPEA (Red internacional para la prevención del maltrato a los mayores) los estudios de pre-

valencia sitúan el porcentaje en un 5% de violencia doméstica y un 10% de violencia institucional.

- Diferentes encuestas realizadas a la población mayor de 65 años en 1998 Pillemer et al en Estados Unidos, 1992 Podnieks en Canadá y 1992 Ogg et al en Inglaterra concluyen que existe una prevalencia de maltrato del 3- 6 %.

- 1998. El estudio de incidencia realizado en EEUU por el National Center on Elder Abuse estima que sólo el 16% de casos de personas mayores de 65 años que había padecido maltrato se había notificado a una institución oficial; 5 de cada 6 casos quedan sin notificar.

- En el Estudio realizado por Homer en 1990, un 45% de cuidadores domésticos admitía abiertamente haber cometido algún tipo de maltrato, mientras pocas víctimas reconocían el abuso.

NACIONAL

- En el año 2002, el Instituto de la Mujer realizó una macroescuesta con una muestra de 20.552 mujeres mayores de 18 años, revelando que el 12% de las mujeres están en situación objetiva de violencia en el entorno familiar.



- En Cataluña, el Departamento de Bienestar Social en 1995 publicó que el 35% de la población usuaria de los servicios sociales habían sufrido abusos.

- En un estudio financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia, realizado por Bazo M.T. en varias CCAA españolas, se detectó un 4.7% de ancianos maltratados, en el que el 81% de los casos las víctimas eran mujeres. En el 55% de los casos de malos tratos éstos habían sido perpetrados por los hijos e hijas biológicos y políticos, el 12% por el cónyuge, el 7% por hermanos y el 25% por otras personas. Los varones analizados sufren algo más de negligencia, mientras que las mujeres sufren más malos tratos físicos, psicológicos y abuso material, sufriendo además varios tipos de maltrato al mismo tiempo.

REGIONAL

- **Hospitales de la Región de Murcia.** En la mayoría de Hospitales no existen registros específicos de detección de mujeres ancianas maltratadas. Sólo podemos destacar los datos de los que dispone el Hospital Virgen del Castillo de Yecla: desde el año 2000 hasta el 2004 han sido atendidas por agresión un total de 25 mujeres ancianas. Por otro lado, el Hospital Morales Meseguer destaca haber atendido

desde el 2000 hasta el 2004 a 425 mujeres mayores de 65 años en riesgo social.

- **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado** (Cuerpo Nacional de Policía). Desde el año 2000 hasta el 2004, el total de mujeres ancianas atendidas por malos tratos es de 159, de las cuales 17 están en el Programa de Protección.

- **Datos de la Consejería de Presidencia. Instituto de la Mujer de la Región de Murcia. Dispositivo de Atención Telefónica Urgente para mujeres maltratadas que se presta a través del 112:** Durante los años 2001, 2002, 2003 y 2004 se han atendido 6992 llamadas de mujeres víctimas de malos tratos. Así mismo, podemos destacar que de todas las llamadas, 118 fueron mujeres mayores de 60 años.



5. OBJETIVOS

Fijar pautas de actuación, tanto en la sanidad pública como privada, que faciliten la detección de indicadores de abuso/maltrato, estableciendo una intervención multidisciplinar.

- Conseguir una actuación coordinada y unificada por parte del personal sanitario
- Identificar grupos de mujeres ancianas que presentan mayor riesgo de sufrir maltrato.
- Identificar perfiles de posibles causantes de maltrato a la anciana
- Realizar actividades de prevención de maltrato en ancianas
- Facilitar a la víctima una protección integral, sanitaria, jurídica y social.
- Favorecer un cambio de conducta en el maltratador/a
- Sensibilizar y acercar a los/las profesionales al fenómeno de la violencia en la mujer anciana.
- Facilitar estrategias de rehabilitación.
- Incluir las actividades de este Protocolo de Prevención y Detección en la Cartera de Servicios y en los Sistemas de Registro Informático del Centro Sanitario (OMI-AP...)

6. PLAN DE ACTUACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Acumulación de circunstancias que favorecen la aparición de malos tratos.

Es importante detectar los grupos y tipos de mujeres mayores con riesgo potencial de sufrir algún tipo de maltrato para una prevención primaria antes de que el abuso sea consumado.

Inicialmente se identificaban sólo factores de riesgo de la víctima, mientras que recientemente se presta atención a factores del entorno y a las características del perpetrador/a.

El modelo ecológico permite considerar las interacciones que se producen entre varios sistemas. El modelo consiste en una jerarquía de cuatro modelos superpuestos:

- individual
- relacional
- comunitario y social

Al emplear el modelo integrado que abarca perspectivas individuales, interpersonales, comunitarias y sociales reduce en alguna medida el sesgo observado en estudios anteriores. En este modelo se toman en cuenta las dificultades con que se enfrentan las personas mayores, especialmente las mujeres.

Se puede afirmar que la mujer anciana, pobre y dependiente se encuentra en una situación más vulnerable.

Factores individuales

Víctima del abuso:

- Persona mayor frágil
- Alteración de las funciones cognitivas
- Deterioro funcional
- Historia de enfermedad mental
- Abuso de alcohol
- Bajo poder adquisitivo

Responsable del abuso:

- Trastornos de la personalidad
- Abuso de sustancias (alcohol, drogas...)
- Problemas de salud mental (depresión...)
- Deterioro cognitivo
- Resentimiento de los miembros de la familia por los gastos que entraña la atención de la persona mayor.

6. PLAN DE ACTUACIÓN

I. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Factores relacionales

- Nivel de estrés del cuidador/ra.
- Excesiva sobrecarga física y/o emocional del cuidador/ra.
- Historia de violencia familiar.
- Adultos que dependen económicamente de sus mayores (por alojamiento y sustento).
- Vinculación emocional muy fuerte entre víctima y agresor/ra.
- Suceso vital estresante reciente.
- Alteraciones de la conducta.
- Relaciones familiares previas disfuncionales.

Factores comunitarios y sociales

- Aislamiento social.
- Ambiente familiar perturbado por causas externas.
- Prejuicios contra la vejez (Edadismo).
- Sexismo.
- La cultura de la violencia.
- Sociedades que sufren crisis económicas e inestabilidad social.

II. PERFIL DE LA VÍCTIMA Y CAUSANTE

Perfil del responsable del maltrato

- Consumidor/ra de alcohol, fármacos o drogas.
- Renuncias a proyectos personales.
- Tiene pobres contactos sociales.
- No acepta el papel de cuidador/ra. No asume la responsabilidad que ello conlleva.
- Demuestra pérdida de control de la situación.
- Historia previa de violencia familiar.
- Sufre estrés por causas diversas.
- Renuncia a ayudas médicas, sociales e institucionales.
- Depende de la anciana desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima.
- Dependencia emocional.
- Vinculado/a a la víctima en primer grado.
- Nivel educacional medio-bajo.
- Arrastra estrés vital (viudedad, separación...).
- Estado de salud deficiente.
- En la entrevista se puede mostrar hostil, suspicaz o irritable.

Perfil de la víctima

- De edad avanzada (mayor de 75 años).
- Importante deterioro funcional.
- Con trastorno psiquiátrico importante.
- Patrón previo de personalidad egocéntrica.
- Dependiente (neuroticismo).
- Anómalas relaciones paterno-filiales.
- Anómala convivencia-integración.
- Dependiente de su cuidador/ra para la mayoría de las actividades de la vida diaria.

6. PLAN DE ACTUACIÓN

III. VALORACIÓN CORRECTA DE LA ANCIANA MALTRATADA

Es importante detectar posibles casos de maltrato en las ancianas que acuden a los centros de atención primaria y atención especializada.

En las visitas rutinarias al centro el personal del equipo es quien está en mejores condiciones para detectar los casos de maltrato, debido en parte a la confianza que las ancianas depositan en el personal sanitario, pero en muchas ocasiones no son capaces de diagnosticar el maltrato porque este tipo de situaciones no son parte de su formación reglada.

Interesa identificar a las pacientes de alto riesgo (Tabla I) para profundizar en la investigación, todo profesional debe estar alerta y considerar la posibilidad de maltrato o abuso.

En las visitas rutinarias al centro sanitario hay que preguntar acerca de las condiciones de vida, estado económico, apoyos sociales, estado emocional y psicológico, y situaciones estresantes. Hay que observar cuidadosamente las actitudes de la paciente hacia los miembros de la familia o acompañantes, y su interacción. Es necesario pasar algún tiempo sólo/a interrogando a la anciana y al cuidador/ra, confrontando posteriormente, si fuera necesario, a ambos intentando identificar factores

que causen estrés en la relación entre la anciana y el cuidador/ra.

En las salas de urgencias, también se tiene la impresión de que, por lo general, se presta escasa atención a las necesidades especiales de las personas mayores. Pocos departamentos de urgencias emplean protocolos para detectar y tratar los problemas de maltrato y rara vez intentan abordar las cuestiones relacionadas con la salud mental o los signos conductuales del maltrato, como la depresión, los intentos de suicidio o el abuso de alcohol o de drogas.

En los Servicios de Urgencias debemos sospechar maltrato en esas ancianas que las visitan con una alta reincidencia y con justificaciones reiteradas, y a veces no solicitadas, por parte del cuidador/ra o familiar, como “mamá se cae mucho”, o “se golpea con facilidad y como tiene mala circulación le salen “moratones” casi a diario”. No debemos olvidar que a veces la anciana es llevada por otra persona que no es el cuidador/ra o se la abandona allí.



La forma de llevar a efecto la valoración de la anciana maltratada será:

- *Historia clínica y valoración geriátrica.*
- *Observación del comportamiento del cuidador/ra.*
- *Exploración física exhaustiva.*
- *Exploración psíquica completa.*
- *Valoración Social.*
- *Realización de exploraciones complementarias.*

Se recomienda iniciar la entrevista a solas con la anciana con preguntas generales:

- *¿ se encuentra bien en su hogar?,*
- *¿quién maneja su dinero?,*
- *¿está cómoda en su casa?,*
- *¿es feliz con su familia?*

Continuar posteriormente con cuestiones más concretas:

- *¿discute con frecuencia con su esposo o hijo/a?,*
- *¿qué ocurre en esas discusiones?,*
- *¿alguna vez le han insultado?,*
- *¿le han pegado, golpeado o herido?*

Otro tipo de preguntas serían:

- *¿come usted a horas adecuadas?,*
- *¿le administran la medicación cuando la necesita?,*
- *¿permanece mucho tiempo sola en su habitación, sin asistencia?,*
- *¿acuden cuando usted les llama?*
- *¿ha realizado donaciones en vida o modificaciones del testamento?*

Una o varias respuestas afirmativas a alguna de estas preguntas, implicaría detallar la naturaleza, frecuencia y severidad de las mismas.

6. PLAN DE ACTUACIÓN

III. VALORACIÓN CORRECTA DE LA ANCIANA MALTRATADA

La entrevista con el cuidador/ra o posible responsable del abuso puede ser problemática y resulta en ocasiones un desafío. No debe existir confrontación entre el cuidador/ra y profesional que está realizando la historia clínica, se ha de buscar la empatía. Se conoce mejor la realidad del cuidador/ra si por ejemplo le hacemos partícipe de que al estar cuidando a una mujer con pluripatología crónica y muy dependiente, a veces puede perder el control o incluso necesita de algún tranquilizante.

Una vez realizada la anamnesis, se efectuará una exploración física, psíquica y social exhaustiva y completa, buscando indicadores de abuso y/o negligencia física, psicológica y sexual (Tablas II, III, IV, V y VI). En algunas ocasiones, las presentaciones clínicas son insidiosas y difíciles de diferenciar de la patología crónica de la mayor. A veces, el propio testimonio de la anciana contribuye a aumentar esta confusión. Pero no cabe duda que habrá que realizar una valoración geriátrica integral donde se recogerán datos sobre:

- **el estado funcional:** valoración del grado de independencia/dependencia para las actividades básicas (ABVD) utilizando escalas como el Barthel (Tabla VIII) y actividades instrumentales (AIVD) con la escala de Lawton (Tabla IX).

- **el estado cognitivo:** utilizaremos el Cuestionario Abreviado sobre el Estado Mental (SPMSQ) de Pfeiffer (Tabla X)

- **el estado afectivo:** para la valoración afectiva la más utilizada es la Escala de Yesavage reducida (Tabla XI)

- **valoración social:** utilizaremos la escala de valoración social -escala Gijón- (Tabla XII).

La realización de exploraciones complementarias, exámenes de laboratorio y las pruebas de imagen, deben ser individualizadas en cada caso. Estas exploraciones irán orientadas en un doble sentido: cuantificar el daño y descartar un origen accidental del mismo.



Ante cualquier factor de riesgo o indicador de alarma sospechoso de la existencia de maltrato, en algunos países se utilizan cuestionarios que recogen cada uno de los tipos de abuso en una serie de preguntas, considerándose sospecha de maltrato una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas.

La Canadian Task Force y el U.S. Preventive Medicine Task Force utilizan un cuestionario (Tabla XIII), mientras los primeros recomiendan su utilización rutinaria en los exámenes periódicos de salud, los segundos aconsejan incorporar estas preguntas directas acerca del maltrato como parte de la historia clínica. Si bien no hay suficiente evidencia ni a favor ni en contra del screening rutinario de violencia familiar en pacientes de cualquier edad.

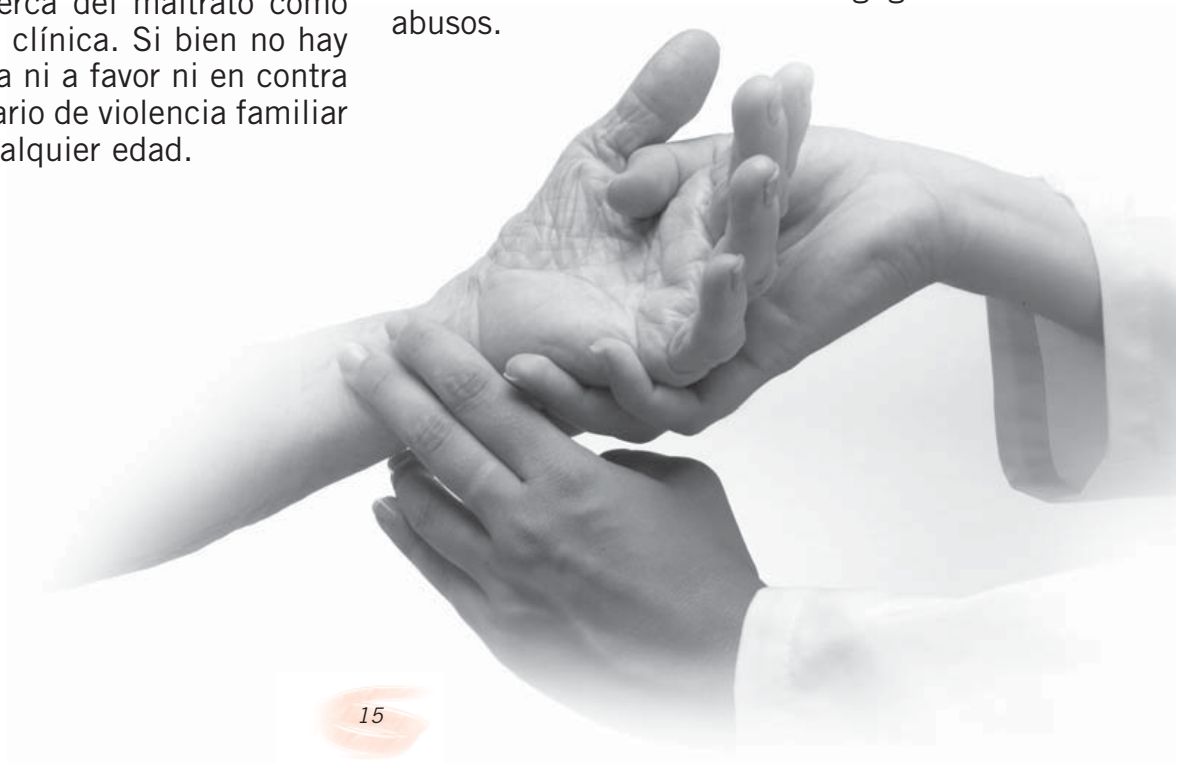
Tras la identificación del problema, las cuestiones que debemos resolver lo más pronto posible son las siguientes:

¿Está en peligro la vida de la anciana?

¿Es capaz de tomar decisiones por sí misma sobre su futuro?

¿Presenta algún tipo de alteración mental?

Para dar respuesta a estas preguntas es importante la atención multidisciplinar de la anciana sometida a negligencia o abusos.



6. PLAN DE ACTUACIÓN

IV. INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR Y MULTISECTORIAL

El maltrato a la anciana se clasifica dentro del grupo de problemas interdependientes, ya que no se trata de un problema que se pueda abordar en solitario, sino que requiere una atención multidisciplinar y multisectorial. (Figura 1).

La intervención debe plantearse desde un punto de vista multidisciplinario y multisectorial, incluyendo servicios sanitarios y sociales (medicina de familia, enfermería, trabajo social), así como otros servicios de apoyo (geriatría, psicología, psiquiatría, abogacía) y voluntariado en el que pueden incluirse ancianas que han sufrido maltrato.

Es fundamental este equipo multidisciplinar para que la valoración de la anciana sea lo más completa posible y se decidan conjuntamente las medidas más idóneas en cada caso.

Una vez confirmados los malos tratos, la principal tarea de las/los profesionales sanitarios consiste en garantizar la seguridad de la víctima, que será diferente según sea ésta competente o no. Además la actuación también diferirá según el grado de gravedad de la violencia recibida. Por ejemplo, en el caso de maltrato por sobrecarga de la persona cuidadora, las soluciones pueden pasar por articular un sistema

de descansos y mejoras en los dispositivos de apoyo formal e informal. Si el problema reside en una adicción del cuidador/ra, en la búsqueda de tratamientos eficaces. Si el problema es una enfermedad mental, un tratamiento psiquiátrico adecuado, etc.

Si la persona mayor es competente y no se garantiza una solución para el final de la violencia e insiste en seguir manteniendo la relación con la persona agresora, se debe respetar su voluntad y sopesar que sea capaz de actuar en su propio interés y no por coacción o miedo a represalias o por miedo de abandono. En estos casos hay que trabajar para que la paciente pueda decidir libremente qué es lo que más le conviene. Se le asesorará y educará informando sobre la reincidencia de los abusos y proporcionando información escrita de direcciones y teléfonos de contacto para situaciones de necesidad y realizar un plan de seguridad.

En el caso de las personas no competentes, hay que documentar la enfermedad que ocasione tal incompetencia. Antes de aceptar que la víctima presenta incapacidad mental, es necesario excluir la pseudodemencia secundaria a depresión exógena, así como otras causas reversibles de demencia. Confirmada la incapacidad mental y si existe riesgo de daño grave hay

que adoptar las medidas necesarias para separar a la víctima del agresor/ra. En ocasiones hay que iniciar la solicitud de incapacidad legal o bien comunicar al Juzgado la necesidad de una hospitalización/ingreso en residencia involuntaria.

El procedimiento para **promover la incapacidad** viene recogido en el Art. 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

1. “La Declaración de incapacidad pueden promoverla el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes o los hermanos del presunto incapaz.

2. El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacidad si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado.

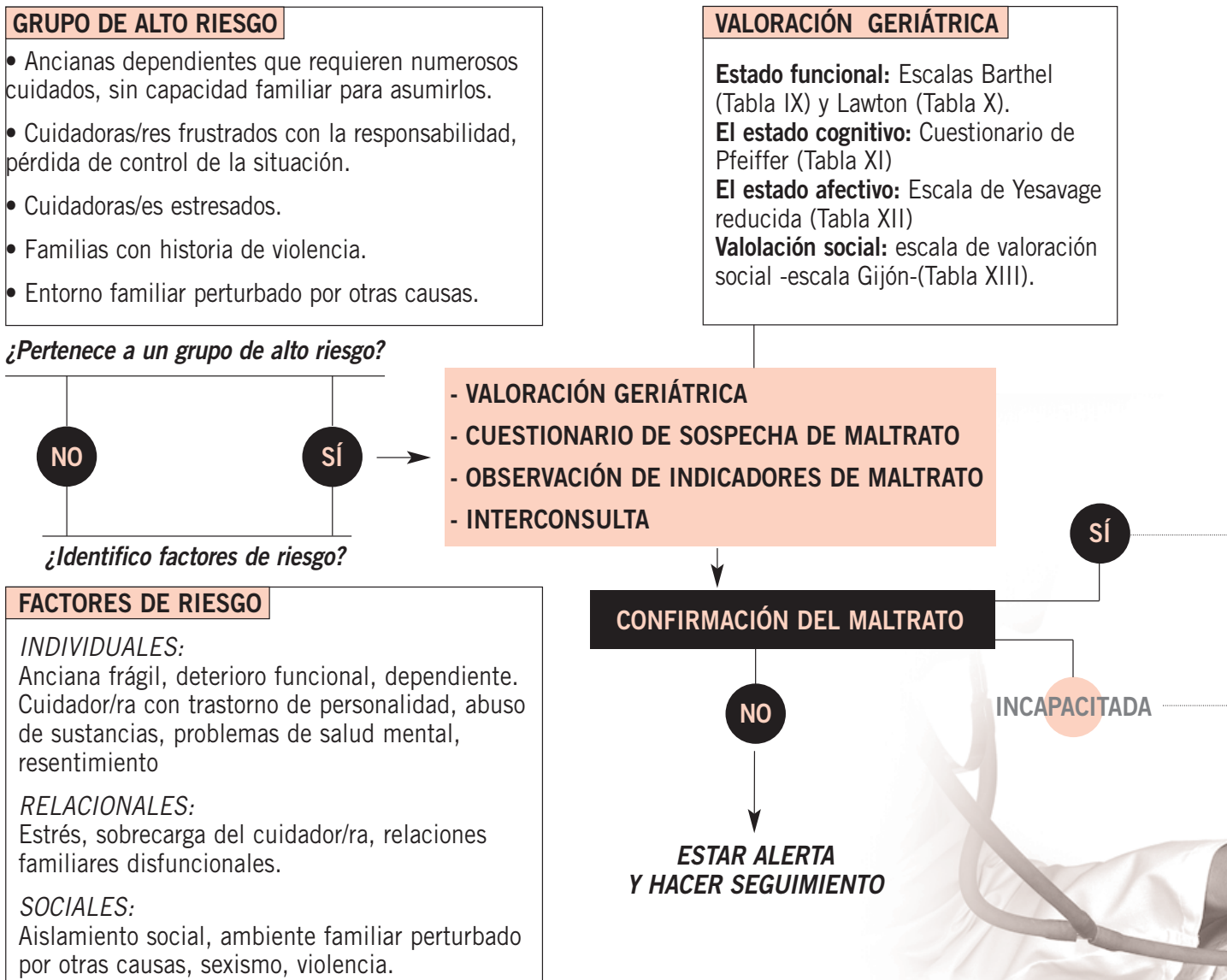
3. Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacidad. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posibles causas de incapacidad de una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal”.

En la situación de ingreso involuntario, las/los profesionales sanitarios, en caso de urgencia, están plenamente capacitados para dicha autorización. Así queda recogido en el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil “ El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la adopción de la medida. En este caso el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas”.

Tanto en las situaciones de **ingreso involuntario** como en las de inicio del proceso de incapacidad puede ser adecuado, junto al informe médico, adjuntar un informe social, al objeto de documentar la situación sociofamiliar, psicosocial y ambiental de la persona afectada.

7. PROTOCOLO ALGORITMO DE DECISIÓN

MUJER MAYOR QUE ACUDE A CONSULTA POR CUALQUIER MOTIVO





PLAN DE ACTUACIÓN INTEGRAL Y COORDINADO

RIESGO INMEDIATO: SI

- TOMAR MEDIDAS DE SEGURIDAD.
- LLAMAR AL 112.
- HACER PARTE DE LESIONES.
- HOSPITALIZACIÓN/RESIDENCIA.
- OTRAS MEDIDAS O RECURSOS SOCIO SANITARIOS.

RIESGO INMEDIATO: NO

- VALORACIÓN INTEGRAL.
- INFORMAR DEL TELÉFONO 112.
- HACER PARTE DE LESIONES.
- REGISTRAR EN HISTORIA CLÍNICA.
- COMUNICAR AL TRABAJADOR SOCIAL.
- OFRECER SERVICIOS DE APOYO SOCIAL.
- REMITIR A SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN CASO NECESARIO.
- HACER PLAN DE SEGUIMIENTO.
- CONTROL DE FACTORES DE RIESGO.
- APOYO AL CUIDADOR.
- TRATAMIENTO PSICOSOCIAL.

- SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN
- ATENCIÓN AL CUIDADOR
- PLAN DE SEGURIDAD A LARGO PLAZO

AGRESIONES SEXUALES

REMITIR SIEMPRE AL HOSPITAL PARA VALORACIÓN GINECOLÓGICA Y FORENSE

8. MEDIDAS PREVENTIVAS

Las actividades de prevención podemos plantearlas a tres niveles:

PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
Población en general	Población de Alto Riesgo	Víctimas de Malos tratos
Incidencia de nuevos casos	Prevalencia de casos	Gravedad, secuelas, prevenir la repetición
Promoción de la salud Aumentar los factores de protección del maltrato Educación para la Salud	Detección Precoz Tratamiento temprano población anciana y cuidadores/ras de alto riesgo	Tratamiento e intervención multidisciplinar con víctimas, cuidadores/ras, maltratador/ra y entorno

PREVENCIÓN PRIMARIA

Son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o a disminuir la probabilidad de sufrir malos tratos en las personas ancianas. El objetivo es disminuir su incidencia. Dentro de estas actividades se incluyen generalmente las de promoción de la salud (dirigidas a la población en general y a los ancianos y las ancianas sanas, que no presentan indicadores de riesgo).

Se pretende incidir sobre las causas sociales y culturales del problema de la violencia contra la mujer anciana, mediante actividades orientadas al respeto, la igualdad, la tolerancia y la no violencia en el seno de la familia.

Entre las actividades de prevención primaria podemos destacar las siguientes:

- **Colaboración** del EAP, SUAP, Centro de Salud Mental u Hospital con los Colegios, Medios de Comunicación, Servicios Sociales, Instituto de la Mujer, Asociaciones, etc., para el desarrollo de programas, protocolos, talleres, seminarios comunitarios conjuntos, tales como:

- Talleres de mediación intergeneracional
- Educación para la Salud en Asociaciones de Ancianos, Mujeres, etc.
- Educación para la Salud en la Escuela sobre tolerancia y respeto a los ancianos y ancianas, etc.



- **Inclusión**, implementación y evaluación de estas actividades de Promoción de la Salud en la Cartera de Servicios de los Centros Sanitarios, con registros informatizados en OMI-AP o similares.

- **Formación Continuada** a los/las profesionales de los Centros Sanitarios sobre promoción de la salud integral de las ancianas, habilidades y técnicas de comunicación con pacientes y asociaciones, actividades de Educación para la Salud, etc.

- Establecer mecanismos de **Coordinación** con otras instituciones: Instituto de la Mujer, educación, justicia, servicios sociales municipales, , asociaciones...

PREVENCIÓN SECUNDARIA.

Las Actividades de prevención secundaria pretenden detener la evolución de los malos tratos mediante actuaciones desarrolladas en la fase de detección, cuando aún los síntomas y signos no son aparentes, pero existen en estado subclínico y, por ello, nos permiten detectar precozmente el proceso de la violencia y poner en práctica las medidas necesarias para impedir su progresión.

La prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de malos tratos a ancianas. El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman las pruebas de cribaje o screening.

Entre las actividades de prevención secundaria podemos destacar las siguientes:

- Elaborar, implantar y evaluar **Protocolos de detección del maltrato** a las ancianas, con inclusión de las actividades en la Cartera de Servicios de los/las profesionales sanitarios y estableciéndose registros informatizados (en la Historia Clínica, en OMI-AP, etc.) .

8. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Identificar y **detectar los factores de riesgo** de la anciana y de la cuidador/ra. Es conveniente que los/las profesionales interroguen de forma sistemática a las ancianas y cuidadores/ras con preguntas directas acerca del maltrato (Tabla. XIII):

- En la apertura de la Historia Clínica
- En las consultas de urgencias, geriatría, medicina, enfermería, trabajo social...
- En la Cartera de Servicios: Detección y Prevención de Problemas en el Anciano, Atención Domiciliaria al Inmovilizado, Atención a pacientes terminales, etc.

- **Apoyar a las personas cuidadoras.** Vigilar y actuar ante situaciones de estrés y sobrecarga física y/o emocional de cuidador/ra, que puedan constituir el desencadenante de la violencia.

- Organizar Talleres de educación para la salud para estas personas
- Información, orientación y asesoramiento sobre recursos
- Escucha activa, etc.


- **Formación Continuada** a los/las profesionales de las Gerencias sobre ancianas y cuidadores/ras, diferencias de género y violencia doméstica, técnicas de entrevista clínica para saber detectar...

PREVENCIÓN TERCIARIA

Se define como aquellas actividades dirigidas al tratamiento y la rehabilitación de las personas ancianas que han sufrido una situación de maltrato, evitando su progresión, la aparición o el agravamiento de complicaciones, invalideces, e intentando mejorar la calidad de vida de las pacientes ancianas.

Entre las actividades de prevención terciaria podemos destacar las siguientes:

- Desarrollar y evaluar programas y protocolos de **diagnóstico e intervención con ancianas** maltratadas y las personas que las cuidan, donde se clarifique la actuación de los/las profesionales y se incluyan en la Cartera de Servicios, con registros informatizados.



- Establecer una **Coordinación** formal con los/las profesionales del EAP o Servicio Hospitalario, así como con otras instituciones (Juzgado, Servicios Sociales, ...) para prestar una atención integral a la anciana víctima de malos tratos

- **Formación Continuada** a los/las profesionales de las Gerencias sobre valoración integral geriátrica, valoración de riesgo, gravedad y urgencia de casos de ancianas maltratadas, conocimiento de los recursos sociales, conocer la importancia y complejidad de saber derivar a otros servicios.

9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

INTERNACIONAL:

- DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL HOMBRE Y EL CIUDADANO, DE 26 DE AGOSTO DE 1789.

- DECLARACIÓN DE DERECHOS HUMANOS PROCLAMADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, RESOLUCIÓN 217 A (III), DE 10 DE DICIEMBRE DE 1948. Artículos 1,2,3,4,5,6,7,8,16,22,25

- 41ª ASAMBLEA MÉDICA MUNDIAL, SEPTIEMBRE DE 1989, CELEBRADA EN HONG-KONG. DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL MALTRATO DE ANCIANOS.

- ONU: 1999, AÑO INTERNACIONAL DEL ANCIANO

- 49ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD CELEBRADA EN 1996 (OMS) Acordó que la violencia es una prioridad en la salud pública en todo el mundo e instó a los Estados miembros a evaluar la dimensión del problema en su territorio.

- ÚLTIMA ASAMBLEA MUNDIAL DEL ANCIANO. MADRID, ABRIL 2002

- DECLARACIÓN DE TORONTO 17/11/2002

UNIÓN EUROPEA:

- PARLAMENTO EUROPEO, TRATADO DE ÁMSTERDAM DE 19 DE JUNIO DE 1997. Regula el Marco Social Europeo estableciendo previsiones respecto a la protección laboral, económica, asistencial y sanitaria de los ancianos.

- CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UE, PROCLAMADA POR EL CONSEJO, EL PARLAMENTO EUROPEO Y LA COMISIÓN DURANTE LA CUMBRE EUROPEA DE NIZA, EN DICIEMBRE DE 2000. Los 54 artículos se agrupan en cinco grandes conceptos: dignidad intrínseca de la persona, libertades, igualdad, solidaridad y ciudadanía.



NACIONAL:

- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 27 DE DICIEMBRE DE 1978. Destacamos los artículos 10, 14, 15, 50.

- CODIGO PENAL. En la actualidad, la violencia doméstica dispone de un tratamiento sustantivo específico en el Código Penal (Art. 153, modificado en 1995 y 1999). Destacamos como novedoso la habitualidad en la violencia (lo que la convierte en delito y no en falta), así como el contemplar la violencia física y psíquica.

- La LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL. Art. 262 “los que por razón de su profesión, cargo u oficio tuvieren noticia de algún delito, están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, Juez Instructor”. Art. 355 “si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado...”

- CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA.

- PRIMERA CONFERENCIA NACIONAL DE CONSENSO SOBRE EL ANCIANO MALTRATADO. 4 DE MAYO DE 1995. DECLARACIÓN DE ALMERÍA.

- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LOS MALOS TRATOS DOMÉSTICOS, aprobado por el Consejo Interterritorial de Salud el 12/4/1999.

- LEY ORGÁNICA 1/2004, DE 28 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.



10. DOCUMENTOS DE NOTIFICACIÓN

I. PARTE AL JUZGADO



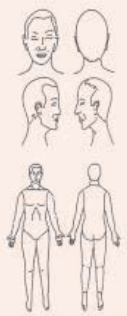
Los documentos de notificación próximamente llevarán el logotipo del Servicio Murciano de Salud.

 Región de Murcia Consejería de Sanidad	<h3>PARTE AL JUZGADO</h3>	 Servicio Murciano de Salud GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MURCIA
D./Dña. Médico <input type="checkbox"/> SERV. URG. A.P.: <input type="checkbox"/> CENTRO SALUD:		
INFORMO: Que a las horas del día haber atendido a:		
D./Dña. D.N.I. Edad Domicilio Localidad *Hijo/a de D.N.I.		
Por hechos estimados según manifiesta:		
FORTUITOS <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> TRÁFICO <input type="checkbox"/> AGRESIÓN <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN <input type="checkbox"/> OTROS NATURALEZA DE LAS LESIONES EN EL MOMENTO DE SER ATENDIDO/A:		
SEDU - 34	Pasa a: DOMICILIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> MÉDICO DE ZONA <input type="checkbox"/> PRONÓSTICO (Salvo complicaciones): LEVE <input type="checkbox"/> MENOS GRAVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> FALLECIDO <input type="checkbox"/>	
Y para que conste doy el presente en a de de 2.0 <div style="text-align: right;">EL MÉDICO DEL SERVICIO</div>		
SEÑOR JUEZ DE INSTRUCCIÓN DE GUARDIA		
<ul style="list-style-type: none"> • *Cumplimentar en caso de ser menor de edad • En caso de VIOLENCIA DOMÉSTICA, adjuntar INFORME (CAP.1 - 70) 		Fdo. Coleg. n.º

EJEMPLAR PARA EL JUZGADO

Y REGISTRO

II. INFORME CLÍNICO POR MALOS TRATOS (PROTOCOLO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL):

 Región de Murcia Consejería de Sanidad	INFORME CLÍNICO POR MALOS TRATOS *	 Servicio Murciano de Salud Gerencia de Atención Primaria de Murcia
1 - DATOS DE FILIACIÓN DE LA VICTIMA		
NOMBRE Y APELLIDOS _____		
MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/>		
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____		
ESTADO CIVIL: _____		
DIRECCIÓN: _____		
TELÉFONO DE CONTACTO: _____		
2 - EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA: <i>(Reflejar fecha, hora, y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie).</i>		
_____ _____ _____		
3 - ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: <i>(En relación con las lesiones).</i>		
_____ _____ _____		
4 - EXPLORACIÓN FÍSICA: <i>(Descripción de las lesiones, sin olvidar data aproximada).</i>		
_____ _____ _____		
		
* Este informe debe adjuntarse al "Parte al Juzgado" (SEDU-34).		

5 - ESTADO EMOCIONAL ACTUAL	
_____ _____ _____	
6 - EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: <i>(Si las hubiera)</i>	
_____ _____ _____	
7 - DIAGNÓSTICO	
_____ _____ _____	
8 - TRATAMIENTO	
_____ _____ _____	
9 - PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES	
_____ _____ _____	
Facultativo (Código y N.º de Colegiado)	Fecha y firma: _____

Ejemplar para el Juzgado

10. DOCUMENTOS DE NOTIFICACIÓN

III. DOCUMENTO DE REGISTRO

PLAN DE ACTUACIÓN SEGÚN PROBLEMA Y SEGUIMIENTO

PROBLEMAS DETECTADOS

PROBLEMA	ACTUACIÓN	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO

Y REGISTRO



11. EVALUACIÓN

Consideramos fundamental realizar una adecuada evaluación del Protocolo, su planificación, implantación y resultados, introduciendo las medidas correctoras necesarias. El objetivo fundamental es conocer si está resultando útil para la población a la que va dirigido. Esta evaluación se realizará anualmente en Cartera de Servicios.

Es necesario recordar, que para realizar esta evaluación es preciso que la puesta en marcha de este protocolo haya ido acompañada de la implantación de un sistema de **registro informatizado** en cada Centro Sanitario que recoja como mínimo:

- población de 65 o más años, diferenciada por sexo, perteneciente al Centro Sanitario con indicadores de riesgo de maltrato.
- población de 65 o más años, diferenciada por sexo, con diagnóstico de maltrato.
- población de 65 o más años, diferenciada por sexo, en tratamiento y seguimiento por maltrato.
- Partes al Juzgado realizados con diagnóstico de maltrato en población de 65 o más años, diferenciada por sexo.

La evaluación debe contener los siguientes elementos:

- **Población** que se beneficia del protocolo (cobertura).
- **Profesionales:** grado de participación, rendimiento.
- **Protocolo:** éste es el objeto de la evaluación (recursos empleados, actividades realizadas, objetivos logrados), al que se refieren las medidas efectuadas, relacionándolas con los elementos anteriores.

Las cuestiones que deben plantearse en la evaluación son las siguientes:

ANTES DE LA EJECUCIÓN DEL PROTOCOLO

- Nº de Centros que tienen establecido un sistema de registro informatizado de detección, intervención y seguimiento de ancianas maltratadas
- ¿Existe **Trabajador/ra Social** en el Centro que garantice una intervención multidisciplinar?

DURANTE LA EJECUCIÓN DEL PROTOCOLO

- **Rendimiento:** ¿cómo se están utilizando los recursos? ¿número de profesionales que intervienen en un caso?

- Monitorización de actividades:

- ¿número de actuaciones urgentes realizadas?,
- población de 65 o más años, diferenciada por sexo, perteneciente al Centro Sanitario con indicadores de riesgo de maltrato.
- población de 65 o más años, diferenciada por sexo, con diagnóstico de maltrato.
- población de 65 o más años, diferenciada por sexo, en tratamiento y seguimiento por maltrato.
- Partes al Juzgado realizados con diagnóstico de maltrato en población de 65 o más años, diferenciada por sexo.
- Nº de ancianas maltratadas incapacitadas.
- Identificación (vínculo parental) y nº de intervenciones con agresores/ras
- Nº de actividades de prevención realizadas en el Centro.

DESPUÉS DE LA EJECUCIÓN DEL PROTOCOLO:

- **Efectividad:** ¿qué objetivos se alcanzaron?

- **Pertinencia real:** ¿qué impacto ha producido sobre el estado de salud? ¿se han satisfecho las necesidades de salud existentes?

12. ANEXOS

TABLA I

Grupos de alto riesgo de abuso y maltrato

- Ancianas que viven en su domicilio o en el del cuidador/ra, que requieren numerosos cuidados y excederán en breve la capacidad familiar para asumirlos.
- Ancianas cuyos cuidadores/ras expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel y muestran pérdida del control de la situación.
- Ancianas cuyos cuidadores/ras presentan signos de estrés.
- Ancianas que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar.
- Ancianas que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas.
- Ancianas sin familiares directos de primer grado.

TABLA II

Indicadores de maltrato físico

- Heridas.
- Contusiones.
- Fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes.
- Abrasiones o laceraciones en diferentes estadios.
- Lesiones en la cabeza o cara; palmas de las manos y plantas de los pies.
- Quemaduras.
- Arañazos.
- Somnolencia por altas dosis de psicotropos.



TABLA III

Indicadores de maltrato psíquico

- Extrema cautela por parte del cuidador/ra.
- Amenazas de abandono y/o institucionalización.
- Depresión.
- Confusión.
- Imposición de aislamiento físico y/o social.
- Amenazas a la anciana por parte del cuidador/ra para controlar la situación.

TABLA IV

Indicadores de negligencia física

- Malnutrición o pérdida de peso.
- Deshidratación.
- Mala higiene corporal, boca muy séptica.
- Ropa inadecuada para el tiempo actual o sucia.
- Caídas de repetición.
- Impactación fecal.
- Gafas rotas o ausencia de las mismas cuando son necesarias.
- Hipotermia o hipertermia no detectada.
- Signos de intoxicación medicamentosa o incumplimiento terapéutico.
- Contracturas articulares por falta de movilidad.
- Úlceras por presión en mal estado.

12. ANEXOS

TABLA V

Indicadores de negligencia psicológica

- Depresión
- Confusión, desorientación
- Ansiedad
- Pérdida de autoestima
- Mínimas conversaciones entre la anciana y cuidador/ra
- Actitud de indiferencia hacia la anciana por parte del responsable de los malos tratos
- La persona cuidadora le niega la posibilidad de relacionarse con otras personas
- Pérdida de la capacidad de toma de decisiones por parte de la anciana

TABLA VI

Indicadores de abuso sexual
(referidos al aparato genital)

- contusiones
- erosiones
- hematomas
- lesiones
- sangrado vaginal/rectal

TABLA VII

Indicadores de abuso económico

- retiro de dinero irregular o atípico
- cambio de testamento
- extravío de joyas y/o efectos personales
- el nivel de atención recibida no se corresponde a sus ingresos o medios.

TABLA VIII

Índice de Barthel

Comer

10 -Independiente. Capaz de comer por sí sola y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

5 -Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer sola.

0 -Dependiente. Necesita ser alimentada por otra persona.

Lavarse (bañarse)

5 -Independiente. Capaz de lavarse entera. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.

0 -Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10 -Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

5 -Necesita ayuda. Realiza sola al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0 -Dependiente.

Arreglarse

5 -Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

0 -Dependiente. Necesita alguna ayuda.

Deposición

10 -Continente. Ningún episodio de incontinencia.

5 -Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

0 -Incontinente.

12. ANEXOS

Micción

(valorar la situación de la semana anterior)

- 10 -Continente.** Ningún episodio de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí sola.
- 5 -Accidente ocasional.** Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
- 0 -Incontinente.**

Ir al retrete

- 10 -Independiente.** Entra y sale sola, y no necesita ningún tipo de ayuda por otra parte de otra persona.
- 5 -Necesita ayuda.** Capaz de manejarse con pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sola.
- 0 -Dependiente.** Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

Traslado al sillón/cama

- 15 -Independiente.** No precisa ayuda.
- 10 -Mínima ayuda.** Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- 5 -Gran ayuda.** Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.

- 0 -Dependiente.** Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentada.

Deambulación

- 15 -Independiente.** Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sola.
- 10 -Necesita ayuda.** Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- 5 -Independiente.** (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda ni supervisión.
- 0 -Dependiente.**

Subir y bajar escaleras

- 10 -Independiente.** Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- 5 -Necesita ayuda.** Precisa ayuda o supervisión.
- 0 -Dependiente.** Incapaz de salvar escalones.

TABLA IX

Índice de Lawton

Capacidad para usar el teléfono

- 1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda
- 1 Marca números bien conocidos.
- 1 Contesta el teléfono, no marca.
- 0 No usa el teléfono en absoluto.

Ir de compras

- 1 Realiza todas las compras necesarias sin ayuda
- 0 Solo compra pequeñas cosas
- 0 Necesita compañía para realizar cualquier compra
- 0 Completamente incapaz de ir de compras.

Preparación de la comida

- 1 Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.
- 0 Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes.
- 0 Prepara la comida, pero no mantiene una dieta adecuada.
- 0 Necesita que se le prepare la comida.

Cuidar la casa

- 1 Cuida la casa sin ayuda o ésta es solo ocasional.
- 1 Realiza tareas domésticas ligeras.
- 1 Realiza tareas domésticas ligeras, pero

- no mantiene un nivel de limpieza aceptable.
- 0 Necesita ayuda con todas las tareas de casa
- 0 No participa en tarea doméstica alguna.

Lavado de la ropa

- 1 Lo realiza sin ayuda.
- 1 Lava o aclara algunas prendas
- 0 Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.

Medio de transporte

- 1 Viaja con independencia.
- 1 No usa transporte público, salvo taxis.
- 1 Viaja en transporte público si le acompaña otra persona.
- 0 Viaja en taxi o automóvil sólo con ayuda de otros
- 0 No viaja en absoluto

Responsabilidad sobre la medicación

- 1 No precisa ayuda para tomarse correctamente la medicación.
- 0 Necesita que le sean preparadas las dosis con antelación.
- 0 No es capaz de responsabilizarse de su medicación.

Capacidad para utilizar el dinero

- 1 No precisa para manejar el dinero ni llevar cuentas.
- 2 Necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.
- 3 Incapaz de manejar dinero.

12. ANEXOS

TABLA X

Interpretación

Escala de Pfeiffer (SPMSQ)

1. ¿A qué día estamos? ¿Mes, día, año?
2. ¿A qué día de la semana estamos?
3. ¿En qué sitio nos encontramos?
4. ¿Cuál su número de teléfono?
¿Cuál su dirección? (si no tiene teléfono)
5. ¿Qué edad tiene?
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?
7. ¿Cómo se llama el Rey que tenemos ahora en España?
8. ¿Quién mandaba en España antes que el Rey actual?
9. ¿Cómo se llama su madre?
10. Si a 20 le quitamos 3 quedan...
Y si le quitamos 3 más...
Y si le quitamos 3 más...

0-2 errores: funcionamiento intelectual normal

3-7 errores: funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro.

8-10 errores: déficit intelectual severo.

En las ancianas con nivel de estudios primarios se permite un error más.

En las ancianas con nivel de estudios superior, un error menos.



TABLA XI

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (reducida)

<u>PREGUNTA</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Nota que su vida esta vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0

RESULTADOS:

0 – 5 = NORMAL

6 – 9 = PROBABLE DEPRESION

> 9 = DEPRESION ESTABLECIDA

12. ANEXOS

TABLA XII

Escala valoración socio-familiar

A- Situación Familiar

1. Vive con su familia sin dependencia físico-psíquica.
2. Vive con cónyugue de similar edad.
3. Vive con familia y/o cónyugue y presenta algún grado de dependencia.
4. Vive sola y tiene hijos próximos.
5. Vive sola y carece de hijos o viven alejados.

B- Situación económica

1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.
2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive.
3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.
4. L.I.S.M.I. – F.A.S. – Pensión no contributiva.
5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.

(El cálculo individual de los ingresos, en el caso de matrimonios o parejas, se

obtendrá de la suma de las pensiones de ambos, más 1/3 del SMI, dividiendo el resultado entre 2)

C- Vivienda

1. Adecuada a necesidades
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)
3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción).
4. Ausencia de ascensor, teléfono.
5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)

D- Relaciones Sociales

1. Relaciones sociales.
2. Relación social sólo con familia y vecinos.
3. Relación social sólo con familia o vecinos
4. No sale del domicilio, recibe visitas.
5. No sale y no recibe visitas.

E- Apoyo a la Red Social

1. Con apoyo familiar o vecinal.
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
3. No tiene apoyo
4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica.
5. Tiene cuidados permanentes.

Interpretación

PUNTUACIÓN:

De 5-9: Buena – aceptable situación social

De 10-14: Existe riesgo social

Más de 15: Problema social

TABLA XIII

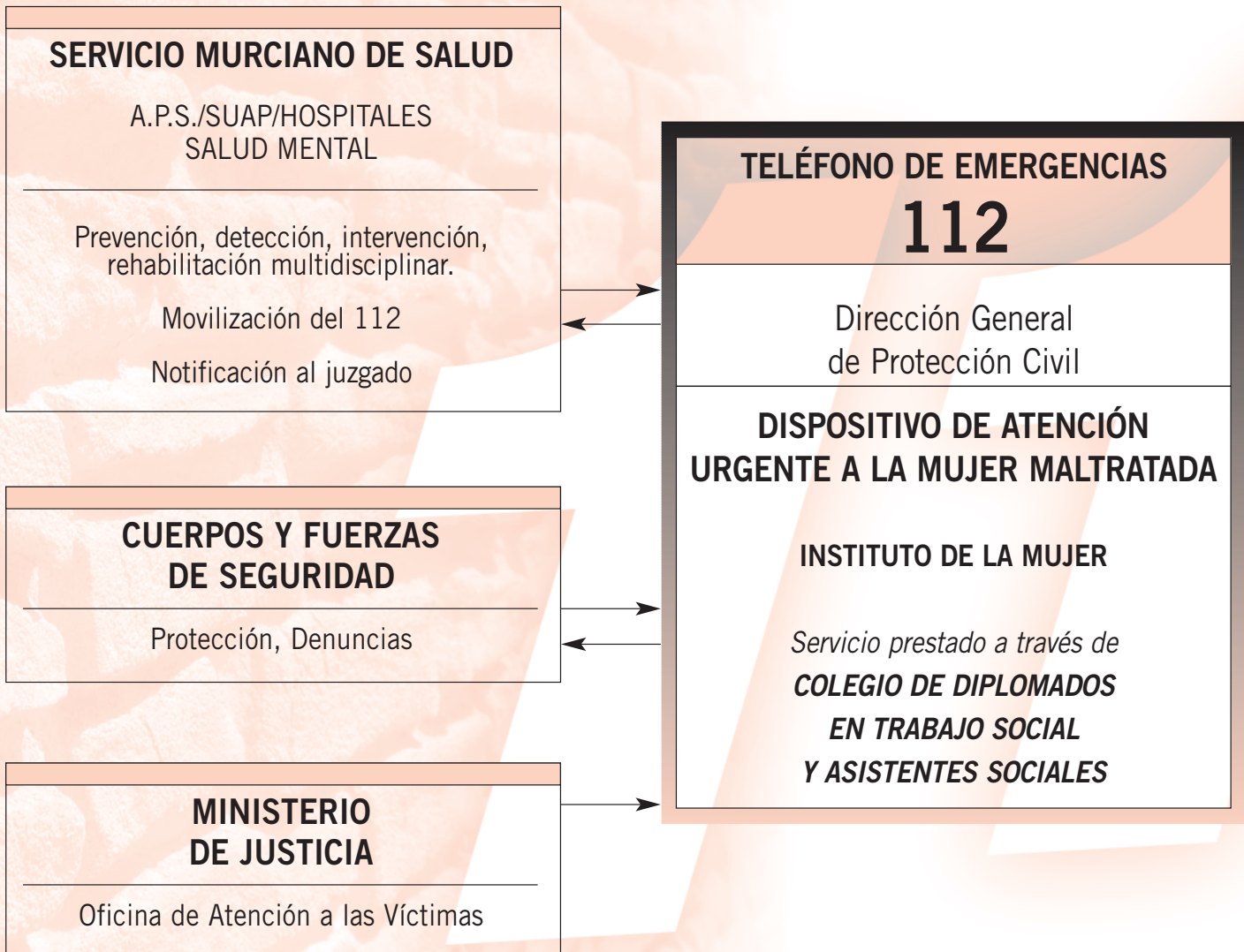
***Cuestionario de sospecha de maltrato
ó cuestionario para la detección
del maltrato a personas mayores***

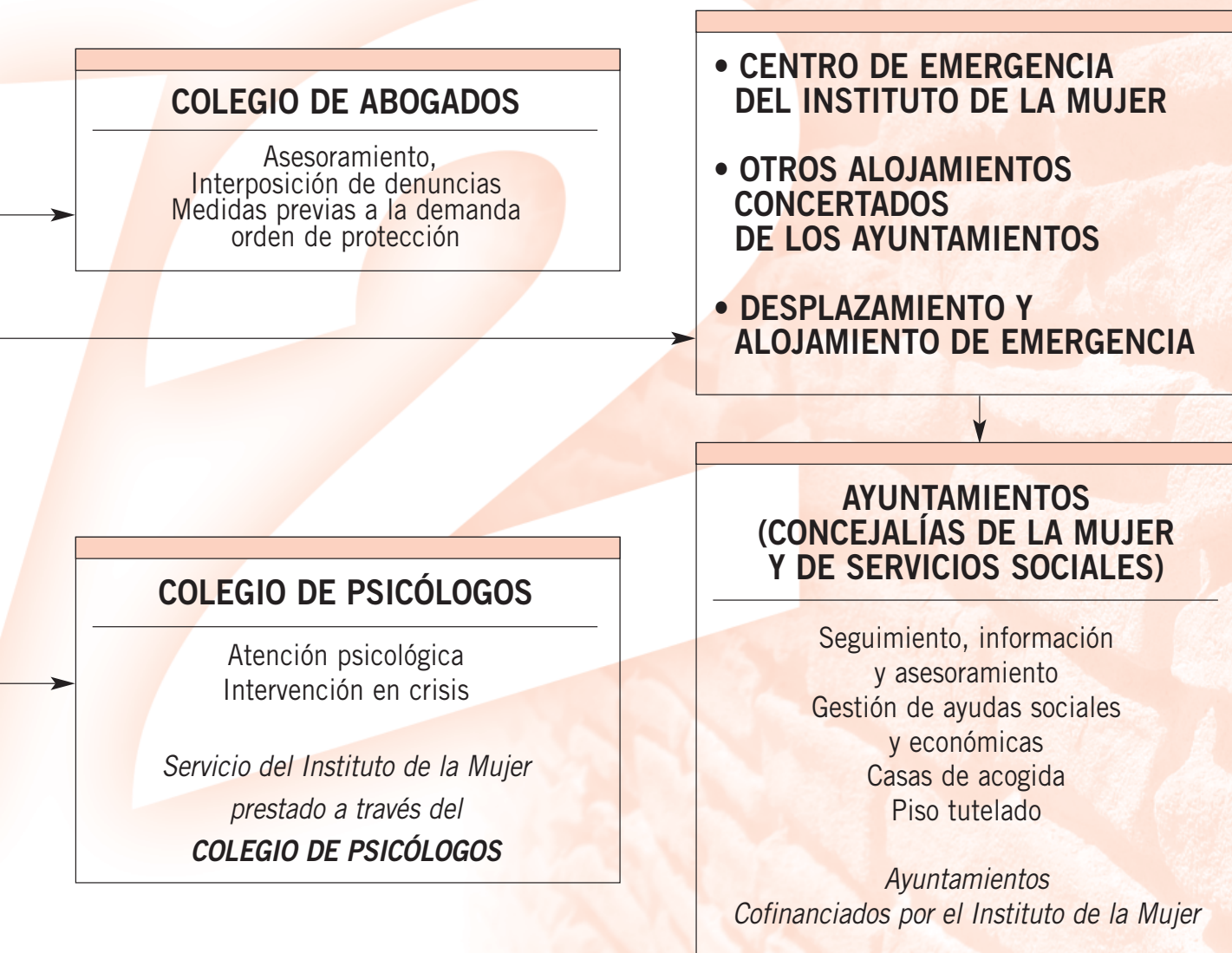
1. ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
2. ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?
3. ¿Alguna vez ha sido engañada o amenazada?
4. ¿Tiene miedo de alguien en casa?
5. ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía?
6. ¿Está sola a menudo?
7. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
8. ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
9. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?

12. ANEXOS

FIGURA 1. ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR Y MULTISECTORIAL

MUJER ANCIANA MALTRATADA





13. BIBLIOGRAFÍA

- **Kalache, A y Perel Levin, s.** *La OMS y la Prevención del Abuso de Personas Mayores.* Rev.Esp. Geriatr. Gerontol 2002;37(6):289-290.
- **Ruiz Sanmartin, A et al.** *El Médico de Familia y el Síndrome de los malos tratos a ancianos.* Atención Primaria. Volumen 26. número 09 p.641-646.
- **Martos Pérez, T.** *El Maltrato a Personas Mayores.* Ponente Taller: Detección de maltrato en personas mayores.2003. Madrid.
- **Doménech, Ch.** *Violencia y mayores: el maltrato silencioso.* VII encuentro internacional violencia contra personas mayores-Valencia 2.003. Rev. Perfiles 2.003.
- **Martinez-Maroto, A.** *Malos tratos y personas mayores. Un enfoque jurídico.* Rev.Esp.Geriatr.Gerontol.2003; 38(3):129-131.
- **Jiménez P. Y Jiménez-Poyato I.** *Algunos aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores.* Rev. Esp. Geriatr.Gerontol 2.003 2.003;38(1):46-53.
- **Lázaro del Nogal, M.** *Abusos y agresiones sexuales en los ancianos.* Rev.Esp.Geriatr. Gerontol 1995; NM2:43-47.
- **Bárbara. E et al.** *Abuso y negligencia del anciano.* Modern Geriatrics (ed.Española) Volumen 7, número 9.1995;50(Apr):47-51.
- **Bazo, M.T.** *Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España.* Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2001; 36(1):8-14.
- **Kessel Sardinias, H. et al.** *Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado.* Rev. Esp. Geriatr Gerontol 1996;31(6):367-372.
- **Navarre, T.** *El maltrato en mayores debe ser tenido en cuenta como el de niños.* Diario Médico 2.003. W3 . diario-medico.com.día 1-12-2004.
- **Kessel sardinias, H.** *¿Estos asistiendo a un anciano maltratado?* Rev. Electrónica Geriatr. Gerontol. Vol 4 num. 1.2002. W3.Geriatrianet.com 1-12-2004.

- **Kessel Sardinias, 4 et al.** *El Síndrome del Dr. Jekyll y Mr. Hide: las dos caras del cuidador de ancianos.* Rev. Esp. Geriatr. Gerontol 1999;34(6):346-352.

- **Perez Trullen, J.M. et al.** *El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivos (demencia).* Atención Primaria. Vol.18 núm.4. 15 de Septiembre de 1.996.

- **Rubio Montañes, M.L.** *Perfil medico-social del cuidador crucial.¿Se trata de un paciente oculto?* Atención Primaria. Vol.16.núm.4,15 de Septiembre 1.995.

- **Montorio Cerrato,I. et al.** *Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes.* Rev. Esp. Geriatr.Gerontol. 1995; 30(3) 157-168.

- **Sánchez del Corral, F.** *Maltrato a las personas mayores: algunas respuestas a muchos interrogantes.* Rev. Esp. Gert. Geront.2004;39(3):151-3.

- **Sánchez del Corral, F et al.** *Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: La perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato del anciano.* Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.2004; 39(2): 72-93.

- **Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.** *La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores.* Rev. Esp. Geriatr. Gerontol 2.004;39(4):240-54.

- **Boixadera; Venchell, M el al.** *¿Cómo detectar el maltrato en los ancianos?* Rev. Enfermería Global, número 4-Mayo 2.004.

- **Bazo, T.** *Elaboración y validación de un instrumento, para la detección de maltrato en las personas mayores.* Taller: detección de maltrato en personas mayores. IMSERSO. Madrid 2.003.

- **National Center of elder abuse.** *Definición de los diferentes tipos de maltrato.* 1.995.

- **Caballero García. J.C. el al.** *Consideraciones sobre el maltrato al anciano.* Rev. mult. Gerontol.2000;10(3): 177-188.

- **Sanz Peces, E.M. el al.** *Papel del profesional de enfermería en la detección y abordaje del maltrato al anciano.* Taller: Detección del maltrato en personas mayores. IMSERSO. Madrid 2003.

13. BIBLIOGRAFÍA

- **H.G. Silvia.** *La cara oculta del maltrato.* www.convega.com.1-12-2004.
- **Saura Llamas.J.** *Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración.* Atención Primaria Vol.18.Núm 2.30 de Junio 1.996.
- **Consejo Interterritorial S.N.S.** *Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos.* 1.999.
- **Diaz Huertas, J.A. et al.** *Atención al niño en situación de riesgo bisopsicosocial desde el ámbito sanitario.* Instituto Madrileño del menor y familia.1.999.
- **Servicio Canario de Salud** *Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico.* 2003.
- **Organización Mundial de la Salud.** *Para la Prevención Global del maltrato de las personas mayores.* Declaración de Toronto. 2002.
- **UNU. Consejo Económico y Social.** *El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial.* E/CN.5/2002/PC/2.
- **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** *El maltrato de las personas mayores.* Capítulo 5.
- **Tizón García, J. L. et al.** *Prevención de los Trastornos de Salud Mental desde la Atención Primaria.* Atención Primaria 2.003; 32(supl 2): 77-101.
- **Mercedes Tabueña, C.** *Revisión bibliográfica propuesta para el Taller sobre malos tratos a los mayores-aspectos psicológicos.* Ponente taller: Detección de maltrato en personas mayores.2.003.Madrid.
- **Semfyc.** *Prevención de la incapacidad en el anciano. Despistaje de los síndromes geriátricos y valoración geriátrica global.* www.elmédicointeractivo.com. 2004.20-12-2004
- **Lachs MS, Pillemer K** *Elder abuse.* Lancet 2.004:364,1263-72

Equipo de trabajo de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia:

- **José M^a Barba Martínez.** Médico de familia.
Diplomado en Medicina Geriátrica y Gerontológico.
Centro de Salud de Vistabella.

- **Virtudes Ferrer Prior.** Trabajadora Social.
Centro de Salud Alcantarilla

- **Amor Gea Serrano.** Trabajadora Social.
Responsable Unidad de Trabajo Social
y Atención Usuario.

- **Rosa M^a Guillén Martínez.**
Diplomada Universitaria de Enfermería.
Centro de Salud Vistalegre.

- **Catalina López Asensio.**
Diplomada Universitaria de Enfermería.
Subdirectora de Enfermería.

- **Marina Tourné García.** Médico de familia.
Centro de Salud San Andrés.

Nuestro agradecimiento a la colaboración prestada en la revisión del documento, de los siguientes profesionales:

- Inmaculada Brando Asensio.

Trabajadora Social Hospital Universitario Morales Meseguer

- Sergio Cánovas Cuenca.

Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental de Molina de Segura.

- Javier Castellote Varona.

Geriatra de la Unidad de Valoración y Cuidados Geriátricos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

- Salvador Cayuela.

Geriatra. Residencia La Fuensanta de Murcia

- Isabel Lozano Olmos.

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Molina de Segura.

- Dolores Navarro Sánchez.

Trabajadora Social. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

- José Muñoz Ruiz-Seiquer.

Médico de Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía.

- José Antonio Serrano Martínez.

Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Morales Meseguer.

+65

