



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE MEDICINA

**Malos Tratos a las Personas Mayores:
Percepción, Conocimientos y Barreras para
la Detección**

D^a Leticia Sánchez Martínez

2015



MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES: PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y BARRERAS PARA LA DETECCIÓN

Tesis para optar al grado de Doctor

Presentada por:

Leticia Sánchez Martínez

Dirigida por:

Prof. Dr. Dña. María Dolores Pérez Cárceles

Prof. Dr. D. Aurelio Luna Maldonado

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Facultad de Medicina

Murcia 2015

Si es bueno vivir, todavía es
mejor soñar, y lo mejor de todo,
despertar.

Antonio Machado.

AGRADECIMIENTOS

Con este proyecto finaliza un larga etapa, no exenta de momentos difíciles, pero de la que me llevo un gran aprendizaje a nivel personal y profesional y la satisfacción de una meta alcanzada.

Una tesis doctoral es un trabajo que no sólo es fruto del esfuerzo personal del doctorando, sino que necesita de la ayuda de muchas personas, tanto en lo profesional como en lo personal. Con estas líneas quisiera mostrar mi agradecimiento a todas ellas.

En primer lugar a mi directora de tesis, la Dra. Pérez Cárceles. Mil gracias M^a Dolores por todo lo que me has enseñado, por todo tu tiempo, tu paciencia y tu ayuda constante durante estos años. Tu entusiasmo y dedicación en lo que haces son un ejemplo para mi. Gracias al Dr. Luna Maldonado por su colaboración a lo largo de este proyecto.

A todos los profesionales que han participado en el estudio y muy especialmente a los compañeros que me ayudaron en la fase de recogida de datos. Y, por supuesto, gracias a los pacientes que aceptaron participar en la investigación.

Y por encima de todo, gracias de corazón a los míos por estar siempre ahí:

A mis padres, Dolores y Antonio, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida. Por su gran corazón, capacidad de entrega y por los valores en los que me educaron, dónde la perseverancia y el esfuerzo son básicos para lograr los objetivos propuestos.

A mis hermanos, Beatriz y Antonio, por su cariño y por todo lo que aprendo de ellos cada día. Gracias Beatriz por todo el ánimo y la ayuda desde el inicio de esta tesis, a pesar de la distancia.

A mi marido, Jose Luis, porque si alguien ha sufrido mis ausencias y mis malos momentos has sido tu. Gracias por tu ayuda y tu apoyo incondicional, este proyecto no hubiera podido finalizarlo sin ti. No podría haber encontrado un mejor compañero de viaje.

A mi bebe, Gonzalo, que por sorpresa viniste al mundo antes de poder finalizar esta tesis. Has sido mi fiel compañero durante las largas horas frente al ordenador y tanto dentro como fuera me has dado la fuerza para continuar y superar los duros momentos. Gracias por hacernos todo más fácil. A partir de ahora mama estará

siempre contigo, disfrutando por fin juntos cada minuto, con la ilusión de que en un futuro puedas leer con orgullo este trabajo.

A mis amigas, Patricia, Rocío, Marisergia y Pili, por estar siempre a mi lado tanto en los momentos buenos como en los no tan buenos. Sois parte de mi familia.

Y un recuerdo especial para el resto mi familia y amigos. Aún sin saber bien de que iba todo esto que me tenía tan ocupada, siempre han tenido palabras de ánimo, todos han contribuido de alguna manera a que este trabajo vea la luz.

Y en definitiva, a todas aquellas personas que, a lo largo de mi labor investigadora, me han ayudado y apoyado, aquellos sin cuyo ánimo, la finalización de esta tesis no hubiese sido posible.

Gracias a todos

A mis padres, por haberme dado
la vida y la oportunidad de llegar
donde estoy.

A José Luis y Gonzalo, el
motor de mi vida.

RESUMEN

Introducción

Las personas mayores constituyen el segmento de la sociedad que está creciendo más rápidamente en todo el mundo. Aunque el maltrato a las personas mayores no es un fenómeno nuevo, ha conseguido captar el interés de nuestra sociedad y, específicamente, de los profesionales recientemente. En los últimos años se ha ido avanzando en la definición de malos tratos a personas mayores, en su clasificación y en el análisis de sus consecuencias, pero todavía se informan y se detectan pocos casos. No parece existir una conciencia profunda del problema ni en la sociedad ni entre los profesionales, por lo que no existen mecanismos rutinarios de detección y mucho menos de prevención adecuados.

Objetivos

Objetivo principal

Analizar la percepción del maltrato a las personas mayores, así como, los conocimientos, posición de los profesionales ante el maltrato y las limitaciones que presentan para su identificación y denuncia. Todo esto, con el fin de evaluar la situación actual del problema en nuestro entorno y poder establecer intervenciones futuras.

Objetivos secundarios

Conocer la percepción del maltrato al anciano que tienen profesionales sanitarios, trabajadores sociales y la población general.

Evaluar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales hacia el maltrato a personas mayores.

Identificar barreras para informar casos de maltrato a personas mayores que presentan los profesionales sanitarios y trabajadores sociales, con el fin de lograr una mejor comprensión de los problemas de detección y notificación.

Material y método

Estudio observacional descriptivo y prospectivo. La muestra final fue de 642 individuos, de los que 376 eran población general, 161 profesionales sanitarios y 105 trabajadores sociales. Analizamos la percepción del maltrato a las personas mayores de los tres grupos con The Caregiving Scenario Questionnaire. Las actitudes y

conocimientos de los profesionales sobre el maltrato a las personas mayores así como las barreras para la detección y notificación fueron recogidos. Variables relacionadas con el contacto a nivel personal y profesional con personas mayores y con demencia de los tres grupos del estudio y variables relacionadas con la formación sobre malos tratos a personas mayores de los profesionales sanitarios fueron analizadas.

Resultados

El 84,4% de los profesionales valoró de forma negativa la formación recibida sobre malos tratos a las personas mayores, sólo el 9,3% señaló que la formación recibida le preparaba lo suficiente para actuar en casos de maltrato a personas mayores. El porcentaje de profesionales sanitarios que calificó de forma correcta las estrategias categorizadas como maltrato fue significativamente superior al de la población general, no encontrando diferencias significativas entre profesionales sanitarios y trabajadores sociales. Los profesionales del estudio no están completamente familiarizados con las directrices legales y protocolos de maltrato a personas mayores en España. La negativa de la persona maltratada a denunciar el maltrato fue la principal razón de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales para no informar casos sospechosos de maltrato (54,7% y 58,1% respectivamente). Los profesionales sanitarios, en mayor medida que los trabajadores sociales presentan barreras para la notificación relacionadas con la falta de conocimiento sobre el abordaje del maltrato, la legislación y la propia definición. Sin embargo, los trabajadores sociales muestran más preocupación por razones relacionadas con la autonomía del paciente, la confidencialidad médico-paciente, la calidad de vida, y las futuras relaciones profesional-paciente.

Conclusiones

Consideramos un objetivo prioritario capacitar a los profesionales mediante una formación específica. La prevención es un objetivo clave en el maltrato al anciano por lo que sensibilizar a la sociedad debe ser una estrategia prioritaria para humanizar y promover el buen trato en la atención a personas mayores.

Palabras clave: maltrato a personas mayores, demencia, detección, conocimiento

ABSTRACT

Introduction

Elderly people constitute the segment of society that is growing faster around the world. Although elder abuse is not a new phenomenon, it has recently got to attract our society's interest and more specifically, the interest of health professionals. In the last years, great progress has been made in the definition of what constitute elder abuse, both about its classification and its consequences' analysis, but a few cases are still be informed and detected. It doesn't seem to exist a deep awareness of the problem behind, neither among the society nor among the health professionals; consequently, adequate routine detection methods don't exist, and least of all, prevision ones

Objectives

Main objective

Analysing elderly abuse perception, also health professionals' knowledge and their position on it, and finally, the barriers they present for its identification and its denunciation. Given the above, they have all been carrying out in order to evaluate the current situation of the problem in our surroundings, and consequently, being able to set future interventions.

Secondary objectives

Being aware of the elderly abuse' perception that health professional, social workers and general population have.

Evaluating health professionals and social workers knowledge and attitudes about elderly abuse.

Identifying barriers to elderly abuse reporting, presented by health professionals and social workers, in order to achieve a better understanding of the detection and notification problems.

Methods

Observational, descriptive and prospective study. The final sample consisted of 642 individuals, of which 376 were general population, 161 of them were health professionals and 105 social workers. We analyse the elderly abuse's perception across the three groups with The Caregiving Scenario Questionnaire. Health professionals' attitudes and knowledge about elderly abuse, as well as barriers to the detection and reporting of it were collected. Variables related to personal and

professional contact established by people from the three study groups with elderly people and suffering from dementia, as well as variables related to training on elderly abuse, were also analysed.

Results

84.4% of professionals assessed the training received on elderly abuse negatively, and only 9.3% said that their training prepared them sufficiently to act in cases of elder abuse. The percentage of health professionals that was able to describe correctly the strategies categorized as abuse was significantly higher than in the case of the general population, with no significant differences between health professionals and social workers. Professionals who have taken part in the studio are not fully familiar with the legal guidelines and protocols for elder abuse in Spain. The refusal of the person abused to report the case of abuse was the main reason given by health professionals and social workers for failing to report suspected abuse cases (54.7% and 58.1% respectively). Health professionals in a greater extent than social workers, present barriers to the notification of elder abuse, which are related to the lack of knowledge in addressing abuse, and the lack of understanding of the legislation and even its own definition. However, social workers are more concerned about reasons related to the patient's autonomy, the doctor-patient confidentiality, patient's quality of life and future professional-patient relationships.

Conclusion

We consider a priority aim to qualify the professionals by means of a specific formation. The prevention is a key aim in the elder abuse for what sensitize the society must be a priority strategy to humanize and to promote the good treatment in the attention to old people.

Key words: Elder abuse, dementia, detection, Knowledge.

ÍNDICE

Página

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. LOS CAMBIOS SOCIALES Y LA EMERGENCIA DE NUEVAS SITUACIONES .	4
1.1.1. Interés y preocupación social por el maltrato a personas mayores.....	6
1.2. DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN MAYOR.....	7
1.3. VIOLENCIA CONTRA EL ANCIANO	10
1.3.1. Epidemiología del maltrato a las personas mayores	14
1.3.1.1. Estudios en otros países.....	14
1.3.1.2. Estudios en España	17
1.3.2. Definición de maltrato hacia las personas mayores	19
1.3.2.1. Problemas en la definición del maltrato a las personas mayores.....	20
1.3.2.2. Hacia una definición de maltrato a las personas mayores	21
1.3.3. Percepción del maltrato a las personas mayores por los profesionales y los propios mayores.	23
1.3.3.1. Visión de las personas mayores sobre el maltrato	24
1.3.3.2. La visión de los profesionales sobre el maltrato	26
1.3.4. Formas de maltrato.....	29
1.3.4.1. Negligencia	29
1.3.4.1.1. Negligencia física.....	30
1.3.4.1.2. Negligencia emocional o psicológica	30
1.3.4.1.3. Negligencia económica o material	30
1.3.4.2. Maltrato físico.....	31
1.3.4.3. Maltrato psicológico	31
1.3.4.4. Abandono.....	31
1.3.4.5. Abuso.....	32
1.3.4.5.1. Abuso económico	32
1.3.4.5.2. Abuso sexual	32
1.3.4.6. Violación de los derechos básicos.....	33
1.3.5. Causas de maltrato.....	33
1.3.6. Factores de riesgo del maltrato	33
1.3.7. La demencia. Impacto de la demencia en la sociedad.....	35
1.3.7.1. Tasas de demencia y previsión de futuro	36
1.3.7.2. Impacto social y económico de la demencia. Repercusión en los cuidadores.	37

1.3.7.3.	Maltrato en el anciano con demencia	38
1.3.8.	Consecuencias del maltrato.....	40
1.3.9.	Prevención del maltrato	41
1.3.9.1.	Prevención primaria	41
1.3.9.2.	Prevención secundaria	43
1.3.9.2.1.	Signos de alarma	43
1.3.9.2.2.	Instrumentos de cribado	45
1.3.9.2.3.	Recomendaciones de organizaciones internacionales.....	47
1.3.9.2.4.	Pautas de actuación	47
1.3.9.3.	Prevención terciaria	48
1.3.10.	Barreras para la detección.....	50
1.3.10.1.	Dificultades generales en la detección de maltrato	50
1.3.10.2.	Barreras presentes en la persona mayor.....	51
1.3.10.3.	Barreras relativas a los responsables del maltrato	52
1.3.10.4.	Barreras relativas a familiares, amigos y vecinos.....	52
1.3.10.5.	Barreras socioculturales	52
1.3.10.6.	Barreras por parte de los profesionales.....	52
1.3.10.7.	Barreras estructurales.....	54
1.4.	LEGISLACIÓN ESPAÑOLA Y EL ANCIANO	54
1.4.1.	Derecho	54
1.4.2.	Derechos fundamentales	56
1.4.3.	Legislación	58
1.4.3.1.	Derechos civiles.....	58
1.4.3.2.	Derecho penal.....	59
2.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	65
2.1.	HIPOTESIS.....	67
2.2.	OBJETIVOS.....	67
2.2.1.	OBJETIVO GENERAL	67
2.2.2.	Objetivos específicos	67
2.2.2.1.	Conocer la percepción del maltrato al anciano que tienen profesionales sanitarios, trabajadores sociales y la población general.	67
2.2.2.2.	Evaluar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales hacia el maltrato a personas mayores.....	67
2.2.2.3.	Identificar las barreras para informar casos de malos tratos a personas mayores que presentan los profesionales sanitarios y trabajadores sociales, con el	

fin de lograr una mejor comprensión de los problemas de detección y notificación.....	68
3. MATERIAL Y MÉTODO.....	69
3.1. AMBITO Y PERIODO DEL ESTUDIO.....	71
3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO	72
3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO	72
3.3.1. Población de estudio.....	72
3.3.1.1. Criterios de inclusión.....	73
3.3.1.2. Criterios de exclusión.....	73
3.3.2. Tipo de muestreo	73
3.3.3. Definición de la muestra	73
3.4. VARIABLES E INSTRUMENTOS	74
3.4.1. Variables socio-demográficas de los tres grupos: población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales	74
3.4.2. Variables relacionadas con la actividad laboral de los profesionales sanitarios	75
3.4.3. Variables relacionadas con el contacto a nivel personal o profesional con personas mayores o con demencia.....	75
3.4.4. Variables relacionadas con el contacto con personas mayores en la actividad profesional y la formación sobre malos tratos a personas mayores de los profesionales	76
3.4.5. Percepción del maltrato a las personas mayores.....	77
3.4.6. Conocimientos y actitudes hacia el maltrato a personas mayores de los profesionales	78
3.4.7. Barreras de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales para informar casos sospechosos de maltrato	81
3.5. ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	83
3.6. ANALISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	83
3.7. ASPECTOS ETICOS Y LEGALES.....	85
3.7.1. Confidencialidad de los datos del paciente.....	85
3.7.2. Hoja de información.	86
3.7.3. Comité de ética.....	86
3.7.4. Publicación y difusión de los resultados	86
4. RESULTADOS.....	87
4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	89
4.1.1. Características socio-demográficas de la muestra	89

4.1.2.	VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	90
4.1.3.	VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONTACTO A NIVEL PERSONAL O PROFESIONAL CON PERSONAS MAYORES O CON DEMENCIA.....	91
4.1.4.	VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONTACTO CON PERSONAS MAYORES EN LA ACTIVIDAD PROFESIONAL Y LA FORMACIÓN SOBRE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y TRABAJADORES SOCIALES	96
4.2.	PERCEPCIÓN DEL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES DE LA POBLACIÓN GENERAL, PROFESIONALES SANITARIOS Y TRABAJADORES SOCIALES.....	99
4.3.	CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES DE LOS PROFESIONALES.....	106
4.3.1.	Actitudes hacia el maltrato a las personas mayores (parte A).....	106
4.3.2.	Actitudes hacia el maltrato a las personas mayores (parte B).....	108
4.3.3.	Nivel de conocimiento general sobre el maltrato a personas mayores ...	112
4.3.4.	Nivel de conocimiento de protocolos y legislación relativas al maltrato de los ancianos.....	121
4.4.	BARRERAS DE LOS PROFESIONALES PARA INFORMAR CASOS SOSPECHOSOS DE MALTRATO	130
5.	DISCUSIÓN.....	137
5.1.	POBLACIÓN A ESTUDIO E INSTRUMENTO DE MEDIDA.....	140
5.2.	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO	141
5.3.	PERCEPCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES DE PROFESIONALES SANITARIOS, TRABAJADORES SOCIALES Y POBLACIÓN GENERAL.	143
5.4.	ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y TRABAJADORES SOCIALES SOBRE EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES.....	150
5.4.1.	Actitudes hacia el maltrato a las persona mayores	150
5.4.2.	Conocimientos sobre el maltrato a las personas mayores	152
5.5.	BARRERAS PARA INFORMAR CASOS DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y TRABAJADORES SOCIALES	161
5.6.	CONSIDERACIONES FINALES.....	167
6.	CONCLUSIONES.....	169
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	173

8. ANEXOS	189
8.1. ANEXO 1. CUESTIONARIO POBLACIÓN GENERAL.....	191
8.2. ANEXO 2. CUESTIONARIO PROFESIONALES SANITARIOS	195
8.3. ANEXO 3. CUESTIONARIO TRABAJADORES SOCIALES.....	202

ÍNDICE DE TABLAS

	<i>Página</i>
Tabla 1. Factores de riesgo para el maltrato de ancianos.	35
Tabla 2. Signos de alarma.	44
Tabla 3. Tamaño muestral.	74
Tabla 4. Estrategias categorizadas como definitivamente maltrato, posiblemente maltrato y no maltrato.	78
Tabla 5. Actitudes hacia el maltrato a las personas mayores (Parte A).	79
Tabla 6. Actitudes hacia el maltrato a las personas mayores (Parte B).	79
Tabla 7. Nivel de conocimientos generales sobre le maltrato a personas mayores.	80
Tabla 8. Nivel de conocimiento de los protocolos y legislación relativas al maltrato a personas mayores.	81
Tabla 9. Razones por las que dudaría antes de informar un caso sospechosos de maltrato.	82
Tabla 10. Características socio-demográficas de la muestra de estudio.	89
Tabla 11. Variables relacionadas con la actividad profesional de los profesionales sanitarios.	90
Tabla 12. Contacto a nivel personal o profesional con personas mayores o con demencia.	92
Tabla 13. Formación sobre maltrato a mayores y contacto de los profesionales con mayores de 65 años a nivel global y por grupos.	98
Tabla 14. Formación sobre maltrato a mayores y contacto con mayores de 65 años de los profesionales sanitarios.	99
Tabla 15. Percepción de la población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales de las estrategias planteadas ante el comportamiento de una persona mayor con demencia.	100
Tabla 16. Percepción y diferencias entre los grupos del estudio de las estrategias consideradas maltrato.	101
Tabla 17. Percepción y diferencias entre los grupos del estudio de las estrategias consideradas posiblemente maltrato.	102
Tabla 18. Percepción y diferencias entre los grupos del estudio de las estrategias consideradas no maltrato.	103
Tabla 19. Comparaciones Post Hoc χ^2 de las diferencias significativas entre población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales de las estrategias sugeridas.	104
Tabla 20. Resultados del modelo final de regresión logística multivariante.	105

Tabla 21. Actitudes hacia el maltrato a las personas mayores por los profesionales (parte A).....	107
Tabla 22. España cuenta con servicios suficientes para satisfacer las necesidades de los ancianos maltratados.	109
Tabla 23. Denunciar el maltrato hará que aumente la furia del agresor y la intensidad del maltrato.....	110
Tabla 24. Las familias de las víctimas de malos tratos van a creer que yo como profesional sanitario soy el que informo sobre el maltrato.	111
Tabla 25. Si informo sobre un caso de maltrato a personas mayores, creo que con el tiempo se conocerá que he sido yo el que informé el caso y mi relación con el paciente se dañará.	112
Tabla 26. Nivel de conocimiento general sobre el maltrato a personas mayores (I).	114
Tabla 27. Muy pocos adultos mayores son maltratados.....	116
Tabla 28. Muy pocos adultos mayores están en situación de negligencia.	117
Tabla 29. Los adultos mayores son más propensos al maltrato que los niños.	118
Tabla 30. Personas con experiencia en mi profesión pueden diagnosticar casos de maltrato a personas mayores.	119
Tabla 31. El mayor número de casos de maltrato a personas mayores implica solo lesiones leves.	120
Tabla 32. La mayoría de casos de maltrato a personas mayores nunca son vistos por el médico u otro personal sanitario.....	121
Tabla 33. La mayoría de personas mayores maltratadas pueden obtener ayuda si la necesitan.	123
Tabla 34. Todos los profesionales socio sanitarios en España tienen una responsabilidad legal para informar casos de malos tratos.....	124
Tabla 35. Solo los médicos están obligados a informar del maltrato a los ancianos.....	125
Tabla 36. Existen protocolos para detectar el maltrato a los ancianos.....	126
Tabla 37. En España existe una posible sanción si el maltrato no se informa a las autoridades.....	127
Tabla 38. Informar casos de maltrato a personas mayores no es responsabilidad mía como profesional sanitario.....	128
Tabla 39. Tengo que estar absolutamente seguro de que el maltrato se ha producido antes de informar.....	129
Tabla 40. Informar casos de maltrato a personas mayores es una violación de los derechos de la persona anciana.	130
Tabla 41. Barreras de los profesionales para informar casos sospechosos de maltrato a personas mayores.	131

Tabla 42. Diferencias entre profesionales sanitarios y trabajadores sociales en las barreras para informar casos sospechoso de maltrato a personas mayores.....	132
Tabla 43. Barreras de los profesionales sanitarios para informar casos sospechosos de maltrato a personas mayores.....	133
Tabla 44. Variables socio-demográficas relacionadas con las cinco principales barreras de los profesionales sanitarios.....	134
Tabla 45. Barreras de los trabajadores sociales para informar casos sospechosos de maltrato a personas mayores.....	135
Tabla 46. Variables socio-demográficas relacionadas con las cinco principales barreras de los trabajadores sociales.....	136

LISTADO DE FIGURAS

	<i>Página</i>
Figura 1. Envejecimiento de la población Español.....	9
Figura 2. Población atendida por áreas de salud. Fuente: INE.....	71
Figura 3. Mapa sanitario de La Región de Murcia: Áreas de Salud.....	71
Figura 4. Contacto a nivel personal con personas mayores.	93
Figura 5. Contacto a nivel profesional con personas mayores.....	94
Figura 6. Contacto a nivel personal con personas con demencia.....	95
Figura 7. Contacto a nivel profesional con personas con demencia.....	96

ABREVIATURAS

- AMA: Asociación Médica Americana
- AP: Atención primaria
- BASE: Brief Abuse Screen for the Elderly
- BOE: Boletín Oficial del Estado
- CASE: The Caregiver Abuse Screen
- CRD: Cuaderno de recogida de datos
- CSQ: The Caregiving Scenario Questionnaire
- DE: Desviación Estandar
- EAI: Elder Assessment Instrument
- EASI: Elder Abuse Suspicion Index
- ESAD: Equipos de soporte de cuidados paliativos atención domiciliaria
- FETS: Formulario de evaluación del trabajo social
- GL: Grados de libertad
- HALF: Health, Attitudes towards ageing, Living arrangements y Finances
- HSEAST: Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
- IC: Intervalo de confianza
- IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- INPEA: Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano
- IOA: Indicators of Abuse Screen
- LO: Ley orgánica
- MIR: Médico Interino Residente
- OCDE: Organización de cooperación y desarrollo económico
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OR: Odds Ratio
- PG: Población general
- PS: Profesional sanitario
- SUAP: Servicio de urgencias de atención primaria
- TS: Trabajadores sociales
- UME: Unidad medicalizada de emergencia
- WHO: World Health Organization
- WONCA: Organización Mundial de Médicos Generales y de Familia

1. Introducción

Aunque el maltrato hacia las personas mayores no es un fenómeno nuevo, ha conseguido recientemente captar el interés de nuestra sociedad y, específicamente, de los profesionales de las ciencias sociales y de la salud, revelándose como un grave problema sanitario y social. En España, como viene ocurriendo en otros países, el interés por el maltrato a los mayores ha sido posterior al interés por otros tipos de maltrato como el infantil y el maltrato hacia la pareja. Este aumento del interés es debido a la constatación de que el maltrato hacia las personas mayores continúa siendo un fenómeno oculto. Se informan y se detectan muy pocos casos, con graves consecuencias a corto, medio y largo plazo para la salud y el bienestar de las personas mayores que lo sufren. El creciente interés por el tema también se asocia al progresivo y rápido aumento del número de personas mayores, en especial del grupo de personas de 85 años o más (Fulmer y cols., 1984; Ansello, 1996; Choi y Mayer, 2000) que puede influir en el aumento del porcentaje de personas mayores maltratadas. En este grupo de población es muy probable que, en algún momento y, en mayor o menor grado, aparezca la dependencia, necesitando la ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida diaria. Esta situación puede crear estrés en el cuidador y, a su vez, favorecer el maltrato o negligencia (Fulmer y cols., 1984).

La dignidad de persona no merma con el pasar de los años o con el deterioro de la salud física y psíquica, pero asumir esto resulta complicado en el marco de una cultura que no supera determinados estereotipos sociales y que asocia el valor de la persona con la juventud, la eficiencia, la vitalidad física y la plena salud. Así, es fácil que se margine al anciano y se le relegue a una “muerte social”. De esta falta de valoración social derivan situaciones de maltrato, como manifestación extrema de esta discriminación y menosprecio.

Los informes de los países que participaron en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002, coincidían en señalar que la violencia contra los mayores es generalizada, no se denuncia y tiene costes económicos y humanos muy altos (Informe de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento, 2002).

La atención a este problema se ha incrementado desde principios de los años ochenta gracias a una creciente preocupación por los derechos humanos, lo que garantiza, por una parte, que se establezca un marco legal para dar respuesta a las cuestiones sobre maltrato y discriminación y, por otra, ayuda a combatir los abusos económicos de que es víctima este colectivo. En ese sentido, han sido muy importantes como apoyo el trabajo de la Red Internacional para la prevención del Maltrato al anciano (INPEA) y la contribución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Declaración

de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores fue una Llamada a la Acción que se realizó desde la OMS en el año 2002, para conseguir una reflexión y toma de conciencia a nivel mundial, de forma que se afrontaran los problemas que plantea el abordaje del maltrato. Un enfoque que incluye poner en consideración la falta de marcos legales, el abordaje desde la multidisciplinaredad, la implicación de los profesionales sanitarios y de los ámbitos políticos, la educación e información. Todo ello, muy escaso todavía.

1.1. LOS CAMBIOS SOCIALES Y LA EMERGENCIA DE NUEVAS SITUACIONES

En estos últimos años y especialmente después de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002, el análisis y la reflexión sobre el mundo y las condiciones de vida de las personas mayores se han convertido en el tema central. Parece que la realidad de estas personas ha empezado a ser más visible y que la sociedad en su conjunto está más interesada en ocuparse de las necesidades y demandas de las personas mayores, con el fin de que recuperen o alcancen un rol social más activo, se les reconozcan sus derechos, se les faciliten unos recursos sociales, una atención y respeto que no siempre han estado garantizados.

No solamente se pone de manifiesto la relevancia de su importancia desde una perspectiva demográfica, sino que se trabaja activamente para que la sociedad tenga más en cuenta a las personas mayores en todos los órdenes de la vida: en lo social, en lo cultural, en lo político, en el ocio, en el consumo, etc.

El estudio y el análisis del envejecimiento de la población, sobre todo en los países más desarrollados, ponen de manifiesto los grandes cambios sociales que se han producido en las sociedades desarrolladas como consecuencia de los avances en salud, los cambios en el nivel y en la calidad de vida, en el consumo, en el nivel educativo, etc., pero también ponen de manifiesto los riesgos, las carencias, la vulnerabilidad, la falta de protección o la falta de servicios para atender a las cada vez más numerosas, urgentes y cambiantes demandas y necesidades de este colectivo. Los problemas de soledad, aislamiento familiar, abusos y maltrato, tanto de tipo económico como emocional o físico, tanto en el ámbito familiar como en el ámbito institucional, empiezan a encender las alarmas sanitarios y sociales.

El envejecimiento de la población supone un avance sanitario y social importante. Las personas mayores de nuestra sociedad han conseguido algunas metas indiscutibles como mejor calidad de vida, están más y mejor informados y formados, tienen mayor

presencia y participación en la vida social, gozan de mejores condiciones económicas, en términos generales, que en generaciones anteriores, aunque sigan siendo insuficientes o escasas, disfrutan de mayor independencia y vida autónoma, tienen mejores oportunidades para disfrutar del tiempo libre y del ocio, existen más y mejores recursos y servicios sanitarios y sociales.

Pero frente a estas conquistas indiscutibles también se ponen de manifiesto algunas pérdidas y situaciones importantes, unas ya clásicas y otras nuevas o que se expresan de forma diferente: pérdida de autoridad y de reconocimiento social, diferencias entre las personas mayores, que hunden sus raíces en la propia condición de clase social, diferencias importantes en función del género, y diferencias en función del medio de vida, es decir, las personas mayores que viven en ciudades o núcleos grandes, donde se concentran los servicios, y las personas mayores que viven en pequeñas poblaciones donde el acceso a determinados servicios sanitarios, sociales, lúdicos, etc., es escaso, son totalmente diferentes.

Podríamos decir que tanto los avances y cambios positivos como los riesgos ponen de manifiesto la gran diversidad de situaciones e incluso de formas de incluir a las personas mayores en la dinámica social.

Haber prolongado el momento del envejecimiento, haber conseguido “ganar más años a la vida” es sin duda el resultado de grandes avances, logros y conquistas sociales, pero todo ello se ha dado unido a grandes cambios y revoluciones sociales que no siempre han contribuido a proteger el entorno de los mayores y a garantizarles una protección jurídica y social adecuada. Las situaciones de abuso, negligencia, abandono o maltrato también son conductas y comportamientos que emergen en la relación con las personas mayores, tanto por parte de profesionales como por parte de familiares, sobre todo cuando el envejecimiento limita las capacidades y autonomía de las personas, volviéndolas más frágiles y vulnerables.

En consecuencia, podemos afirmar que el envejecimiento de la población, lo que sin duda supone un enorme progreso, representa, a la vez, un reto en las políticas y sistemas de bienestar social, permitiendo que las personas mayores puedan seguir participando en la sociedad y tener unos servicios asequibles, apropiados y ajustados a sus necesidades.

El texto más antiguo conocido de un anciano autoanalizándose, se trata de un escritor egipcio, Ptah-Hotep, visir del faraón Tzezi de la dinastía V, por tanto redactado hacia el año 2450 antes de JC. Dice: “*¡ Que penoso es el fin de un viejo! Se va debilitando cada día; su vista disminuye, sus oídos se vuelven sordos; su fuerza declina, su corazón*

ya no descansa; su boca se vuelve silenciosa y no habla. Sus facultades intelectuales disminuyen y le resulta imposible acordarse hoy de lo que sucedió ayer. Todos los huesos están doloridos. Las ocupaciones a las que se abandonaba no hace mucho con placer, solo las realiza con dificultad, y el sentido del gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que puede afligir a un hombre”.

A lo largo de la historia, las distintas culturas han manifestado una visión diferente de lo que es un anciano y de lo que representa la ancianidad. La estimación social del anciano ha ido cambiando a lo largo de los años la historia, ha ido decreciendo con el paso del tiempo, de modo que fue inmensa en las culturas primitivas para ir perdiendo puestos a medida de que iba pasando el tiempo. En las culturas primitivas, el anciano aparece como una persona de mayor autoridad; en la cultura clásica se hace sobresalir una cualidad distinta del anciano, la de persona enferma; y en el mundo moderno sobresale en el anciano su carácter social de jubilado.

1.1.1. Interés y preocupación social por el maltrato a personas mayores

El referirnos al maltrato o a la violencia y abusos en el entorno de las personas mayores no significa que por el hecho de ser mayor las personas se encuentren en una situación de riesgo o de abuso inevitable. Por el contrario, es más bien la condición de fragilidad, de vulnerabilidad, de falta de autonomía o de capacidad, lo que convierte a la persona mayor en un sujeto que puede ser fácilmente objeto de abuso o maltrato, al igual que otros colectivos dependientes como los niños o algunas mujeres.

Aunque probablemente las relaciones adecuadas, el respeto, la atención afectiva, el cuidado y la protección hacia las personas mayores son las conductas más frecuentes, tanto en el ámbito de la relación personal y familiar como en la relación profesional e institucional, es cierto que también se producen situaciones de maltrato y abuso como consecuencia del envejecimiento.

Por otra parte, el proceso de envejecimiento ha traído consigo un incremento de las necesidades de atención de la población mayor, y especialmente de las personas mayores dependientes.

Estos cambios producidos en los hábitos sociales, económicos, así como la pérdida paulatina de autonomía y por lo tanto la necesidad de atención personal, hace que en ocasiones las personas mayores sean consideradas únicamente como una carga, siendo objeto de comportamientos violentos y de malos tratos, por lo que pueden convertirse en objeto de explotación y abuso, sobre todo cuando la persona mayor aún

puede ser útil para determinados fines, ya sea por su patrimonio o poder económico o por los servicios y apoyos que puede prestar a las personas de su entorno más cercano.

Los cuidados que los mayores necesitan cuando alcanzan edades muy avanzadas suponen un estrés añadido a las familias que han de ocuparse de su situación. El cuidado de las personas mayores, en el seno de estas familias, puede llegar a suponer una sobrecarga tan pesada que conduzca al maltrato.

1.2. DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN MAYOR

El envejecimiento de la población es una realidad palpable en nuestra sociedad. Las personas mayores constituyen el segmento de población que está creciendo más rápidamente a lo largo de todo el mundo. La esperanza de vida media al nacer en España en 1900 se establecía en torno a los 34 años para los hombres y 36 para las mujeres; estos valores, un siglo después se habían multiplicado por dos y medio; algo similar ha ocurrido en el resto de países europeos y a ello han contribuido diferentes factores entre los que se encuentran los avances tecnológicos en materia de salud y nutrición, pero, sobre todo, en higiene y el resto de medidas vinculadas a la prevención (Naciones Unidas, 2005; Ribera Casado, 2012).

No hay una edad precisa que nos haga viejos, senectos o ancianos a la luz de la normativa. La Constitución Española recoge que no se puede discriminar a nadie por razón de su edad, sin embargo, el proceso de envejecimiento lleva aparejado un deterioro biopsicológico que hace al anciano más vulnerable frente a agresiones externas y más proclive a padecer enfermedades que conducen a la dependencia.

La **población mundial** está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El envejecimiento actual de la población es una realidad palpable y de mayor importancia en los países más desarrollados puesto que se han alargado de forma espectacular las expectativas de vida. Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes. Entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Las mujeres sobreviven a los hombres en casi todos los países del mundo, ricos y pobres. Las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres (OMS, 2015).

Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las

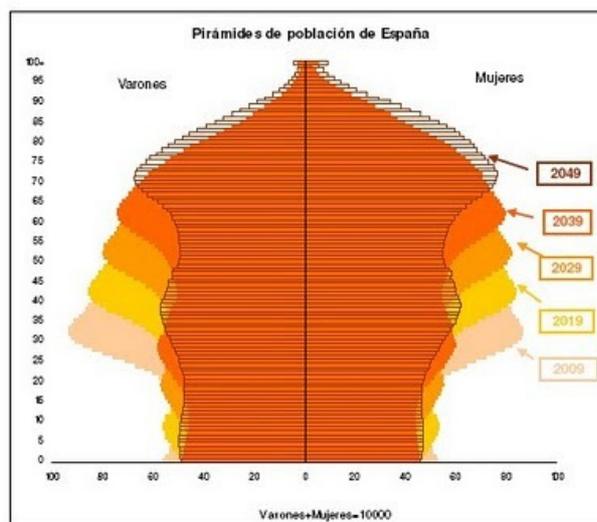
personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días.

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores. La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar lo que comemos, la actividad física y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas. Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad avanzada mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías. También a medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento importante de la cantidad de casos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer.

Pero como dato contradictorio, a medida que aumenta la población anciana se reducen los recursos y posibilidades para que los mayores puedan terminar su vida en su ámbito familiar, cerca de los suyos y atendidos por aquellos a los que están ligados por afecto y/o por vínculos familiares.

En **España**, la pirámide de población se invirtió en el año 2000 debido a la baja natalidad y a la mayor longevidad; la tasa de natalidad está en 1,2 hijos por mujer, lo que queda lejos de la reposición natural de 2,1. No obstante, en los dos últimos años esta tasa tiende a recuperarse a expensas de las madres inmigrantes.

La esperanza de vida ha aumentado desde los 35 años del inicio del siglo XX hasta los 78 en los hombres y 82 en las mujeres al inicio del siglo XXI. A comienzos del siglo llegaban a mayores de 65 años, 26 de cada 100 nacidos y en 1990 llegaban 84. En 1996 se superaban los 6 millones de mayores, aproximadamente el 16% de la población, y en pocos años serán el 20%. De estos seis millones, algo más del 2,5% tenían más de 75 años. En 1990 por cada 100 mujeres de más de 65 años había 90 hombres, actualmente sólo hay 70 y mientras que la mayoría de los hombres están casados, entre las mujeres ancianas predomina el estado de viudedad. Es decir, que nuestra sociedad está envejeciendo, como ocurre en el resto de países desarrollados, y así se prevé que siga siendo a lo largo de los próximos años (Instituto Nacional de Estadística, 2007), como se puede apreciar en la figura 1.



Fuente: Proyección de Población a Largo Plazo

Figura 1. Envejecimiento de la población Española

Demográficamente, la **Comunidad Autónoma de Murcia** se ha caracterizado, desde la última década de los años 70, por un crecimiento mayor que el de la población española. Es sobre todo a partir de 1976, con un saldo migratorio positivo, cuando se puede observar el mayor aumento de Murcia con respecto a la media nacional. Así, entre 1991 y 1996 la región experimentó un crecimiento del 4,94%, mientras que a nivel nacional el índice se situaba en un 2,01%.

Entre los años 1991 y 2001, la variación de la población se establece en un 13,8% frente a la media de crecimiento nacional que queda establecida en un 5,8%, según los datos del Ministerio de Administraciones Públicas.

La Región de Murcia se ha convertido en una zona receptora de población, el número de inmigrantes recibidos ha sido mayor que el número de emigrantes. El intercambio interprovincial se produce entre Murcia y Alicante, Madrid, Albacete, Barcelona, Valencia y Almería. También es destacable reseñar el importante aumento de población extranjera de la tercera edad que han elegido la Región de Murcia como un lugar idóneo donde disfrutar de su retiro en un entorno privilegiado y de clima benigno.

Esta Región muestra el mismo proceso de envejecimiento de la población que el resto del país, debido fundamentalmente a la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Las pirámides poblacionales reflejan una disminución de la población menor de 20 años, por el contrario el grupo con más de 65 años registra un incremento.

El índice sintético de fecundidad, o número de hijos por mujer, disminuye de forma sistemática desde 1977. En 1985 la Región de Murcia tenía un índice de 2,02 hijos por mujer, inferior por primera vez al 2,1 necesario para el reemplazo de las generaciones, valor que en 1997 desciende hasta 1,44. La mortalidad se muestra estabilizada en torno a 7 u 8 fallecidos por mil habitantes en los últimos años.

Los municipios más envejecidos, salvo algunas excepciones aisladas, son los situados en el interior de la región y los pequeños municipios, mientras que la población más joven la encontramos en la zona costera y en el conjunto de municipios que componen el "cinturón urbano" de Murcia.

Podemos concluir que en nuestra región el envejecimiento se reparte de manera muy desigual, existiendo áreas muy envejecidas y otras donde este hecho se da con escasa intensidad.

1.3. VIOLENCIA CONTRA EL ANCIANO

La sociedad humana es violenta por naturaleza. La violencia estructural está impregnada en todas las esferas de relación social, en todas las cuales se dan relaciones jerarquizadas. Una serie de desigualdades sociales, económicas, de género y culturales afectan directamente a los considerados más débiles, aunque parece que las personas mayores son invisibles cuando se hace referencia a situaciones de maltrato.

El maltrato de las personas mayores se remonta a la antigüedad. Sin embargo, hasta el advenimiento de las iniciativas para afrontar el maltrato de los menores y la violencia doméstica en los últimos 25 años del siglo XX, este tema se consideró como un asunto privado, que no debía exponerse en público. Considerado inicialmente como un problema de bienestar social y luego como un tema relacionado con el envejecimiento, el maltrato de las personas de edad y otras formas de violencia doméstica se han convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal. Por consiguiente, estas dos disciplinas han determinado, en gran medida, la visión que se tiene del maltrato de las personas mayores, como se analiza y de qué manera debe abordarse.

Durante el proceso individual e inevitable de envejecer, se producen modificaciones morfológicas y funcionales que, unidas a un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas e invalidantes, hacen que, a pesar de la gran capacidad de adaptación de las personas mayores, en ocasiones las limitaciones en su autocuidado sean tan importantes que se pase de una situación de independencia a otra de

dependencia: familiar, servicios sociales y/o sanitarios. Por ello, se considera a la vejez como una etapa del desarrollo humano donde los factores de riesgo de padecer maltrato aumentan al mismo tiempo que la edad. El proceso de envejecimiento ha traído consigo un incremento de las necesidades de atención de la población mayor, y especialmente de las personas mayores dependientes.

El interés sobre este inquietante problema apenas tiene algo más de una década de existencia en España y aunque es un fenómeno cada vez más reconocido por los estamentos médicos y organismos sociales no ocurre igual en el ámbito de la sociedad.

En el ámbito internacional es preciso remontarse al año 1975 para encontrar las primeras referencias bibliográficas sobre el fenómeno (Baker, 1975; Buston, 1975; Butler, 1975). A continuación, y hasta la época actual, numerosos grupos y autores, en diferentes países, han mostrado su interés y preocupación sobre el maltrato al anciano. Todos enfatizan la importancia de los profesionales sanitarios, en sus respectivos lugares de trabajo, como receptores de las víctimas. En cualquier caso, y a diferencia del abuso infantil y el de la mujer, se coincide en que los ancianos son reacios a informar de su victimización por los miembros de su familia como maltratadores. Los profesionales sanitarios, por tanto se encuentran con serias dificultades tanto para reconocer o atribuir signos y síntomas del abuso como para informar del mismo a los organismos adecuados, temiendo, además, los posibles litigios y problemas derivados de tal decisión.

La sensibilización multidisciplinar hacia este fenómeno iniciada, sobretudo, en estados Unidos ha sido decisiva para su conocimiento. El interés sobre el abuso al anciano como problema público en Estados Unidos comienza en 1978 cuando se convoca una **comisión gubernamental para la investigación de la violencia familiar** y en 1986, se crea el **Comité Nacional para la Prevención del Abuso al Anciano**, formado por investigadores, médicos, juristas, trabajadores sociales, educadores, etc., con objeto de fomentar la investigación, promover trabajos y servicios, desarrollar información y formación y abogar por programas para dar respuesta a las necesidades de las víctimas, perpetradores y sus familias.

En 1988 la Sociedad Británica de Geriátrica organiza la **primera conferencia multidisciplinar sobre el abuso al anciano**, describiéndolo como un innecesario y previsible problema. Un año más tarde edita un documento-guía con una serie de propuestas y recomendaciones (Tomlin, 1989). También ese año la Asociación Médica Mundial emite un importante documento sobre el maltrato a los ancianos: la **Declaración de Hong Kong** (Asamblea Médica Mundial, 1989). En 1989 aparece, incluso, la primera publicación periódica especializada sobre el tema, ***Journal of Elder Abuse and Neglect***

(Wolf y McMurray, 1989) y en Francia se edita y difunde la **Carta de derechos y libertades de la persona de edad dependiente**, elaborada por la Fundación Nacional de Gerontología (Fundación Nacional de Gerontología, 1989) al objeto de sensibilizar a la opinión pública y prevenir los casos de abuso y maltrato, tanto en el hogar familiar como en las instituciones.

La comisión europea edita “**El Libro Blanco sobre la Política Social Europea**” en 1994, donde reconoce que los intereses de los ciudadanos ancianos europeos van más allá de los tradicionales temas de pensiones y servicios asistenciales. El desafío consiste en el mantenimiento de un alto nivel de integración. El maltrato y abuso a los ancianos es uno de los principales obstáculos a la integración especialmente de aquellos más vulnerables, frágiles y discapacitados (Comisión Europea, 1994).

En la **Tercera Conferencia Europea sobre Derechos de la Familia**, celebrada en Estrasburgo, el 4 de Abril de 1995, por iniciativa del Consejo de Europa, se incluyó un informe sobre los ancianos maltratados (Consejo de Europa, 1995).

En España, Marín y cols. efectúan la primera aportación pública sobre el síndrome del maltrato y abuso al anciano durante el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, celebrado en Las Palmas (Marín y cols., 1990). Posteriormente, en 1994, destaca la investigación llevada a cabo por José Luis Larión y Joaquín de Paúl que culminó con la publicación del artículo “El Síndrome del anciano maltratado” (Larión y De Paúl, 1994).

A la luz de estos antecedentes, la falta de acuerdo entre los profesionales, y el enfrentamiento cotidiano a la problemática del maltrato, la mayoría de las veces con pocas posibilidades de solución, surge la necesidad de consenso, que se plasmó en la **Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado**, celebrada en Almería el 4 de Mayo de 1996. Como fruto de la misma resulta la **Declaración Almería**, constituyéndose en un serio documento que se eleva a los organismos públicos del Estado y de las Autonomías para recabar su atención sobre el asunto y solicitarles fondos para la educación, información y la investigación multidisciplinar sobre el problema. La Declaración de Almería pone de manifiesto que, tanto el desconocimiento como la ocultación del maltrato, impiden los esfuerzos de prevención e intervención. Así, en nuestro país, la conciencia del abuso de ancianos no se ha formado todavía, se carece de programas de formación para profesionales y de información específica. En Almería se estima que la prevalencia de maltrato a ancianos se sitúa en torno al 3% (Kessel y cols., 1996).

Desde la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado,

los profesionales de la salud nos estamos planteando con mayor rigurosidad el problema, en el contexto cotidiano y práctico. Sin embargo, los datos epidemiológicos reales son escasos.

Numerosos estudios intentan vislumbrar diversos aspectos del fenómeno al que nos referimos, tales como la prevalencia real del maltrato en sus distintas formas, los signos de alarma, los factores de riesgo tanto de la víctima como del agresor, o las medidas de intervención o pruebas de cribado.

Aunque el maltrato de los ancianos se identificó por primera vez en los países desarrollados donde se han realizado, la mayoría de las investigaciones existentes, los hechos anecdóticos y la información procedente de algunos países en desarrollo han demostrado que trata de un fenómeno mundial. El hecho de que ahora el maltrato de los ancianos se esté tomando mucho más en serio es un reflejo del interés cada vez más generalizado por los derechos humanos, la igualdad en materia de género, la violencia doméstica y el envejecimiento de la población.

Cada vez es mayor la concienciación por parte de organizaciones internacionales sobre el fenómeno de los Malos Tratos. Así, la **OMS**, en el año 2002, publica "**El Informe mundial sobre la violencia y la salud**". Este documento constituye el primer estudio exhaustivo del problema de la violencia a escala mundial; en él se analiza en qué consiste, a quién afecta y qué cabe hacer al respecto. El informe trata de mostrar que el problema de la violencia no es algo tan irremediable como se suele sobrentender en los debates celebrados al respecto. En el informe se describen la magnitud y el impacto de la violencia en el mundo entero, se examinan los principales factores de riesgo que la causan, se describen las diferentes modalidades de intervención y las respuestas políticas que se han puesto en práctica, con un resumen de lo que se conoce acerca de su eficacia, y se formulan algunas recomendaciones para la adopción de medidas en los planos local, nacional e internacional. Según el Informe, el maltrato de los ancianos es uno de los rostros más ocultos de la violencia, que además tiene muchas probabilidades de aumentar porque en muchos países la población está envejeciendo rápidamente. Hasta un 6% de los ancianos declaran haber sufrido maltrato.

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 del **Protocolo Regional de Prevención y Detección de Violencia en la mujer mayor de 65 años**. 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 (Barba Martínez y cols., 2005).

Las formas de definir, detectar y resolver el maltrato de los ancianos tienen que enmarcarse en el contexto cultural y considerarse junto con los factores de riesgo que tienen una especificidad cultural. Por ejemplo, en algunas sociedades tradicionales se obliga a las viudas de edad a casarse de nuevo, mientras que en otras, las mujeres mayores que viven solas son acusadas de practicar la brujería.

Desde los puntos de vista sanitario y social, si los sectores de atención primaria de salud y servicios sociales no están bien dotados para detectar y resolver el problema, el maltrato de los ancianos seguirá estando semioculto.

1.3.1. Epidemiología del maltrato a las personas mayores

1.3.1.1. Estudios en otros países

En el ámbito internacional los conocimientos de tipo epidemiológico sobre el maltrato a los mayores son limitados. Existen muy pocos estudios y casi todos relativamente recientes que presentan datos dispares. La definición de maltrato utilizada, el tipo de muestra a la que se ha accedido y la amplitud de la misma, justifican, entre otras razones, tal disparidad de datos.

Los primeros estudios sobre malos tratos a mayores se realizaron en Estados Unidos. En 1979, Lau y Kosberg realizaron un estudio exploratorio con 404 personas mayores residentes en la comunidad. Encontraron que un 9,6% de la muestra mostraba síntomas de malos tratos (físico, psicológico o económico), siendo los malos tratos físicos el tipo que se producía con mayor frecuencia, seguido del psicológico (Block y Sinnott, 1979). Además, concluían que los malos tratos hacia las personas mayores raramente estaban limitados a un único tipo. También encontraron que eran las mujeres las que con mayor frecuencia eran víctimas de malos tratos (77%) y que los responsables de los malos tratos eran con mayor frecuencia las hijas (30%), seguidas de los hijos o nietas (14%), mientras que la menos incidencia se producía en el cónyuge o los hermanos, especialmente hermanas (12%).

Ya en 1981, investigadores estadounidenses estimaron que el 10 % de su población anciana fue víctima de distintos tipos de maltrato. (U.S. Select Committee on Aging, 1981).

En 1988, Pillemer y Finkelhor identificaron la necesidad de llevar a cabo un estudio a gran escala con una muestra aleatoria para comprobar la prevalencia y naturaleza de los malos tratos hacia personas mayores. En el estudio participaron 2.020 personas mayores no institucionalizadas, que vivían en el área metropolitana de Boston.

Se encontró que un 3,2% de las personas mayores habían sufrido algún tipo de malos tratos. El 2% experimentó malos tratos físicos; el 1,1% malos tratos psicológicos y el 0,4% negligencia. El 52% de las personas mayores maltratadas eran hombres. Además, en este estudio, los responsables de los malos tratos fueron principalmente los cónyuges (58%) seguidos de los hijos (24%). La baja tasa de casos de negligencia y malos tratos psicológicos podría ser debida a las definiciones utilizadas. Es decir, mientras que para considerar la presencia de malos tratos físicos bastaba con que ocurriera una sola vez, en el caso de la negligencia o malos tratos psicológicos era necesario que se produjera al menos en 10 ocasiones (Pillemer y Finkelhor, 1988).

En la década de los 90, se llevaron a cabo diferentes estudios sobre la prevalencia de malos tratos hacia las personas mayores en el ámbito comunitario. Por ejemplo, Homer y Gilleard (1990) entrevistaron a 51 cuidadores de personas mayores, admitidas en una unidad geriátrica con el fin de dar «respiro» a sus cuidadores. Estos fueron entrevistados en su domicilio, evaluándose la posible presencia de malos tratos físicos, psicológicos (definido aquí como malos tratos verbales), y negligencia. Se utilizaron las mismas definiciones que en el estudio de Pillemer y Finkelhor (1988). Encontraron que un 45% admitieron alguna forma de malos tratos hacia las personas mayores. De ellos, un 27% admitió un tipo, el 14% dos tipos y el 3% tres tipos.

Podnieks (1992) realiza un estudio con el objetivo de identificar, por primera vez a nivel nacional en Canadá, la prevalencia y las circunstancias de los malos tratos hacia las personas mayores. Se entrevistó telefónicamente a 2.008 personas mayores, elegidas al azar, que vivían en la comunidad. En este estudio se analizaron cuatro tipos de malos tratos: económico, psicológico, físico y negligencia. Se encontró que un 4% de las personas mayores entrevistadas sufrían uno o más tipos de malos tratos, por parte de su pareja, un familiar u otras personas significativas. La tipología más frecuentemente experimentada por las personas mayores fueron los malos tratos económicos (2,5%), consistente con otros estudios (Glioglio y Blackmore, 1983), seguida de los malos tratos psicológicos (1,4%), físicos (0,5%) y negligencia (0,4%). Estos resultados pueden estar influidos, una vez más, por las definiciones para cada tipo de malos tratos. Para considerar la presencia de un caso de malos tratos físicos o económicos en este estudio era suficiente con que hubiera ocurrido una vez desde que se cumplieron los 65 años, mientras que para considerar la presencia de un caso de negligencia o malos tratos psicológicos era necesario que hubiera ocurrido entre dos y diez veces, en el caso de la negligencia, y diez veces o más, en el caso de los malos tratos psicológicos, durante el último año.

Desde 1986 hasta 1994 hubo un marcado incremento en las denuncias de casos de violencia doméstica en ancianos a lo largo de los E.E.U.U. (National Center of Elder Abuse, 1995.)

En 1997, Lachs y cols., analizaron la tasa de prevalencia de malos tratos físicos y psicológicos, económicos y negligencia en una muestra de 2.812 personas mayores que vivían en la comunidad. Encontraron que un 1,6% de los casos habían experimentado algún tipo de malos tratos. La tipología más común en este estudio fue la negligencia (64%), seguida de los malos tratos físicos y psicológicos (19%) y los malos tratos económicos (17%).

Con el objeto de obtener datos válidos de incidencia, se realizó un estudio en Estados Unidos (National Center on Elder Abuse, 1998). Se evaluó la presencia de malos tratos físicos, psicológicos, económicos, negligencia y abandono a personas de 60 o más años, en un año. El tipo de malos tratos más frecuente fue la negligencia (48,7%), seguida de los malos tratos psicológicos (35,4%), económicos (30,2%), físicos (25,6%), abandono (3,6%) y sexuales (0,3%). Las víctimas de malos tratos eran con mayor frecuencia mujeres y los responsables de los malos tratos eran con mayor frecuencia hombres en todos los tipos de malos tratos, a excepción de los casos de negligencia donde las mujeres eran con mayor frecuencia las responsables. Además, en un 47% de los casos los hijos eran los responsables de los malos tratos.

Yan y Tang (2004) realizaron un estudio para estimar la prevalencia y los factores de riesgo de los malos tratos físicos, psicológicos y violación de los derechos, hacia las personas mayores entre familias de Hong Kong. En el estudio participaron 276 personas mayores que vivían en la comunidad. Se estimó que un 27,5% de los participantes habían experimentado al menos un tipo de malos tratos. El psicológico fue el más prevalente (26,8%), seguido de la violación de los derechos personales (5,1%) y del físico (2,5%).

En el Reino Unido se realizó un estudio de prevalencia (O'Keeffe y cols., 2007) en el que se realizaron entrevistas individuales con 2.111 personas de 66 años o más (57% mujeres y 43% hombres), seleccionadas aleatoriamente, residentes en la comunidad, en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Se encontró una prevalencia de malos tratos del 2,6% por parte de familiares, amigos o cuidadores formales durante el año anterior. Si se incluyen los malos tratos infligidos por vecinos y conocidos, la prevalencia global asciende al 4%. El tipo de malos tratos informado con mayor frecuencia es la negligencia (1,1%), seguido de los malos tratos económicos (0,7%). La prevalencia de malos tratos psicológicos y físicos fue similar (ambos un 0,4%), y los malos tratos

sexuales fue el tipo menos informado (0,2%). El 6% de las personas mayores maltratadas habían experimentado durante el año anterior dos tipos de malos tratos simultáneamente. Las mujeres experimentaron más casos de malos tratos que los hombres. Los malos tratos variaron significativamente en función del estado civil, estando presente en un 9,4% de los casos en separados o divorciados, 2,6% solteros, 2,4% casados o que conviven con una pareja y un 1,4% en viudos y se incrementó cuando había un mal estado de salud, depresión, mala calidad de vida y soledad. Los responsables de malos tratos fueron, con mayor frecuencia el cónyuge o pareja (51%), otro familiar (49%), un cuidador formal (13%) y amigo cercano (5%).

En el estudio realizado por Yaffé y cols. (2008) se aplicó el Índice de Sospecha de Malos tratos hacia las Personas Mayores (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) a 953 personas de 65 años o más sin deterioro cognitivo y que vivían en la comunidad y de éstas, 663 participaron en la segunda fase donde se aplicaba el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS). Se encontró un 11,9% de personas mayores con sospecha de malos tratos. El tipo de sospecha de malos tratos más frecuente fue el psicológico. La sospecha de malos tratos era más frecuente en mujeres.

1.3.1.2. Estudios en España

Existen algunos trabajos que han intentado aproximarse al estudio del abuso o maltrato en el anciano tanto desde el punto de vista epidemiológico como mediante la búsqueda de herramientas diagnósticas del maltrato al anciano, así como la investigación de factores de riesgo en nuestro medio. Ninguno de estos estudios está hecho con una base poblacional, por lo que sus resultados no son extrapolables a la población general y tampoco están validadas las escalas o baremos utilizados.

En España casi el 50% de los mayores que requieren atención en el domicilio son víctimas de negligencias y el 5% reciben malos tratos. La incidencia ha aumentado un 150% en 10 años. Un estudio realizado en el ámbito hospitalario mostraba una incidencia de maltrato del 8,57% (Marín y cols.,1991). Se ha valorado recientemente la prevalencia de maltrato en el área de Urgencias de un Hospital Universitario en Lleida. La prevalencia detectada en este estudio es del 29,1% (abuso físico 3,1%, psicológico 4,2%, negligencia 2,4%, económico 2,4%, abandono 24,3%, vulneración de derechos 5,5%). Los factores relacionados con malos tratos fueron sexo femenino, profesión previa no remunerada, viudedad y vivir solo (Jürschik y cols.,2013).

Otros estudios se han aproximado al maltrato desde la perspectiva epidemiológica (Larrión y De Paul,1994) y base poblacional. Uno de ellos (Garre-Olmo y cols.,2009)

llevado a cabo en el área rural de la provincia de Girona, encuentra prevalencias entre el 25,8% y el 32,8%, en personas de 75 o más años. También una asociación entre los distintos subtipos de maltrato y diversos factores de riesgo como edad, estado civil, entorno familiar, deterioro cognitivo, síntomas depresivos e incontinencia urinaria. En este estudio, realizaban una evaluación biopsicosocial detallada a los participantes. Al comparar sus resultados con otros estudios similares, de base poblacional, encontraron cifras de prevalencia de entre un 3,2% a un 27,5%, en poblaciones mayores de 60-65 años. En lo que sí coinciden todos estos ellos es en que los subtipos más frecuentes de maltrato son negligencia y psicológico.

Los datos todavía son escasos por el bajo interés que genera este problema, a pesar de su magnitud. Si nos remitimos a los datos que ofrece la Memoria de la Fiscalía General del Estado, en relación con la violencia doméstica en 2004 vemos que las causas abiertas por este tipo de delitos aumentaron un 114,6% en 2004 respecto al año anterior y que el número de muertes también aumenta año tras año. El 13,7% del total de las víctimas de violencia doméstica son mayores de 50 años (Memoria de la Fiscalía General del Estado, 2004).

La modificación legal de 2003 de reforma del Código Penal tipificó la violencia institucional, porque también era conocido que los ancianos asistidos en residencias públicas o privadas podían ser víctimas de violencias diversas. Aunque este grupo poblacional tenga escasa trascendencia social ha acabado acaparando la merecida atención legal. Ahora debe recibir la merecida atención médico-social. Hemos asistido en los últimos quince años al reconocimiento social espectacular de la violencia en el medio familiar, identificada como un problema de primer orden, pero ésta se asocia fundamentalmente a las mujeres y niños como víctimas, y pocas veces se piensa, al hablar de ella, en la población anciana.

Bazo (2001), antes de la Declaración de Toronto, obtuvo datos de 2351 ancianos del País Vasco, Andalucía y Canarias, a través de una entrevista realizada al personal de servicio de ayuda a domicilio. Sus datos indicaron que 111 ancianos, un 4,7%, eran víctimas de maltrato familiar. La negligencia en el cuidado físico estaba presente en más del 70% de los casos, seguido por la negligencia en el cuidado psicoafectivo (alrededor del 50%) y el maltrato psicológico-emocional (entre 15% para los hombres y el 36% para las mujeres). También se describían situaciones de abuso económico y maltrato físico.

Extrapolando estos datos a la población general las cifras son alarmantes. Por otro lado, si un 4,7% de las personas mayores que reciben asistencia en su domicilio son víctimas de cuidados negligentes o malos tratos, el número absoluto de personas

mayores maltratadas que viven en sus domicilios, junto a los institucionalizados en residencias y los que están hospitalizados podría ser aún mayor de lo que conocemos.

En otro estudio realizado en el área básica de salud *Les planes de Sant Joan Despí* (Ruiz Sanmartín y cols., 2001) la prevalencia de maltrato fue de 11,9% (IC 95%), siendo mayor en mujeres, personas viudas, con residencia rotatoria y que recibían ayudas sociales. Los autores son sus hijos, en un 57% de los casos.

Existe un trabajo desarrollado también en nuestro país, en el Centro Reina Sofía de Valencia (Iborra Marmolejo, 2008), en el que se entrevistó a 2041 ancianos y a 789 cuidadores principales en el ámbito familiar durante el año 2005. Los datos de prevalencia eran bastante diferentes si la fuente de información era el anciano o era el cuidador. En función de las respuestas de los ancianos, el 1,5% decía haber experimentado maltrato, pero si el cuidador era quien informaba, el porcentaje aumentaba hasta un 4,6%. Y también el tipo de maltrato difería según la fuente de información: un 1,7% de los cuidadores aceptaron haber realizado abuso económico, maltrato psicológico y/o maltrato físico, mientras que los ancianos denunciaban haber sido víctimas de abuso económico en el 0,8% de los casos, 0,5% negligencia, 0,5% maltrato psicológico y sólo 0,3% de maltrato físico. La mayoría de las víctimas fueron mujeres. El riesgo de sufrir maltrato aumentaba con la edad.

El análisis epidemiológico del maltrato de ancianos proporciona datos no siempre coincidentes. En líneas generales, los pocos existentes sobre la incidencia y prevalencia del maltrato sugieren que entre 4 y 10% de los ancianos españoles han experimentado una o más formas de maltrato y/o negligencia en algún momento de su vida desde los 65 años.

Según la OMS y la INPEA, en 2007 entre un 3 y un 5% de los ancianos de 60 o más años que vivían en la comunidad eran víctimas de maltrato, de los cuales, el 75% se realizaba en el contexto familiar, y más de un 30% de ellos experimentaban más de un tipo de maltrato. Extrapolando a España estos porcentajes, cerca de 350.000 ancianos serían víctimas de maltrato.

1.3.2. Definición de maltrato hacia las personas mayores

Existen varias limitaciones en relación con la investigación del maltrato hacia las personas mayores, muchas de las cuales afectan a su definición. Así, se han utilizado diferentes criterios para determinar la población de personas mayores con riesgo de ser maltratadas de manera que, en algunos estudios se han incluido personas de edades

inferiores a 60 años, mientras en otros se ha incluido sólo a personas mayores de 60 o 65 años. En algunos estudios se han incluido grupos específicos como, por ejemplo, cuidadores de personas mayores, personas mayores frágiles, personas que comparten vivienda, etc., mientras en otros se ha incluido a personas pertenecientes a todas las categorías. Muy pocos de los estudios realizados con el objetivo de conocer qué factores de riesgo están asociados al maltrato a mayores han incluido grupos de control. Por ello, la generalización de sus resultados hay que tomarla con mucha cautela. La utilización de diferentes metodologías para la realización de los estudios, incluyendo estudios con muestras aleatorias, entrevistas con las personas mayores en el ámbito sanitario o cuidadores en programas de apoyo y revisión de informes recogidos por agencias, hace muy difícil la comparación de los resultados obtenidos.

Además de las anteriores limitaciones, el maltrato hacia las personas mayores carece de una definición universalmente aceptada, lo que constituye un problema fundamental en este campo de investigación, como se verá a continuación.

1.3.2.1. Problemas en la definición del maltrato a las personas mayores

El maltrato hacia la persona mayor ha recibido distintas denominaciones, como “granny battering” (Baker, 1975), “granny bashing” (Burston, 1975), “inadequate care of the elderly” (Fulmer y O’Malley, 1987) o “elder mistreatment” hasta llegar al actualmente consensuado “elder abuse” o “maltrato a mayores”. Entre las diferentes razones que pueden explicar esta situación destacan, en primer lugar, los diferentes valores, actitudes y creencias individuales o, de un grupo de personas, cuando definen el maltrato a personas mayores (Pérez, 2004; Papadopoulos y La Fontaine, 2000). En segundo lugar, el concepto de maltrato ha sido desarrollado desde una perspectiva profesional, sin considerar la percepción de las personas mayores (Pérez, 2004; Papadopoulos y La Fontaine, 2000). En tercer lugar, existe una falta de voluntad, por parte de la sociedad, las instituciones y los profesionales, respecto a reconocer la relevancia del maltrato a mayores como problema socio-sanitario. En cuarto lugar, se podría destacar la falta de discusión y cooperación entre los diferentes organismos o instituciones en las que trabajan profesionales sanitarios y sociales que a su vez trabajan con personas mayores. Finalmente, son diferentes las perspectivas con que la investigación se ha aproximado a este tema: desde la víctima, la persona cuidadora, el profesional (médico, enfermera, trabajador social), instituciones, etc. (Glendenning, 1993).

En definitiva, se han desarrollado numerosas definiciones utilizadas para propósitos muy diferentes, creando, al mismo tiempo, barreras a la hora de conseguir un

entendimiento común. Además, los términos de “maltrato” y “negligencia” han sido intercambiados en los diferentes estudios, causando a menudo confusión y dando como resultado, una falta de validez en las comparaciones que se han hecho en las investigaciones publicadas respecto al tema. Además, esta falta de consenso ha provocado que los profesionales tengan problemas para identificar el maltrato cuando éste ocurre (Glendenning, 1993) y, también provoca que pueda producirse confusión entre la discriminación de un conflicto familiar normal y una situación de maltrato (Henderson y cols., 2002; Pillemer y Suito, 1988). En este sentido, debe tenerse en cuenta la percepción de la conducta y del contexto cultural en el que se produce la situación, puesto que, una misma situación (por ejemplo, que un cuidador grite a la persona mayor), puede ser percibida de formas diferentes, bien como algo normal o como una situación de maltrato (Wolf, 1998). Incluso, en muchas ocasiones los profesionales no están seguros de cuándo está ocurriendo una situación de maltrato (Kingston y Reay, 1996). También es relevante señalar las dificultades encontradas para comparar los resultados de diferentes estudios realizados, encontrándose tasas variables de prevalencia e incidencia en los estudios sobre maltrato y/o negligencia, además de diferencias significativas en factores de riesgo asociados (Choi y Mayer, 2000). Finalmente, cabe destacar que, si no existe un marco de referencia definicional común sobre maltrato a mayores, es imposible evaluar o construir conocimiento sobre el tema.

1.3.2.2. Hacia una definición de maltrato a las personas mayores

Desde los comienzos de la investigación sobre el maltrato a las personas mayores se han observado dos tendencias diferentes. Por una parte, se intentó llegar a una tipología/clasificación de los diversos tipos de maltrato y/o negligencia hacia esta población (Lau y Kosberg, 1979; Block y Sinnot, 1979) y, por otra, se buscó conceptualizar el maltrato y/o la negligencia a mayores (Johnson, 1986). Por ejemplo, en 1987, la **Asociación Médica Americana** (AMA) propuso esta definición: *“El maltrato implica una acción u omisión que tiene como resultado un daño o una amenaza de daño a la salud o el bienestar de una persona mayor. El maltrato incluye el causar daño intencional físico o mental; el abuso sexual; o la negación de la comida necesaria, ropa o cuidado médico para cubrir las necesidades físicas y mentales necesarias de una persona mayor por parte de la persona que tiene la responsabilidad del cuidado o custodia de una persona mayor.”* Esta definición distingue entre diferentes tipos de maltrato y/o negligencia, y, además, los diferencia en función de su intencionalidad. Además, se contrapone a los primeros trabajos realizados, como los de Baker (1975) y Burston (1975), que limitaban las definiciones al maltrato físico, siempre dirigido hacia

una mujer mayor y únicamente dentro de la situación de cuidado familiar. Posteriormente, O'Malley y cols. (1979) sólo diferenciaban entre maltrato y negligencia e incluían ambos dentro de la categoría global de cuidado inadecuado. Según esa definición, la etiqueta de maltrato sólo se podía aplicar si había una clara intención por parte del cuidador de hacer daño, en caso contrario, se debía utilizar la etiqueta de negligencia (Glendenning, 1993; Hudson, 1986; Johnson, 1986).

Por otra parte, en ocasiones se ha establecido que el maltrato es un continuo que va desde la negligencia al maltrato físico (Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Esta postura es opuesta a la que mantiene la visión del maltrato como categorías diferenciadas (físico, psicológico y material) (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Pillemer y Sutor, 1988; Weiner, 1991). Respecto al abuso sexual, en ocasiones, se ha incluido dentro de la categoría de maltrato físico (Adelman y cols., 1998; Glendenning, 1993) aunque existen estudios que lo señalan como un tipo independiente de maltrato (Ahmad y Lachs, 2002), y en lo que se refiere al abandono algunos autores lo incluyen dentro de la categoría de negligencia (Bass y cols., 200; Brandl y Horan, 2002).

En España, por su parte, la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado (1996) dio lugar a la **Declaración de Almería**, según la cual, el maltrato a mayores sería: *“Todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones)”* (Kessel y cols., 1996).

Otros autores diferencian no sólo entre tipos de maltrato, sino también en base a la intencionalidad del maltrato, o según su frecuencia (Douglas, 1980; Glendenning, 1993; Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

Actualmente parece existir un mayor acuerdo con la definición adoptada en 2002 por la **Organización Mundial de la Salud** en la Declaración de Toronto, propuesta en 1995 por **INPEA** y apoyada en la **II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento** que tuvo lugar en Madrid, en el año 2002. Dice así: *“El maltrato de personas mayores se define 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”*. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.

A partir de este referente conceptual se establecen tres ejes a tener en cuenta a la

hora de estudiar, de forma específica, las conductas de maltrato que se infringen a ancianos y diferenciarlas de acciones de violencia generalizada sobre cualquier ser humano. El *primero de los ejes* es la existencia de un vínculo, a priori significativo y personalizado, que genera una expectativa de confianza por parte del anciano hacia la persona que lo maltrata. Es ésta, la expectativa de confianza, una condición imprescindible para establecer que una conducta violenta hacia un anciano es una conducta de maltrato. Empujar a un anciano en la calle será entendido como maltrato si existe un vínculo de confianza entre aquél y quien le empuja. Sin embargo, si el empujón lo realiza un viandante cualquiera y se produce una lesión al anciano, será una conducta violenta, pero no maltrato. El *segundo eje* considera que las conductas provocan un daño o riesgo significativo de daño para el anciano. Esta es una condición necesaria pero no suficiente para considerar que una conducta violenta es maltrato hacia un anciano. El daño o riesgo significativo de daño, en el ámbito familiar, se ha categorizado tradicionalmente en físico, psicológico, económico, sexual y negligencia. El *tercer eje*, condición suficiente pero no necesaria, se refiere a la intencionalidad de la conducta. La falta de conocimientos gerontológicos puede conducir a impedir a un anciano tomar decisiones sobre, por ejemplo, el lugar donde residir (su propio hogar, la casa de un familiar o una residencia geriátrica). No se hace con la intención de hacer daño al anciano, y sin embargo, le causa sufrimiento psicológico. Por lo tanto, la conducta de maltrato puede haberse realizado sin la intención de hacer daño, lo cual dificulta la sospecha, intervención y prevención del maltrato, como se explicará más adelante.

Las conductas de maltrato a ancianos se presentan en tres contextos claramente diferenciados: centros de atención y cuidado médico, centros residenciales y la familia. Aproximadamente cuatro de cada cinco personas de 65 o más años residen en la comunidad, bien en su propio hogar, bien compartiéndolo con familiares o en el hogar de estos últimos.

1.3.3. Percepción del maltrato a las personas mayores por los profesionales y los propios mayores.

Dada la gran diversidad de definiciones sobre el maltrato, abuso o negligencia hacia las personas mayores que existen, es interesante exponer a continuación los resultados de un estudio de investigación realizado en España por el IMSERSO, publicado en el año 2005, "*Vejez, negligencia, abuso y maltrato, la perspectiva de los mayores y de los profesionales*", donde se presentan una serie de visiones o percepciones que sobre estos temas tienen tanto los profesionales como las personas mayores.

La novedad de este estudio es que plantea una definición sobre estos conceptos de un modo operativo, analizando aquellas situaciones que tanto las personas mayores como los profesionales identifican como maltrato, abuso o negligencia. La ventaja de este tipo de definiciones es que nos plantean los diversos escenarios, las situaciones reales en las que este tipo de comportamientos se producen, tanto desde la perspectiva de los propios mayores como de los profesionales que trabajan con ellas.

Sintetizamos a continuación los aspectos más importantes, primero desde la perspectiva de las personas mayores y posteriormente desde la óptica profesional.

1.3.3.1. Visión de las personas mayores sobre el maltrato

Llama la atención, como primer aspecto, el hecho de que las personas mayores prefieren hablar de “maltrato” y no de malos tratos, ya que para ellos las situaciones de malos tratos son menos frecuentes y se reducen fundamentalmente a comportamientos de carácter delictivo. En su concepción, el término “**maltrato**” sólo alude a situaciones de extrema vulneración de los derechos del individuo, y con frecuencia en términos de agresión física o sumo abandono, que atenta contra la integridad de una persona mayor totalmente dependiente, esto es, con demencia o inmovilizada. De forma tónica, se refiere a los escándalos en prensa sobre condiciones inhumanas en residencias, o vídeos de cuidadores que agreden físicamente a los ancianos con demencia a su cargo.

Frente a este tipo de situaciones, ciertamente abusivas pero más infrecuentes, las personas mayores detectan una serie de comportamientos que inciden en la mala relación, en el abuso o en una forma de trato indebido. En esta perspectiva, distinguen dos escenarios diferentes: el ámbito privado o familiar y el nivel institucional.

Referido al *nivel familiar*, las propias personas mayores que han cooperado en la investigación mencionan las siguientes situaciones y comportamientos como conductas frecuentes:

- **Explotación de la capacidad de trabajo del mayor en el ámbito del hogar**, hasta que por sus limitaciones físicas deja de ser útil a la unidad familiar y pasa a posición marginal.
- **Destitución familiar**, refiriéndose a aquellas situaciones en las que la relación se deteriora hasta niveles en los que el único trato que se recibe es el silencio o la franca hostilidad por las molestias que ocasiona su presencia en el medio familiar.
- **Desarraigo**, ya sea en forma de rotación por los domicilios de los hijos (aunque se reconozca que a veces se ha optado personalmente por la misma solución

respecto a los propios padres) o de ingreso forzoso en una institución, que desemboca inevitablemente en una amargura profunda y un rápido deterioro físico y mental.

- **Explotación económica de los afectos**, utilizando las necesidades afectivas del mayor para apropiarse de sus bienes, ya sea su pensión o sus propiedades, repudiándolo o descuidándolo una vez logrado el objetivo.
- **Abandono**, los familiares directos se desentienden de las condiciones de vida del anciano, bien por indiferencia o relaciones abiertamente conflictivas, o por residir en poblaciones distintas. El mayor se enfrenta no sólo a la soledad, sino a las tareas cotidianas que se vuelven situaciones de alto riesgo en las que es abandonado a su suerte.
- Hay aún otro tipo de situación que catalogan como “mal trato” pero que, en este caso, se contempla como fuente de sufrimiento tanto para el que lo recibe como para el que, según los mayores, muchas veces involuntariamente, lo inflige: la falta de capacitación de los cuidadores informales. Alude a la situación en la que el cuidado de una persona mayor dependiente es inadecuado por una manipulación física incorrecta o por falta de habilidades relacionales y psicológicas del cuidador.

Esta situación aparecería fundamentalmente en el caso de ancianos con limitaciones en la autonomía física y psíquica. También expresan cierto temor a que se produzcan situaciones de abuso por parte de cuidadores remunerados que, en ocasiones, pueden explotar económicamente o descuidar al anciano a su cargo.

Por lo que se refiere al “mal trato” en el *ámbito público o de las instituciones*, hay tres cuestiones básicas:

- **El déficit de dispositivos sanitarios específicos accesibles**. La falta de especialistas geriatras en la atención primaria, especialmente sentida en los entornos urbanos y reiteradamente comparada con la función de los pediatras respecto a los niños.
- La existencia de algunos profesionales médicos que tienden a achacar a la edad cualquier padecimiento, tratando de transmitirles cierta **resignación** ante achaques que ellos consideran solucionables y que merman su calidad de vida.
- **Las “instituciones totales”**. Consideran que las formas organizativas que perciben como más frecuentes en las residencias de mayores están más orientadas a la despersonalización de los internos y el mantenimiento de cierta rigidez normativa que a procurar suavizar la sensación de desarraigo y

enajenación que supone el tránsito desde la comunidad a este tipo de establecimientos. En el imaginario de los mayores, las residencias privadas parecen reunir la mayor parte de estas características negativas, convirtiéndose en el paradigma de institución alienante, frente a las garantías que atribuyen a las públicas.

Los mayores consideran que, mientras el maltrato es inconcebible en un entorno convencional, el “maltrato” es una situación más habitual de lo que se cree, pero cuyo carácter sutil e insidioso lo hace poco visible para quien no lo padece y difícil de comunicar para el que lo sufre.

1.3.3.2. La visión de los profesionales sobre el maltrato

Frente a esta visión interesante de las personas mayores, los profesionales también aportan su propia visión y análisis sobre el particular, definiendo de forma operacional los diferentes niveles y situaciones de maltrato, abuso o negligencia. Por su interés resumimos aquí algunas de las cuestiones planteadas por los diferentes grupos que formaron parte de la investigación.

En una primera aproximación, los profesionales definen del siguiente modo los términos referidos a esta problemática:

- **La negligencia suele asociarse a la ausencia de una acción**, con consecuencias físicas y/o psíquicas para la persona mayor.
- **El abuso se asocia a una acción intencionada, que puede tener o no consecuencias** (un ejemplo podría ser el trato infantilizado, que no tiene consecuencias palpable negativas pero podría hacer que la persona mayor se sienta mal según y cómo se le trate).
- **El maltrato es una acción intencionada y dirigida expresamente a provocar daño físico o psíquico.**

Definen la **negligencia** como la omisión de funciones establecidas mediante un protocolo, es decir, la no realización de alguna de las tareas que debe cumplir el profesional que cuida a la persona mayor o la institución que la acoge, en su compromiso de atención; la negligencia puede cometerse intencionadamente o no, y, en general, tiene consecuencias negativas en el mayor, aunque también puede no tenerlas.

Como ejemplo de conductas negligentes más frecuentes citan:

- **Omitir una valoración del paciente mayor**, en el ámbito sanitario, para

establecer las necesidades de atención adecuadas; por ejemplo valorar si tiene o no un estado confusional (si está solo, desorientado...); ir más allá de lo propiamente dirigido al cuidado y la protección de su salud física.

- **La utilización indebida de medios de contención/inmovilización.**
- **La utilización innecesaria de pañales.**
- **El no hacer los necesarios cambios posturales.**
- **El no cambiar pañales con la frecuencia necesaria**, para no sólo evitar la aparición de problemas de piel, sino también salvaguardar su dignidad.
- **No vigilar y controlar la ingesta de la alimentación** adecuada.
- **No vigilar la ingesta de medicación prescrita.**
- **No hacer las curas con la periodicidad necesaria.**
- **No controlar la prescripción de medicamentos** por no tener al día las historias clínicas.
- **No prestar la atención médica suficiente al paciente mayor**, por observar en ellos excesivas quejas o visitas al médico o personal sanitario demasiado frecuentes.

En general, se consideran negligencias todas aquellas situaciones relacionadas con la higiene, la movilidad o los cambios posturales que puedan provocar heridas de distinta índole, escaras, irritaciones, o bien atentar contra la dignidad de la persona mayor.

Este tipo de negligencias se detectan en todos los ámbitos de atención sanitaria, las residencias y centros de día, pero se atribuyen muy especialmente al ámbito sanitario, y dentro de éste a los hospitales, en los que hay una consideración unánime de que son los lugares en los que la persona mayor que ingresa abandona el hospital con un deterioro importante de su estado general físico, cognitivo y psíquico, aunque se haya curado de la enfermedad por la que ingresó.

Los profesionales incluyen dentro de los comportamientos negligentes también los actos de incumplimiento deliberado y continuado del reglamento de funcionamiento de una institución o del contenido del trabajo, tales como:

- Abusar de las capacidades de las personas mayores para facilitar el trabajo de quienes les cuidan.
- Incumplimientos de horarios laborales.
- Incumplimiento intencionado de las normas de atención y control.
- La dejadez intencionada en el desarrollo del trabajo.

Respecto del **abuso**, los profesionales lo conceptualizan como *una acción intencionada que puede tener o no consecuencias negativas para la persona mayor*; el abuso puede o no generar algún tipo de beneficio para el profesional, bien sea material o bien sea de tipo intangible, como por ejemplo trabajar menos, trabajar más relajadamente, etc.

En el trasfondo del discurso emitido por los profesionales se puede detectar que el abuso se relaciona tanto con la falta de respeto a los derechos individuales de la persona como con el incumplimiento de las obligaciones laborales. En los grupos de debate en los que se basa la metodología del estudio que comentamos, se acepta la presencia de lo que denominan “abusos en el trato”, o “abusos de poder”, en la relación institucional y profesional, pero no la de otro tipo de abusos como puedan ser los físicos, sobre la propiedad, etc.

Según los profesionales, los abusos tienen que ver con:

- Falta de consideración hacia los mayores como personas maduras, capaces y con criterio propio, entrando en esta consideración el trato considerado como **infantilización**.
- **Falta de respeto a sus opiniones** desde el abuso de poder, no tomando en consideración sus opiniones, tanto sobre aspectos cotidianos como sobre temas de mayor calado que puedan afectar a su propia vida.
- **Falta de respeto a la intimidad**, tanto en exploraciones médicas como en situaciones cotidianas que se suelen dar en las residencias (higiene personal, acceso a duchas..).
- **Acciones referidas a la salud** que se realizan por el hecho de ser mayor: derivación al hospital de manera reiterada y no siempre necesaria, para evitar asumir alguna responsabilidad; prescripción de medicamentos tranquilizantes innecesarios, para que el mayor no moleste.
- **Negar explícita o implícitamente un tratamiento** a una persona mayor con el sólo argumento de la edad.
- Prescripción de medicamentos sin ver al paciente mayor.

Desde la visión de los profesionales, el **maltrato** se entiende como la *acción intencionada cuyo fin es provocar daño físico o psíquico*. Los profesionales niegan la existencia de maltrato físico en las instituciones y en las relaciones profesional-persona mayor, aunque se identifican como casos puntuales de maltrato aquellos que aparecen en la prensa en residencias privadas, y que generan un rechazo social generalizado. De manera significativa se asocia el maltrato con el entorno familiar.

1.3.4. Formas de maltrato

Debido a las dificultades encontradas para definir el maltrato hacia las personas mayores, tales como el uso contradictorio de los términos o las diferentes perspectivas desde las que se han elaborado algunas de estas definiciones (Papadopoulos y La Fontaine, 2000), se han realizado diversas clasificaciones en función de diferentes criterios. Sin embargo, la idea de tipologías universales es deseable, por un lado, porque en función del tipo de maltrato serán adecuadas distintas estrategias de intervención, y, por otro lado, los profesionales conocerían de forma precisa los indicadores de cada tipo específico de maltrato, facilitándose la tarea de la detección e identificación del mismo.

Sin embargo, esta tarea no es fácil. Son varias las discrepancias que existen en relación con la clasificación de las formas de maltrato. Así, Browne y Herbert (1996) señalan que el maltrato psicológico y la negligencia no deben incluirse como formas de maltrato, sino que el maltrato debería referirse únicamente a la violencia física que da como resultado una lesión (Johnson, 1986; Pillemer y Sutor, 1988). Esta definición ha sido cuestionada destacando que la negligencia puede ser tan grave como para llegar a amenazar la vida de una persona mayor frágil y dependiente (Douglas, 1980). Además, otros actos y comportamientos diferentes de la violencia física pueden ser dañinos para la persona mayor, por ejemplo, el miedo a ser golpeado o gravemente castigado puede causar tanto daño, aunque de otro orden, a la víctima como el acto real (Pedrick-Cornell y Gelles, 1982; Giordano y Giordano, 1984).

Mención aparte merece la auto negligencia ya que, al ser la propia persona mayor la que se causa el daño y al no incluir a nadie externo como responsable del maltrato, es cuestionable que pueda ser categorizada como maltrato (Choi y Mayer, 2000; Anetzberger, 2005).

Los diferentes tipos de maltrato pueden encontrarse tanto en el ámbito domiciliario como en el institucional (Hegland, 1992) y es frecuente que múltiples formas de maltrato y negligencia estén presentes simultáneamente (Choi y Mayer, 2000; Jayawardena y Liao, 2006). Por ejemplo, es bastante probable que el maltrato físico vaya acompañado de maltrato psicológico y/o negligencia (Choi y Mayer, 2000).

1.3.4.1. Negligencia

Consiste en un acto de omisión, fallo intencional o no intencional en el cumplimiento de las necesidades vitales de la persona mayor por parte de otra persona (Lafata y Helfrich, 2001; Bomba, 2006; Rinker, 2007). La gravedad de estas conductas va

paralela al grado de dependencia que tiene la persona, ya que los cuidados que necesita también van paralelos a su capacidad para satisfacer por sí misma sus necesidades. Dentro de la negligencia se puede distinguir entre negligencia física, emocional o psicológica y económica.

1.3.4.1.1. Negligencia física

Consiste en no proporcionar a una persona mayor los servicios o productos necesarios para un funcionamiento físico óptimo. Un ejemplo de este tipo de negligencia podría ser no proporcionar el necesario cuidado de la salud, comida o agua, gafas, audífonos, bastones o cualquier otro dispositivo de ayuda necesario.

1.3.4.1.2. Negligencia emocional o psicológica

Consiste en no suministrar el apoyo o la estimulación social y/o emocional adecuada y necesaria para la persona mayor. También se incluye dentro de este tipo de maltrato el hecho de que el responsable del maltrato aisle a la persona socialmente (amigos y familiares) o restrinja sus actividades cotidianas, le dé “trato de silencio” (no hablarle), le niegue oportunidades para establecer interacciones sociales, o la deje sola durante largos periodos de tiempo. Otros ejemplos incluyen ignorar las peticiones que realiza la persona mayor y no darle noticias o información que pueda interesarle. Conduce a sentimientos en la persona mayor de aislamiento, privación, chantaje, humillación, malestar, vergüenza, miedo e indefensión (Strasser y Fulmer, 2007).

1.3.4.1.3. Negligencia económica o material

La negligencia económica o material implica que no se utilicen los fondos o recursos que son necesarios para proporcionar una óptima calidad de vida a la persona mayor.

Otra posible clasificación de la negligencia hacia personas mayores podría ser la que diferencia entre **negligencia activa y pasiva** (Jayawardena y Liao, 2006). La negligencia activa consiste en no proporcionar el cuidado necesario para la persona mayor de forma intencional en un intento de castigarle, causarle angustia física o emocional, abandonarle de forma deliberada, o negarle intencionadamente comida o servicios relacionados con la salud (por ejemplo, medicamentos, comida o agua). La negligencia pasiva implica que, de forma no intencional, no se proporciona el cuidado necesario debido a que se ignoran cuáles son los cuidados que necesita la persona mayor o se desconozca cómo facilitárselos, que se carezca de habilidades o presente incapacidad real para completar la tarea, que el propio responsable del maltrato tenga

problemas de salud o la falta de interés por proporcionar cuidado adecuado (Strasser y Fulmer, 2007; Jayawardena y Liao, 2006).

Algunos de los responsables de este tipo de negligencia pueden presentar enfermedad mental y retraso en el desarrollo (Strasser y Fulmer, 2007).

1.3.4.2. Maltrato físico

Se puede definir como el daño corporal, dolor o deterioro físico que se produce por medio de la fuerza física o de violencia no accidental. Es habitual el uso de fuerza física en forma de empujones, golpes o lesiones específicas (quemaduras,...), sujeción o ataduras para evitar la movilidad del anciano, alimentar por la fuerza dejando lesiones en la boca, uso inapropiado de restricciones físicas o de medicación. Para algunos autores maltrato físico es una forma de maltrato que incluye todas las actuaciones que producen dolor o daño físico. El perpetrador habitualmente es el cónyuge o un familiar que abusa del alcohol, tiene problemas físicos o emocionales y suele depender económicamente de la víctima.

1.3.4.3. Maltrato psicológico

Es aquella conducta que provoca, de forma intencionada, miedo, angustia, tristeza, sentimiento de indignidad e inferioridad, estrés. Se ejerce sobre el anciano utilizando las relaciones emocionales e interpersonales y se manifiesta con voces, insultos, intimidación, amenazas de daño o abandono, humillaciones, infantilización, llevar la contraria y no satisfacer deseos o gustos de la persona, retirarles servicios o red de apoyo. El perfil de la víctima de este tipo de maltrato es: habitualmente casada, afecta por igual a varones y mujeres; el perpetrador habitualmente es el cónyuge.

1.3.4.4. Abandono

Implica el abandono de una persona mayor por parte de la persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o que posee su custodia física (Rinker, 2007). Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de negligencia (Bass y cols., 2001; Brandl y Horan, 2002; Anetzberger, 2005), mientras otros se refieren al abandono como categoría independiente (Lafata y Helfrich, 2001).

La forma más habitual de este tipo de maltrato es el abandono de la persona mayor en un hospital, centro comercial o gasolinera.

1.3.4.5. Abuso

En la literatura anglosajona el maltrato, tal y como se ha definido al principio de esta revisión, se traduce por la palabra “*abuse*”, lo que ha llevado a equívoco en muchas ocasiones porque en castellano las connotaciones que tiene “abuso” son muy distintas. El abuso es siempre una circunstancia en la que la persona se aprovecha de una situación de discapacidad de la víctima o de imposibilidad para defenderse frente al agresor.

Cuando hablamos de violencia contra los ancianos, es cierto que estamos ante víctimas probablemente vulnerables y de capacidades defensivas disminuidas, tanto en lo físico como en lo mental por razones del proceso biológico del envejecimiento, entendido éste como pérdida de vitalidad (lo que conlleva mayor vulnerabilidad frente a agresiones externas). Ello es así incluso cuando todavía no presentan diagnósticos precisos de procesos o enfermedades que conllevan déficits concretos. Tanto el Maltrato como la Negligencia se producen desde una situación de aprovechamiento (abuso) de la desigual relación entre víctima y agresor; sin embargo, y siguiendo el sentido médico-legal de estas palabras, consideraremos aquí como abusos las siguientes situaciones:

1.3.4.5.1. Abuso económico

Implica el robo, el uso ilegal o inapropiado de las propiedades o recursos de una persona mayor, el obligarle a cambiar el testamento, dando como resultado un perjuicio para la persona mayor y un beneficio para otra persona (Jayawardena y Liao, 2006).

1.3.4.5.2. Abuso sexual

Implica cualquier contacto de carácter sexual para el que la persona mayor no haya dado su consentimiento, bien porque el contacto haya sido forzado, bien porque no sea capaz de dar su consentimiento o porque el contacto sexual tenga lugar mediante engaño (Wolf, 1998; Rinker, 2007). El abuso sexual puede ir desde el exhibicionismo a las relaciones sexuales, incluyendo caricias orales, anales o vaginales, además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas, o a utilizar la fuerza física para conseguir mantener relaciones sexuales con una persona en contra de su voluntad (Jayawardena y Liao, 2006; Bonomi y cols., 2007). Algunos autores incluyen el abuso sexual dentro del maltrato físico (Anetzberger, 2005; Sengstock y O’Brien, 2002; Brandl y Horan, 2002; Bass y cols., 2001, Adelman y cols., 1998). Otros, sin embargo, lo describen como categoría independiente (Lafata y Helfrich, 2001; Gordon y Brill, 2001; Ahmad y Lachs, 2002).

1.3.4.6. Violación de los derechos básicos

La violación de los derechos básicos (humanos y civiles) a menudo está relacionada con el maltrato psicológico. Consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que legalmente le corresponden, desde el derecho a la intimidad hasta la libertad de opción religiosa (Sengstock y O'Brien, 2002; Wolf, 1998). Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de explotación (Bass y cols., 2001). Algunas de las formas de este tipo de maltrato serían por ejemplo, ocultarle o abrirle el correo, no permitirle ir a la iglesia, no permitirle tener la puerta de su habitación cerrada, etc.

1.3.5. Causas de maltrato

Como causas de maltrato se han citado: el **cambio de valores en nuestra sociedad** actual en la que la juventud, la productividad y la salud son valores en alza; y el anciano, enfermo con frecuencia, dependiente e improductivo, es infravalorado y a veces resulta una "molestia" para familias nucleares con dificultades para cuidarlo. Sin duda los **factores sociales y culturales** están implicados, pero también otros, **familiares e individuales**.

Se han identificado **factores asociados** a maltrato, como el estrés del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar etc., pero se consideran factores de riesgo más que propiamente causales, ya que no siempre condicionan la aparición del problema, más bien aumentan la probabilidad de que éste aparezca.

1.3.6. Factores de riesgo del maltrato

En distintos estudios (Kosberg, 1988; Jones y cols., 1997; Lachs y cols., 1997, Muñoz y cols., 1995) se ha observado una asociación estadística entre maltrato y algunos factores de riesgo y situaciones de mayor vulnerabilidad. Es importante identificarlos para poder hacer prevención primaria y secundaria.

A pesar de que la gran mayoría de los familiares cuidan bien de sus parientes mayores, algunas personas mayores pueden estar confiando su cuidado a personas que son incapaces de tratarles adecuadamente. Incluso de buenas intenciones pueden surgir como resultado consecuencias negativas, es decir, el deseo de cuidar de una persona mayor podría superar a un cuidador y al sistema familiar y dar como resultado un aumento de tensiones y presiones que pueden desembocar en conductas abusivas debido, por ejemplo, a la frustración o la fatiga (Kosberg, 1988). La identificación de

factores de riesgo indicaría la posibilidad de que el maltrato ocurra (Anetzberger, 2005) y permitiría a los profesionales intervenir de forma precoz evitando que el maltrato tuviera lugar. Sin embargo, debido a las variadas definiciones de maltrato y negligencia y a las diferentes fuentes y métodos de muestreo adoptados en los estudios existentes, es difícil presentar un esquema preciso de los factores de riesgo asociados al maltrato, encontrando resultados contradictorios (Shugarman y cols., 2003).

En general, los estudios sobre factores de riesgo indican que el maltrato físico y psicológico está más asociado a problemas del responsable de maltrato que a características de la persona maltratada, mientras que la negligencia tiende a estar mucho más relacionada con las necesidades de la persona mayor maltratada (Wolf, 1997). En el caso de la explotación económica cometida por un familiar de la víctima, además del deterioro mental y cognitivo de ésta y su enfermedad, la dependencia económica del responsable del maltrato respecto a la víctima y el abuso de sustancias se han revelado como factores de riesgo significativos (Choi y Mayer, 2000). Sin embargo, el maltrato a mayores es un problema extremadamente complejo resultado de la combinación de factores personales, familiares, sociales y culturales (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000; Oh y cols., 2006), por lo que debe ser considerado como un fenómeno multifactorial. Además, identificar factores de riesgo no es sinónimo que identificar maltrato real (Jayawardena y Liao, 2006). Podrían aparecer falsos positivos en la identificación, de manera que incluso, estando presentes los indicadores de un elevado riesgo de maltrato, la persona mayor podría no estar sufriendo maltrato realmente. Y, a la inversa, podrían tener lugar falsos negativos, es decir, casos que no presentan factores de riesgo, pero que sufren maltrato. Lo mismo ocurre con los indicadores de maltrato, de manera que, los indicadores y los factores de riesgo no conducen necesariamente a un diagnóstico de maltrato, sino que constituyen claras señales de alerta que son esenciales para la posterior comprobación.

Estos factores pueden agruparse en función de si están presentes en la persona mayor, en el responsable del maltrato o en el contexto de la situación (Pérez-Rojo y cols., 2005; Pérez-Rojo y cols., 2008). La identificación de los factores de riesgo es esencial, como hemos comentado, para una prevención primaria antes de que el abuso esté consumado, y para una prevención secundaria. A continuación se presentan los factores de riesgo en función de esta categorización (Tabla 1):

Tabla 1. Factores de riesgo para el maltrato de ancianos.

FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN EL RESPONSABLE DEL MALTRATO	FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN LA PERSONA MAYOR	FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN EL CONTEXTO DE LA SITUACIÓN
Abuso de alcohol, fármacos psicotrópicos o drogas	Deterioro físico o cognitivo (dependencia funcional)	Mala relación familiar (relación premórbida)
Enfermedad mental	Aislamiento social	Problemas económicos
Enfermedad física crónica	Dependencia del agresor	Falta de recursos sociales de apoyo
Estrés del agresor	Antecedente de maltrato	Vivienda compartida
Dependencia de la víctima	Edad: a mayor edad, mayor riesgo.	
Aislamiento social, soporte de la comunidad	Deterioro reciente de la salud	

1.3.7. La demencia. Impacto de la demencia en la sociedad

El incremento de la esperanza de vida, es sin lugar a dudas, un signo de progreso social, sanitario, económico y político; sin embargo, este mayor aumento de ancianos en nuestra sociedad provocará una mayor demanda de necesidades, tanto en lo social, como en los servicios de salud.

Se presenta un envejecimiento poblacional acelerado, existiendo una población cada vez mayor de personas de edad avanzada con riesgo de dependencia asociada a un aumento de enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con el envejecimiento; entre ellas se encuentran los procesos neurodegenerativos como la demencia, lo que plantea a su vez nuevos retos en su atención.

La relevancia del problema de salud pública que representan las demencias en el mundo, su asociación con la dependencia y el riesgo de maltrato en los ancianos con demencia por parte de sus cuidadores primarios o sus familiares, hace necesario el análisis y la reflexión “de las implicaciones éticas, económicas, jurídicas, políticas y no sólo las consideraciones médicas”, de este problema (WHO, 2001; Murray y cols., 1996; Zúñiga y cols., 2004)

La **demencia** es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro persistente y progresivo de las funciones cerebrales superiores (memoria, lenguaje, orientación, cálculo o percepción espacial, entre otras). Dicho deterioro conlleva una pérdida de la autonomía del enfermo, que se va haciendo cada vez más dependiente de los demás, así como un detrimento de la actividad social, laboral y de ocio del paciente y sus cuidadores.

Las formas, o causas, de la demencia son múltiples y diversas. La enfermedad de

Alzheimer es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos.

El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad, siendo previsible una auténtica epidemia a nivel mundial en los próximos años debido al envejecimiento progresivo de la población. Se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognitivo.

Es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no sólo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.

1.3.7.1. Tasas de demencia y previsión de futuro

Según datos de la OMS, en el mundo entero hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos (OMS, 2015 b).

En **términos generales**, la prevalencia de demencia se sitúa por debajo del 2% en el grupo de ancianos de edades comprendidas entre 65 y 69 años; este valor se duplica cada 5 años y alcanza un 10-17% en el grupo de 80 a 84 años, llegando a valores del 30% por encima de los 90 años (Förstl y cols., 2007).

En el **estudio mundial** de Ferri se aprecia una prevalencia similar en Europa, Norteamérica, Sudamérica y Asia oriental, siendo un 40-50% menor en Asia meridional y un 60-70% menor en África (Ferri y cols., 2005).

En España, las tasas de prevalencia para mayores de 65 años se sitúan entre el 5,2 y el 16,3% (López-Pousa y Garre-Olmo, 2010), llegando al 22% en varones mayores de 85 años y al 30% en mujeres del mismo grupo de edad (Antón Jiménez, 2010).

El progresivo envejecimiento de la población hace prever un incremento subsiguiente de las demencias en todo el mundo. En España, se calcula que, en 2050, uno de cada tres españoles tendrá más de 65 años. En 2004 las personas afectadas por demencia eran 431.000; si las previsiones de crecimiento son correctas, se calcula que en 2030 la cifra alcanzaría casi los 600.000 enfermos, y en 2050, cerca del millón. Sin embargo, estas cifras probablemente infravaloren la cuantía del problema, ya que un

porcentaje no desdeñable de casos quedan sin diagnosticar o no figuran en las estadísticas oficiales, hay estudios que apuntan a que ya en 2004 había ente 400.000 y 600.000 enfermos (Ferri y cols., 2005).

En **EEUU** se estima que existen unos 4,5 millones de pacientes con demencia tipo Alzheimer, de los cuales 200.000 son menores de 65 años; en 2050 se espera que la cifra se incremente hasta los 11-16 millones de enfermos (Thies y Bleiler, 2011).

A nivel **mundial** las cifras se elevan, desde 21 millones de enfermos en 2001, hasta 113 millones en 2050, de los cuales 2/3 partes vivirán en países en desarrollo (Brodaty y cols., 2011).

Si tenemos en cuenta que la duración media de la enfermedad es de 5 a 10 años, cifra que probablemente aumente en los próximos años gracias a la aparición de nuevos fármacos y a la mejora de los cuidados de los pacientes, podemos hacernos una idea de la enorme carga social, económica y sanitaria que supondrá esta patología. La OMS ya ha avisado de las posibles consecuencias de este hecho e incita a los gobiernos a tomar medidas que reduzcan el impacto socio-sanitario de esta patología tan devastadora (Antón Jiménez, 2010).

1.3.7.2. Impacto social y económico de la demencia. Repercusión en los cuidadores.

La demencia tiene importantes repercusiones sociales y económicas en lo que respecta a los costos médicos directos, los costos sociales directos y costos referidos a la atención prestada fuera del ámbito institucional.

Pero no sólo el impacto a nivel global es importante sino también las repercusiones a nivel familiar y de los cuidadores, la dependencia física y cognoscitiva genera una carga para el cuidador primario, ya que requiere de mayor atención, contribuyendo a su sobrecarga.

Se calcula que el paciente con enfermedad de Alzheimer precisa de unas 70 horas de cuidados a la semana, donde se incluyen la atención de sus necesidades básicas, el control de la medicación, los cuidados sanitarios, y el manejo de síntomas y eventuales situaciones de conflicto (George y Gwyther, 1986). En la mayoría de los casos, sobre el 80%, los responsables del cuidado del paciente son los familiares (Coduras y cols., 2010). Normalmente, es uno de sus miembros sobre el que recae el mayor peso de esta atención, a esta figura es al que se denomina cuidador principal (Georges y cols., 2008). A medida que la enfermedad va progresando la funcionalidad del

paciente se va deteriorando incrementando la presión sobre el cuidador con la aparición de sobrecarga en el mismo. El cuidado de la demencia produce además un mayor nivel de estrés que el de otras enfermedades crónicas generadoras de discapacidad, estando presente en más de un 75% de los cuidadores (Mahoney y cols., 2005).

Debido a esta situación de sobrecarga, los cuidadores muestran un incremento considerable de la frecuencia de enfermedades psicológicas y físicas en comparación con controles de su edad, además suelen tener mayores niveles de ansiedad y depresión (Dunkin y Anderson, 1998; Waite y cols., 2004), síntomas somáticos, sensación de aislamiento social (Beach y cols., 2000), peores niveles de salud auto-percibida, y precisan de atención psicológica y consumo de fármacos psicotrópicos en mayor medida que la población general, además de disponer de menos tiempo para llevar a cabo sus propias actividades cotidianas (Mahoney y cols., 2005). Es importante reseñar que la mayoría de los cuidadores considera insuficiente la información que reciben sobre la enfermedad por parte de los médicos, así como los recursos proporcionados por las instituciones (Georges y cols., 2008). Por todo ello, se deduce que es muy importante mejorar la asistencia al paciente con demencia, tratando sus alteraciones de conducta, para mejorar la calidad de vida del paciente y del cuidador. No menos importante es la actuación sobre el cuidador previniendo y tratando el aislamiento social y mejorando la información sobre la enfermedad e instruyendo sobre el manejo del enfermo.

1.3.7.3. Maltrato en el anciano con demencia

Según el informe de la OMS sobre la carga global de la enfermedad, existe evidencia relevante sobre los efectos que tiene en la salud de los ancianos en todo el mundo, lo que contribuye a la larga dependencia a cargo de los cuidadores.

Los adultos mayores con demencia son especialmente vulnerables a los abusos. Con frecuencia se presentan en forma de agresión física, abandono, suministro exagerado de sedantes, negligencia en la alimentación, o el cuidado en general, lo que atenta contra la integridad del anciano totalmente dependiente o inmovilizado (Bazo, 2001; WHO/INPEA, 2002; Iborra, 2005).

El problema del maltrato al anciano con demencia, debido a su mayor vulnerabilidad, tiene claras implicaciones éticas para toda la sociedad y en particular para los cuidadores, los familiares y los profesionales de la salud que los atienden.

Puede señalarse que la primera obligación moral del profesional de la salud dedicado a brindar asistencia al anciano con demencia debería ser la detección y el

manejo de las situaciones de posible maltrato, tanto en sus aspectos clínicos como éticos (Gracia, 1990).

En un estudio realizado en 2010 en 61 ancianos con demencia, el porcentaje de pacientes que sufrían maltrato fue del 29,2% en mujeres y 18,8% en hombres, no se observó asociación estadísticamente significativa entre maltrato y dependencia física. En este estudio se constata la alta prevalencia de riesgo de maltrato asociado a la sobrecarga del cuidador y al no respeto de las preferencias del anciano con demencia (Zúñiga y cols., 2010).

En el año 2014 se publicó un estudio en el que se realizó una revisión de la literatura para examinar las relaciones entre el maltrato de ancianos y la demencia. Se encontró que el abuso psicológico era la forma más común de abuso entre los adultos mayores (prevalencia desde 27,9% a 62,3%). El abuso físico se estima que afecta entre 3,5% a 23,1% de los adultos mayores con demencia. También se encontró que muchos adultos mayores experimentan múltiples formas de abuso de forma simultánea, y el riesgo de mortalidad por abuso y autonegligencia pueden ser mayores en los adultos mayores con mayores niveles de deterioro cognitivo (XinQi Dong y cols., 2014).

Con frecuencia a las personas que padecen demencia se les deniegan libertades y derechos básicos de los que las demás personas disfrutan sin problema. En muchos países, el uso de medios de inmovilización tanto físicos como químicos es frecuente en los centros de atención para personas mayores o en los servicios de cuidados intensivos, aunque haya en vigor normativas que defienden el derecho de las personas a ver preservada su libertad y tomar sus propias decisiones.

Hace falta un marco legislativo apropiado y favorable basado en normas de derechos humanos internacionalmente aceptadas para garantizar la máxima calidad en la prestación de servicios a las personas con demencia y sus cuidadores.

La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. El informe de la OMS titulado *Dementia: a public health priority* (demencia: una prioridad de salud pública) publicado en 2012, tiene por objeto proporcionar información y fomentar una mayor concienciación sobre la demencia. Entre sus metas más concretas está la de velar por que se intensifiquen los esfuerzos públicos y privados en pro de la mejora de la atención y el apoyo prestados a las personas con demencia y sus cuidadores.

La OMS ha organizado la Primera Conferencia Ministerial sobre la Acción Mundial contra la Demencia en marzo de 2015, con el apoyo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y el Departamento de Salud del Reino Unido. Los

principales objetivos de la conferencia son concienciar acerca del desafío para la salud pública que plantea la demencia, posibilitar una mejor comprensión de la función y la responsabilidad primordiales que desempeñan los gobiernos en la respuesta al desafío de la demencia, y hacer hincapié en la necesidad de una acción coordinada a nivel mundial y nacional.

1.3.8. Consecuencias del maltrato

En general, y paradójicamente, los autores de conductas violentas contra los mayores son los que tienen encomendados sus cuidados. Al igual que es importante conocer los factores de riesgo que pueden asociarse al maltrato de manera que sea posible detectar personas en riesgo, también es fundamental conocer las posibles consecuencias que pueden aparecer como resultado del maltrato.

El maltrato normalmente no se resuelve de forma espontánea. Las situaciones de maltrato suelen ser repetitivas y tienden a continuar a menos que se produzca un cambio importante en el entorno, a través de algún tipo de intervención. Investigaciones en los últimos años han mostrado que el maltrato hacia las personas mayores puede tener un impacto perjudicial sobre ellas, tanto en términos de problemas de salud física como psicológica, a corto y a largo plazo. Los estudios han mostrado que las víctimas sufren con frecuencia signos físicos como hematomas, cortes, lesiones, úlceras por presión, malnutrición y mortalidad (Yan y Tang, 2004; Bomba, 2006; Baker, 2007; Sasaki y cols., 2007). Si bien, el impacto físico del maltrato es claramente dañino, su impacto psicológico no es menos perjudicial. En este sentido, se ha encontrado que las personas mayores maltratadas es más probable que estén deprimidas y se perciban a sí mismas con una mala salud física y emocional (Yan y Tang, 2004). Otras de las consecuencias psicológicas informadas por la persona mayor con frecuencia incluyen aislamiento, miedo, ansiedad, tristeza, pena, sentimientos de inseguridad, de culpa y vergüenza, impotencia, negación, indefensión aprendida, apatía, malestar psicológico, ira, desilusión, falta de valor, delirios, miedo a que el maltrato vuelva a ocurrir, síndrome de estrés post-traumático, etc. (Yan y Tang, 2004; Oh y cols., 2006; Baker, 2007; Cohen y cols., 2007). También es posible la presencia de consecuencias sociales como el aislamiento (Yan y Tang, 2004).

Algunos investigadores han diferenciado las consecuencias en función del tipo de maltrato que sufra la persona mayor. Por ejemplo, Comijs y cols. (1998) señalan que algunas de las personas mayores que experimentan maltrato físico y psicológico reaccionan también agresivamente, mientras que las que experimentan únicamente

maltrato físico tienden a mostrar miedo. El maltrato psicológico, por su parte, puede producir en la persona mayor maltratada estrés emocional, mientras que la negligencia, en general, podría causar desorientación, deterioro de la memoria, agitación, letargia y auto negligencia. Así, una persona mayor que sufra negligencia psicológica podría mostrar resignación, miedo, depresión, confusión mental, ira, ambivalencia, ansiedad, baja autoestima, ideaciones suicidas, trastornos del sueño y estrés (Adelman y cols., 1998; Strasser y Fulmer, 2007).

1.3.9. Prevención del maltrato

La prevención del maltrato de personas mayores parte de la base de que se conocen las causas del problema y que se reconoce que es un problema especialmente invisible y que ocurre en un entorno social que indirectamente crea un clima de apoyo para esta situación.

Como ocurre cuando evaluamos cualquier otra entidad nosológica para poder establecer unas estrategias de prevención de la violencia contra los ancianos debemos considerar distintos niveles de actuación.

1.3.9.1. Prevención primaria

La prevención primaria de cualquier tipo de patología se dirige a un amplio grupo poblacional. En este caso, a la sociedad en general. *Es 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* (Barba Martínez y cols., 2005).

La complejidad de las causas hace difícil las intervenciones en prevención primaria. Se trataría de incidir sobre las causas sociales y culturales del problema, que es una tarea educativa a nivel de la familia, la escuela, los medios de comunicación y de la sociedad, fomentando el reconocimiento y el respeto a las personas mayores y discapacitadas. Ante la incorporación de la mujer al trabajo, se ha generado un problema en muchas familias para el cuidado de ancianos, niños y enfermos.

Otras actividades de prevención primaria que podemos destacar son las siguientes:

El **desarrollo de programas** de ayuda social a los ancianos y a las familias por parte de las instituciones públicas y una mayor dedicación de medios para los cuidados psicosociales de la familia.

Cambios en la **normativa laboral** facilitando la limitación de la jornada en condiciones económicas dignas cuando se está a cargo de discapacitados ancianos. La mujer que trabaja fuera del hogar, se ve sometida a situaciones de estrés cuando al trabajo habitual en la casa se añade el cuidado de ancianos o enfermos a su cargo.

Hacia los **profesionales sanitarios** y, en especial los que dedican sus cuidados a las personas mayores, habría que organizar actividades científicas para que, en forma de Congresos o Reuniones o con una actividad más práctica en forma de Talleres, para recibir información y formación sobre los factores de riesgo que favorecen la aparición de la violencia; el conocimiento de los factores de riesgo puede poner sobre aviso a los profesionales ante personas mayores cuyos síntomas hagan sospechar un posible maltrato o negligencia. Conocer las consecuencias de la violencia e identificar las lesiones y daños propios de estos mecanismos ayuda a luchar contra estas situaciones, así como enseñar a detectar los factores de riesgo del cuidador y las situaciones de mayor vulnerabilidad para que se produzca el maltrato. También es importante dar a conocer los recursos sociales y sanitarios con los que se cuenta en cada Comunidad Autónoma para combatir o paliar estas situaciones y así poder ayudar a las víctimas. Es necesario también formar sobre las actuaciones a seguir en la vía judicial, para que intervenga el Ministerio Fiscal como protector de las personas desamparadas o en riesgo.

Otra forma de prevención sería brindar apoyo a los cuidadores e identificar y actuar ante situaciones de estrés y sobrecarga física y emocional, que pueden influir en la aparición de conductas violentas, mediante el desarrollo de programas de atención al cuidador (Fernández Alonso, 2006).

En Atención Primaria se dan las circunstancias más adecuadas para que la labor de información y prevención se lleve a cabo. De hecho, el estudio más completo que se ha llevado a cabo en España sobre el grado de sospecha de maltrato, sus distintos tipos y factores de riesgo asociados, se ha desarrollado en este medio asistencial (Pérez-Cárceles y cols., 2009). La sospecha fue del 44,6%, siendo el tipo más frecuente la falta de cuidados, seguido de maltrato psicológico, negligencia física, maltrato económico, negligencia emocional, maltrato físico y abuso sexual. Es de destacar que los factores de riesgo que se asociaron con malos tratos en este estudio fueron: ser mujer, vivir solo o con hijos, ingresos por debajo de 600 euros al mes, discutir frecuentemente con familiares, deterioro funcional para las actividades básicas de la vida diaria y escasa higiene oral o corporal.

También es importante resaltar que es desde la educación social y desde la concienciación a la población en general y a los profesionales en particular, desde donde

se pueden prevenir actitudes negativas hacia las personas mayores y hacer frente a la discriminación por razones de edad, es decir, a las conductas edadistas, tan frecuentes y arraigadas en nuestro medio. Los profesionales tienen que ser los primeros en evitar este tipo de actitudes y, sin embargo, algunos estudios demuestran que en los ensayos clínicos se produce este tipo de discriminación por razón de edad, de forma absolutamente injustificada y en proporciones muy altas (Cruz-Jentoft y cols., 2013; Cruz-Jentoft y Gutierrez, 2010).

1.3.9.2. 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 (Barba Martínez y cols., 2005).

El objetivo es reducir la prevalencia de malos tratos a ancianos. El núcleo fundamental de estas actividades lo forman las pruebas de cribado. Entre estas actividades se incluyen: elaboración de protocolos de detección de maltrato, identificación y detección de factores de riesgo, apoyo a las personas cuidadoras, dar formación continuada a los profesionales sanitarios sobre ancianos y cuidadores, etc. (Barba Martínez y cols., 2005).

El maltrato raras veces se resuelve de forma espontánea; más bien tiende a escalar en una espiral de violencia, que cada vez va a más; los eventos se tienden a repetir (Block y Sinnott, 1979; O'Malley y cols., 1979) y continuarán hasta que se produzcan cambios en el entorno. Esos cambios pueden no ocurrir debido a que entre un 25% y un 75% de los casos las víctimas o sus familias rechazan la ayuda (Block y Sinnott, 1979; Boydston y McNairn, 1981; Wolf y cols., 1982; Lau y Kosberg, 1979).

Para desarrollar esta fase de intervención, es necesario conocer bien los factores de riesgo y hacer una valoración geriátrica exhaustiva, que en este caso comienza por los indicadores de malos tratos.

1.3.9.2.1. Signos de alarma

La recomendación más aceptada para la detección de malos tratos es que el médico conozca los indicadores sospechosos y las presentaciones clínicas características sugerentes de abusos y negligencia para poder identificarlos. Para ello hay que estar atentos a los signos de alarma que alertan de un posible maltrato. Dichos

signos, quedan reflejados en la Tabla 2.

Tabla 2. Signos de alarma.

INDICADORES DETECTADOS DURANTE LA VISITA
Historia clínica inconsistente o vaga o extraña
Conflicto de las historias entre cuidador y víctima
Negación de la lesión por parte de la víctima
Dilatación entre el tiempo de consulta y la lesión
Historia de ser propenso a tener accidentes
Miedo de la víctima al cuidador
Cambios de médico frecuentes
Cuidador con estrés o baja tolerancia hacia la víctima
INDICADORES DETECTADOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA
Heridas y contusiones en la cara o zonas cubiertas del cuerpo
Abrasiones o laceraciones en distintos estadios
Quemaduras, arañazos y mordeduras
Fracturas, luxaciones o esguinces recurrentes
Deshidratación y desnutrición
Úlceras de decúbito en mal estado
Mala higiene corporal y bucal
Intoxicaciones o incumplimientos de medicación
Agitación, miedo, depresión, angustia, infantilismo
Hematomas y zonas de alopecia por arrancamiento
Lesiones en el aparato genital
INDICADORES ECONÓMICOS
Pérdida de la noción de lo que gana y cómo lo administra o de las propiedades que tiene y su valor, con excesiva preocupación por tener más conocimiento de todo esto
Falta de efectos personales, objetos de valor del domicilio, joyas
Movimientos de dinero en sus cuentas que no haya podido realizar
Cambios en el testamento favoreciendo a personas con afectos establecidos recientemente

Tenemos que recordar que, como dijo Claude Bernard y ocurre tantas veces en Medicina, quien no sabe lo que busca no entiende lo que encuentra, y precisamente el maltrato no es problema que se haga evidente de forma directa y sencilla, sino que se encuentra oculto y, con frecuencia, el propio interesado es el primero que trata de mantenerlo escondido, ya sea por vergüenza, por miedo, o en el caso de muchos mayores, por incapacidad para comprender lo que ocurre, interpretarlo y denunciarlo. Por tanto, la exploración física debe ser exhaustiva y dirigida (Marshall y cols., 2000).

Una forma sistematizada de recoger todos los indicadores de maltrato la ofrece el modelo de Virginia Henderson que enumera las Necesidades Básicas que tiene cualquier persona mayor. La no cobertura de dichas necesidades por parte del cuidador sugeriría conducta negligente o daño intencionado. Estas necesidades son: respirar normalmente, comer y beber, eliminación, moverse y mantener la posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, mantener la higiene y proteger la piel, evitar peligros, comunicarse, vivir según valores y creencias, ocuparse de la propia realización, participar en actividades recreativas, aprender (Bover Bover y cols., 2003).

1.3.9.2.2. Instrumentos de cribado

Disponer de instrumentos validados de cribado ante cualquier problema de salud es un paso de extraordinaria relevancia para abordar situaciones complejas como es el maltrato, sobre todo cuando, por diversas circunstancias, se suele mantener oculto. Por desgracia, hasta ahora disponemos de pocos instrumentos validados (Fulmer y cols., 2004):

- **H.A.L.F.** (Ferguson y Beck, 1983). Acrónimo de *Health, Attitudes towards ageing, Living arrangements y Finances*. Es un instrumento que evalúa el maltrato como un problema de la dinámica familiar. Usa una escala con 37 ítems para la valoración de cada una de estas áreas, indicando la frecuencia con que determinados sucesos tienen lugar. Requiere entrevista y periodo de observación, junto a una historia social, por lo que lleva mucho tiempo.

- **Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test** (HSEAST) (Neale y cols., 1991). Es un instrumento con 15 preguntas directas al mayor, elegidas entre más de 1000. Sólo mide tres aspectos del maltrato a mayores: potenciales situaciones de maltrato, vulnerabilidad y, por último, violación de derechos o maltrato físico. Es fácil y rápido de administrar (se puede autoadministrar), pero no discrimina tipos de maltrato. No se conocen completamente su efectividad y sus limitaciones, porque no está comprobada su validez y fiabilidad y porque tiene una elevada tasa de falsos positivos.

- Los tres instrumentos validados por Reis y Nahmiash:

1. **Brief Abuse Screen for the Elderly** (BASE) (Reis y cols., 1995). Son cinco preguntas breves. Se pregunta directamente si se sospecha maltrato y de qué tipo. La persona que lo administra debe estar entrenada, pero no se especifica cómo, o qué certifica su entrenamiento. Las preguntas se dirigen a la posible víctima y también al cuidador.

2. **The Caregiver Abuse Screen** (CASE) (Reis y Nahmiash, 1995). Son ocho preguntas de respuesta cerrada (sí o no), que se dirigen al cuidador.
 3. **Indicators of Abuse Screen** (IOA). Este instrumento fue diseñado en 1998 (Reis y Nahmiash, 1998). Se validó por sus autores a través de una muestra de pacientes a los que se había administrado el BASE, de modo que los dos grupos contaran con individuos clasificados como “sospecha de maltrato” y “no sospecha de maltrato”. El cuestionario contenía 29 variables, de las que 27 fueron validadas como indicadores de maltrato, ya que discriminaban correctamente en el 78-84%. De ellas, 15 hacían referencia al mayor y 12 al cuidador, basándose fundamentalmente en los cuidados recibidos y su calidad.
- **Elder Assessment Instrument** (EAI) (Fulmer y Wetle 1986), que incluye una valoración general, y una física, social y médica y del nivel de independencia. Se trata de una lista de 42 preguntas dirigidas al mayor. Cada sección se acompaña de una escala de valoración y de un área para comentarios adicionales. Aunque recoge los datos en formato cuantitativo, la valoración global se deriva de la interpretación clínica de los hallazgos en las secciones previas.
 - **Elder Abuse Suspicion Index** (EASI). Son 5 preguntas directas al mayor.

En 2004 se desarrolló un proyecto cuya intención era validar un instrumento para la detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores a nivel internacional, “Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo la negligencia: Capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial” (Yaffe y cols., 2008).

España participó en este proyecto, publicándose posteriormente la adaptación lingüística y cultural de dicho instrumento (Pérez-Rojo y cols., 2008). El *Elder Abuse Suspicion Index* (EASI) o Índice de Sospecha de Maltrato hacia los Mayores consiste en un número limitado de preguntas breves, dirigidas a personas mayores en cualquier nivel asistencial, que no padezcan deterioro cognitivo. El objetivo es detectar sospecha de maltrato, no detectar casos, y lo que se logra al difundir este cuestionario es familiarizar al profesional con aquellas preguntas dirigidas a ir abordando el problema.

Para validar el EASI, se comparó después con el FETS (Formulario de Evaluación de Trabajo Social), una entrevista estandarizada para evaluar a mayores en riesgo de maltrato y que desde su origen aplican los profesionales del Área Social. Los resultados encontraron un índice de sensibilidad de 0,47 y una especificidad de 0,75 (Pérez-Rojo y cols., 2010).

En una publicación de Wolf se expone una valoración de instrumentos de cribado

para la detección del riesgo de abuso mediante identificación de factores de riesgo y se valoran los instrumentos para la detección. Analizan 90 artículos en lengua inglesa que analizan factores de riesgo de abuso en ancianos, de los que 18 utilizan herramientas de cribado. Tras analizarse distintos instrumentos de cribado, todavía se considera que no se dispone de uno capaz de cuantificar y estandarizar la valoración del riesgo y que debe seguir la investigación en este campo (Wolf, 2000).

1.3.9.2.3. Recomendaciones de organizaciones internacionales

En 1994, la **Canadian Task Force** publicó unas Guías de Práctica Clínica para la prevención secundaria del abuso y maltrato a las personas mayores (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, 1994). El objetivo era proporcionar recomendaciones a los médicos de familia para la detección, evaluación y manejo del abuso o maltrato a los pacientes de 65 ó más años. Se realizó una revisión sistemática, a través de una búsqueda de MEDLINE, de los artículos publicados entre enero de 1980 y febrero de 1994. Las conclusiones fueron similares a las ya expuestas en relación con otros artículos y revisiones; existe pobre evidencia para incluir la búsqueda de casos de malos tratos en ancianos o para excluirla del examen periódico de salud. Sin embargo, se considera prudente que los médicos estén alerta a los indicadores y, si el maltrato es descubierto, tomar las medidas oportunas para prevenir que continúe. Las recomendaciones de la **American Medical Association** consideran apropiado interrogar rutinariamente a los ancianos con preguntas directas (American Medical Association, 1994). El cuestionario propuesto consta de varias preguntas. Una respuesta positiva a cualquiera de ellas basta para sospechar maltrato; este cuestionario no ha sido validado en España y tiene la desventaja de no ser aplicable en enfermos con cierto grado de deterioro cognitivo.

1.3.9.2.4. Pautas de actuación

Si se llega al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato, es preciso hacer una valoración inicial de la situación de riesgo, investigar si es una situación aguda o crónica; valorar el riesgo potencial de las lesiones, si hay riesgo inmediato (físico, psíquico o social) y establecer un plan de actuación integral, que contemple la situación física, psicológica y social del anciano, abordando cada uno de los aspectos.

Se contactará con el trabajador social y con servicios especializados si fuera preciso, y en algunos casos puede ser necesaria la hospitalización del anciano. Tras la exploración y valoración, hacer un parte de lesiones si procede y remitir al juez. El médico

debe informar al anciano de la situación y de la posible evolución del problema, así como de las posibilidades de actuación y los recursos; también debe darle la información necesaria por si desea formular la denuncia.

Existen puntos legales de interés para los profesionales sanitarios en los que se exige la implicación del profesional ante estos delitos. Así, no sólo existe una obligación moral, humana y profesional de ayudar a las víctimas, sino que existe una imposición legal y una obligación de enviar un parte de lesiones al juzgado de guardia cada vez que nos encontremos con un anciano maltratado.

Con frecuencia nos vamos a encontrar con el rechazo del anciano víctima de maltrato a formular la denuncia, ya que casi siempre el agresor es un miembro de la propia familia. Esta situación plantea con frecuencia un conflicto ético para el profesional con el paciente y con la familia. Una vez valorado el riesgo inmediato para el anciano, las causas, la voluntad del paciente y las posibilidades de intervención, el profesional deberá tomar la decisión. En los casos de riesgo inmediato para la vida siempre habrá que remitir al hospital. Si la causa puede ser la sobrecarga del cuidador o un trastorno psicopatológico abordable (depresión, ansiedad, etc), se pueden valorar las posibilidades de intervención con un seguimiento estrecho por parte de los profesionales sanitarios y el trabajador social, poniendo en marcha las medidas de apoyo sociales y médicas que fueran precisas. En todo caso, la prudencia, el conocimiento del contexto y tener en cuenta la voluntad del paciente (cuando conserva sus facultades) son factores importantes en la toma de decisiones (Costa, 1993, Lachs y Pillemer, 1993; Lachs y Pillemer, 1995; Barker y Mersy, 1996; Marshall y cols., 2000; Kruger y Moon, 2000).

Entre las acciones preventivas que deberían establecer las administraciones cuando se dan indicadores de maltrato cabe citar: una mayor asignación de recursos para los cuidados de personas en situación de dependencia y cambios en la normativa laboral que faciliten la reducción de jornada con remuneración adecuada cuando se cuida de ancianos dependientes. Como se ha comentado, la falta de medios económicos y de tiempo para los cuidados prolonga necesariamente una situación de violencia.

1.3.9.3. Prevención terciaria

Incluye las actividades dirigidas al tratamiento y la rehabilitación de los ancianos que han sufrido maltrato, evitando su progresión, la aparición o el agravamiento de complicaciones, e intentando mejorar la calidad de vida de los ancianos (Barba Martínez y cols., 2005).

Entre las actividades de prevención terciaria destacamos:

1. Estrategias e intervenciones de ayuda al anciano maltratado

1.1. Orientadas al anciano:

- Evitar el aislamiento social mediante Servicios de atención a domicilio, centros de día, y tutela por parte de Servicios Sociales.
- Organizar la atención clínica del paciente facilitando medios y simplificando la medicación.
- Evaluar la adecuación de la vivienda a las limitaciones del anciano.
- Valorar la necesidad de institucionalizar al anciano si la familia no puede garantizar su atención.

1.2. Orientadas al maltratador:

Realizaremos la intervención en los casos de cuidadores que presenten factores de riesgo para ser agresor.

- Reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como: Compartir el cuidado con otros miembros de la familia o facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar más capacitado, contactar con grupos de apoyo, garantizar periodos de descanso al cuidador, y dar apoyo técnico y emocional al cuidador.
- Si el cuidador padece un problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas, debe realizarse entrevista intentado conocer el estado emocional de la persona y facilitar apoyo y tratamiento de problemas psiquiátricos o toxicomanías si las hubiere.
- Valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados.

2. Establecer una coordinación formal con los profesionales del AP o servicio hospitalario, así como con otras instituciones (Juzgado, Servicios Sociales,...) para prestar una atención integral a la víctima de los malos tratos (Barba Martínez y cols., 2005).

3. Formación continuada a los profesionales sanitarios sobre valoración integral geriátrica, valoración de riesgo, gravedad y urgencia de casos de ancianos maltratados, conocimiento de los recursos sociales y de la importancia y complejidad de saber derivar a otros servicios (Barba Martínez y cols., 2005).

1.3.10. Barreras para la detección

1.3.10.1. Dificultades generales en la detección de maltrato

La detección y la intervención efectiva con personas mayores que han sido maltratadas y/o sufrido negligencia es problemática debido a que el maltrato continúa siendo un problema oculto, que ocurre con mayor frecuencia dentro de la privacidad del ámbito doméstico y, en la mayoría de los casos, ocasionado por familiares. Además, tanto la persona mayor maltratada como el responsable del maltrato se pueden sentir avergonzados de los comportamientos abusivos y ésta, es una de las razones por las que ocultan los incidentes. Las víctimas con frecuencia no quieren informar del maltrato y se resisten a que se persiga a la persona que les maltrata por temor a perder su único apoyo social, especialmente si la persona que les maltrata es un familiar, a ser forzado a ingresar en una institución o a ser objeto de futuras venganzas por parte de la persona que los maltrata (Kosberg y García, 1995; Choi y Mayer, 2000). A pesar de esto, la detección de los malos tratos a personas mayores es una necesidad y, además, una responsabilidad profesional.

Por un lado, la presencia de barreras que dificultan la detección, presentes en todos los posibles actores sociales, como el deterioro cognitivo de la posible víctima y su enfermedad y el resultado de su falta de cooperación, podrían interferir en la identificación y confirmación del maltrato o negligencia. Por otro lado, debido a su deterioro cognitivo, enfermedad y/o depresión, las personas mayores que son maltratadas o sufren negligencia se pueden implicar en conductas auto negligentes y amenazar sus vidas o su seguridad haciendo difícil separar el maltrato y negligencia por parte de otros del cometido por ellas mismas. Incluso las personas mayores que mantienen intactas sus facultades mentales con frecuencia no son conscientes de que pueden estar experimentando maltrato, ni de los recursos que tienen a su disposición para evitarlo (Choi y Mayer, 2000).

También la falta de concienciación y sensibilización con respecto al tema y la dificultad para diferenciar en algunos casos entre posibles signos de maltrato y consecuencias del proceso normal del envejecimiento son factores que dificultan su detección.

La falta de una definición universal para abordar este problema, los diferentes puntos de vista e intereses entre profesionales o grupos sociales ante esta realidad, el entorno en el que se realiza la detección, la escasa formación de los profesionales asistenciales en este tema y la escasa cooperación multidisciplinar en el abordaje de este

fenómeno son también barreras para una detección e intervención efectiva.

Los profesionales deben ser conscientes de que seguramente se enfrentarán a ciertos obstáculos que pueden interferir la detección y que actúan como “barreras” con las que es preciso estar familiarizados para poder reconocerlas y superarlas cuando estén presentes.

Estas barreras pueden provenir de las mismas personas mayores que son víctimas, de los responsables de los malos tratos, de los propios profesionales o de la sociedad en general.

1.3.10.2. Barreras presentes en la persona mayor

Entre las posibles barreras relativas a la víctima de maltrato se puede destacar la negación, al no admitir lo que está ocurriendo o al querer proteger al posible responsable del maltrato de consecuencias negativas. La dependencia de otra persona para necesidades básicas, dependencia económica o para el alojamiento, dependencia emocional y el aislamiento pueden actuar como barreras. También actuarían como barreras la presencia de determinados sentimientos como el miedo (por ejemplo, a las represalias por parte del posible responsable del maltrato, a la institucionalización, a perder el contacto con el familiar y/o a dañar la relación familiar, a perder su casa y su independencia, a ser abandonado), la culpa y la vergüenza de contar a alguien que un familiar le está maltratando.

El sistema de creencias mantenido por la persona mayor puede actuar como barrera para la detección. Por ejemplo, pensar que nadie puede ayudarle; asumir que merece ser tratado de esa forma; creer que es un problema familiar y, por tanto, se debe resolver de forma interna sin que se involucren “extraños”; pensar que no le van a creer; creer que el maltrato y/o la negligencia que está experimentando es un comportamiento normal; tener la expectativa de que aunque, lo cuente, nada va a cambiar la situación que está viviendo; que la situación acabará pronto, especialmente si el responsable del maltrato ha prometido que no va a volver a ocurrir o pensar que no puede confiar en nadie. Son barreras para reconocer y hacer manifiesta la situación de maltrato.

También actúan como barreras la presencia de deterioro del estado de salud o cognitivo en la persona mayor, el desconocimiento acerca de la situación y de los servicios que tiene a su disposición y de sus derechos y de la gravedad de la situación.

1.3.10.3. Barreras relativas a los responsables del maltrato

Son varias las formas en las los responsables del maltrato pueden obstaculizar el reconocimiento de la situación. Entre ellas, al igual que en el caso de la persona mayor, es frecuente la negación del maltrato por miedo a posibles consecuencias negativas. Es también habitual en casos de maltrato que, una vez confirmado, el responsable muestre resistencia a la puesta en marcha de intervenciones. Asimismo, puede producirse la oposición por parte del responsable a que un profesional evalúe a la posible víctima en privado. Además, generalmente el responsable aísla a la víctima para evitar que alguien pueda descubrir lo que está ocurriendo.

1.3.10.4. Barreras relativas a familiares, amigos y vecinos

Una barrera habitual es el desconocimiento de la situación de maltrato, que impide, obviamente, su detección. Además, puede ocurrir que la persona que observa una posible situación de maltrato no sepa con quién hablar o dónde dirigirse para informar de ello. También podría darse el caso de que no desee ser involucrado o que la propia víctima haya pedido que no informe a nadie.

1.3.10.5. Barreras socioculturales

La principal barrera sociocultural que puede dificultar la detección del maltrato y/o la negligencia hacia personas mayores es el edadismo. Debido a estas actitudes negativas hacia las personas mayores, sus derechos se consideran menos importantes que los de otros miembros de la sociedad “más productivos”, a la vez que se las percibe como personas con menos valor. De esta forma, se tiende a infravalorar el impacto de las situaciones de maltrato a personas mayores. Relacionado con ello, la falta de concienciación y de sensibilización sobre el maltrato hacia las personas mayores actúa también como una barrera que impide su detección.

Cabe señalar, que una misma situación puede ser percibida de formas distintas, por ejemplo, que alguien grite a una persona mayor, puede ser considerado bien como una forma de maltrato o como una forma de interacción habitual entre ellos.

1.3.10.6. Barreras por parte de los profesionales

El desconocimiento general sobre el maltrato, en aspectos tales como las tasas de prevalencia, las señales de alerta, los aspectos legales, etc., la carencia de experiencia con este grupo de población y el desconocimiento concreto de las pautas de actuación,

así como la ausencia de protocolos para la evaluación, detección y confirmación de casos de maltrato, constituyen una importante barrera para la detección.

También algunos sentimientos de los profesionales pueden actuar como obstáculos para la detección. Por ejemplo, el temor a que la persona mayor pueda perder la confianza en ellos desde el momento en que lo cuenten o a que cualquier acción que lleven a cabo sea difícil de manejar (Oh y cols., 2006). De igual manera, el miedo a que hacer visible la situación provoque mayor daño en la persona mayor, por ejemplo, debido a que el responsable tome represalias contra ella, o incluso a que, a pesar de que los profesionales informen de la situación, la persona mayor y/o el responsable del maltrato puedan negarlo. Los profesionales pueden no querer involucrarse en la situación para evitar interferir, por un lado, en las relaciones familiares entre la persona mayor y el responsable del maltrato y, por otro lado, en su relación profesional tanto con la persona mayor como con el posible responsable del maltrato.

Cuestiones relativas a la falta de tiempo y de privacidad con la persona mayor durante las visitas al médico, pueden provocar que los signos o síntomas del maltrato y/o la negligencia puedan ser difíciles de detectar, ya que muchos de ellos, en ocasiones, son erróneamente atribuidos a cambios asociados al envejecimiento o a enfermedad física y/o mental.

Finalmente, determinadas creencias pueden dificultar la detección. Así, la creencia en la naturaleza inviolable de la unidad familiar y las dificultades para la obtención de datos sobre cuestiones tan delicadas y el nihilismo terapéutico serían algunas de las creencias que podrían obstaculizar la detección.

A pesar de las dificultades que existen para llegar a identificar los casos de maltrato hacia las personas mayores, la detección del mismo es decisiva para poder llevar a cabo o proponer algún tipo de intervención. Los profesionales de atención directa a personas mayores, principalmente los profesionales de la salud, resultan ser claves en esta detección. Los profesionales sanitarios se encuentran en una posición única desde la que identificar e intervenir en estas situaciones. La tarea de detección del maltrato por parte de Atención Primaria puede ser facilitada si se dispone de un instrumento adecuado con el que los profesionales puedan evaluar rápidamente la existencia de sospecha de maltrato.

Muchos aspectos del maltrato a personas mayores podrían ser objeto de detección sanitaria tradicional porque, considerado como problema de salud, es prevalente, causa morbilidad y mortalidad, y parece que, con frecuencia, es ocultado durante la consulta. Pero comparado con otras enfermedades y situaciones, su detección

es más problemática, ya que es probable, como hemos comentado anteriormente, que algunas personas mayores no deseen ser vistas como víctimas de maltrato. Además, los “verdaderos positivos” no se definen bien mediante pruebas diagnósticas o criterios establecidos, como sucede en otras situaciones o enfermedades.

1.3.10.7. Barreras estructurales

Por último debe hacerse mención a las denominadas barreras estructurales que dificultan la detección del maltrato y/o la negligencia hacia las personas mayores y que consisten básicamente en la falta de recursos personales, económicos y de servicios y, a la falta de concienciación y sensibilización por parte de la sociedad y las instituciones, etc.

1.4. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA Y EL ANCIANO

La sociedad actual empieza a mostrar una cierta sensibilidad hacia los malos tratos recibidos por menores y por mujeres, aunque desgraciadamente las actuaciones aún son pocas, frente al aumento de las agresiones, y tampoco se vislumbra a corto plazo como frenar la oleada de malos tratos que reciben determinados sectores sociales más desprotegidos, y en ocasiones marginados. Más novedoso y desconocido es el tema de malos tratos a ancianos, es interesante conocer cómo responde la justicia ante este tipo de malos tratos.

Al margen de las consideraciones sanitarias y sociales que se puedan hacer sobre el tema de los malos tratos en general, o de los malos tratos a personas mayores, no podemos obviar el aspecto jurídico sobre el particular. El principal y primer maltrato es aquel que no respeta los derechos fundamentales de la persona mayor. El reconocimiento de derechos humanos, el reconocimiento y protección de la dignidad humana están ampliamente recogidos en la legislación tanto universal como nacional.

1.4.1. Derecho

Las leyes administrativas concretan la edad a los efectos de jubilación, generalmente estableciéndose entre los 65 y los 70 años. Es también ésta la edad en la que se inician otros derechos reconocidos en Leyes Específicas de Protección y Atención a las Personas Mayores y Planes Gerontológicos.

La Constitución Española dice en el artículo 50: Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la

suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

La ley de la dependencia, aprobada el 5 de octubre de 2006, busca garantizar la atención a personas con discapacidad, entre ellas las personas de edad avanzada que lo requieran y así, en su artículo 4 encontramos los derechos que hay que garantizar desde los poderes públicos:

1. Acceder en situación de igualdad a prestaciones y servicios.

2. Las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:

- A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.
- A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.
- A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización, expresa y por escrito, de la persona en situación de dependencia o quien la represente.
- A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.
- A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.
- A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.
- Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.
- Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.
- A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo. En el caso de los menores o personas incapacitadas judicialmente, estarán legitimadas para actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o

quienes ostenten la representación legal.

- A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley.
- A no sufrir discriminación por razón de orientación o identidad sexual.

De esto se desprende un interés por regular la protección a los mayores en nuestro medio pero, quizás, lejos aún de lo que podemos considerar adecuado, sobre todo considerando el desarrollo que se ha dado a la legislación sobre maltrato de pareja contra la mujer y, fundamentalmente, por la sensibilización social y apoyo que en este ámbito se ha desarrollado en los últimos años, sin ir paralelamente aumentando la protección a los ancianos.

1.4.2. Derechos fundamentales

Son aquellos que todos tenemos por el mero hecho de ser persona y que quedan reconocidos en diversas declaraciones universales.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, **en su artículo 22 reconoce el derecho de toda persona a la seguridad social.**

En la **Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea** (Diario Oficial de las Comunidades Europeas del 18-12-2000) el artículo 21 dice: *Se prohíbe toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual.* En el artículo 25 se reconocen los derechos de las personas mayores.

La **Constitución española** establece en el capítulo II sobre derechos y libertades especialmente protegidos, derechos que, de ser vulnerados, constituirían delitos o faltas recogidos específicamente en la Legislación. El principal y primer maltrato es aquel que no respeta los derechos fundamentales de la persona mayor:

- Derecho a la igualdad plena ante la ley, sin que pueda existir discriminación por causa de la edad.
- Derecho a la vida y condena de las torturas, tratos inhumanos o degradantes.
- Derecho a la libertad.
- Derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen.
- Derecho a la libertad de residencia.

- Derecho a recibir información veraz.
- Derecho a la participación activa en los asuntos públicos.
- Derecho a la tutela de los jueces.
- Derecho a una muerte digna.

De manera más concreta, señalaremos algunos artículos constitucionales, que aunque no se refieran en concreto a las personas mayores han de ser tenidos en cuenta al abordar el aspecto legal de los malos tratos a personas mayores:

- **Artículo 9:** En el que se señala que *“corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”*.

- **Artículo 10:** Sobre derechos y deberes fundamentales, en el que expresamente se afirma que *la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España*.

- **Artículo 14:** Sobre derechos y libertades, en el que se afirma que *“los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social*.

- **Artículo 15:** Referido a los derechos fundamentales y de las libertades públicas, donde se afirma que *todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra*.

- **Artículo 17:** *Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley*.

- **Artículo 18:** *Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él*

sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.

- **Artículo 24:** *Todas las personas tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión. Asimismo, todos tienen derecho al Juez ordinario predeterminado por la ley, a la defensa y a la asistencia de letrado, a ser informados de la acusación formulada contra ellos, a un proceso público sin dilaciones indebidas y con todas las garantías, a utilizar los medios de prueba pertinentes para su defensa, a no declarar contra sí mismos, a no confesarse culpables y a la presunción de inocencia.*

- **Artículo 50:** *Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.*

1.4.3. Legislación

1.4.3.1. Derechos civiles

CÓDIGO CIVIL

Recoge una serie de derechos civiles, entre los que destacamos:

- Aquellos a los que se refieren los **artículos 142 a 144**, en relación con la obligación, por parte de los descendientes, de garantizar los **alimentos**, entendiéndose por tales todo aquello necesario para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica, así como la educación.

- Con respecto a la **incapacitación**, entendiéndose por tal la limitación de la capacidad de obrar, cabe destacar lo dispuesto en los **artículos 199** según el cual: *Nadie puede ser declarado incapaz, sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley* y el **artículo 200**: *Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma.*

- En relación a la **tutela** regulada en virtud de lo dispuesto en los **artículos 215-217, 220-222, 229, 234, 242-244, 251, 269 y 271** del Código Civil. Se trata de una

institución que puede afectar a los mayores, tanto como sujetos activos como pasivos, esto es, tanto en posición de tutores de un menor o un incapaz, como en situación de tutelados por haber sido incapacitados.

- En lo que se refiere a la **curatela**, se trata de una institución cuya finalidad principal es la de prestar asistencia al incapaz para la realización de determinados actos jurídicos, y que queda regulada en el Título X, Capítulo III, Sección primera del código civil. En el caso de ancianos sometidos al régimen de curatela, la cuestión es que se trate de mayores a los que se les ha declarado pródigos por considerar que son incapaces de gestionar su patrimonio o que la correspondiente sentencia de incapacitación considere que no son absolutamente incapaces de gobernarse por sí mismos, sino que se considera que su capacidad de obrar es limitada y que pueden realizar por sí mismos determinados actos, y otros no, los cuales se harán constar en dicha sentencia.

Ley 1/2000 de enjuiciamiento civil

El proceso de incapacitación queda regulado en los **artículos 757, 758 y 759** de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. Por su parte el Internamiento involuntario queda regulado en virtud de lo dispuesto en el artículo 763 de esta ley.

1.4.3.2. Derecho penal

CÓDIGO CIVIL

Con respecto al **maltrato**, en el artículo 853 y 855 se refiere que serán causas justas para desheredar a los hijos y descendientes, entre otras, haber negado sin motivo legítimo los alimentos al padre o ascendiente que le deshereda y haberle maltratado de obra o injuriado gravemente de palabra.

CÓDIGO PENAL

Maltrato

Artículo 147

(Artículo modificado por la entrada en vigor de la *L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo)*).

1. *El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado, como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de tres meses a tres años o multa de seis a doce meses, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera*

asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

2. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión no incluida en el apartado anterior, será castigado con la pena de multa de uno a tres meses.

3. El que golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión, será castigado con la pena de multa de uno a dos meses.

4. Los delitos previstos en los dos apartados anteriores sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o de su representante legal.

Artículo 169

El que amenazare a otro con causarle a él, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculado un mal que constituya delitos de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico, será castigado:

1.º Con la pena de prisión de uno a cinco años, si se hubiere hecho la amenaza exigiendo una cantidad o imponiendo cualquier otra condición, aunque no sea ilícita, y el culpable hubiere conseguido su propósito. De no conseguirlo, se impondrá la pena de prisión de seis meses a tres años.

Las penas señaladas en el párrafo anterior se impondrán en su mitad superior si las amenazas se hicieren por escrito, por teléfono o por cualquier medio de comunicación o de reproducción, o en nombre de entidades o grupos reales o supuestos.

2.º Con la pena de prisión de seis meses a dos años, cuando la amenaza no haya sido condicional.

Artículo 173

1. El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años (artículo modificado por la entrada en vigor de la L.O. 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 23 junio)).

2. El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección que con él

convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de tres a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica (artículo modificado por la entrada en vigor de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo)).

Auxilio

Artículo 196

El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.

Abandono

Artículo 226

1. El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se hallen necesitados, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a 12 meses (artículo modificado por la entrada en vigor de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 26 noviembre))

2. El Juez o Tribunal podrá imponer, motivadamente, al reo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de patria potestad, tutela, guarda o acogimiento familiar por tiempo de cuatro a diez años.

Artículo 229

1. El abandono de un menor de edad o una persona con discapacidad necesitada de especial protección por parte de la persona encargada de su guarda, será castigado con la pena de prisión de uno a dos años.

2. Si el abandono fuere realizado por los padres, tutores o guardadores legales, se impondrá la pena de prisión de dieciocho meses a tres años.

3. Se impondrá la pena de prisión de dos a cuatro años cuando por las circunstancias del abandono se haya puesto en concreto peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual del menor de edad o de la persona con discapacidad necesitada de especial protección, sin perjuicio de castigar el hecho como corresponda si constituyera otro delito más grave.

La referencia al término «persona con discapacidad necesitada de especial protección» ha sido introducida en sustitución de la anterior referencia al término «incapaz», tras la entrada en vigor de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo).

Artículo 230

El abandono temporal de un menor de edad o de una persona con discapacidad necesitada de especial protección será castigado, en sus respectivos casos, con las penas inferiores en grado a las previstas en el artículo anterior.

La referencia al término «persona con discapacidad necesitada de especial protección» ha sido introducida en sustitución de la anterior referencia al término «incapaz», tras la entrada en vigor de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo)

Artículo 231

1. El que, teniendo a su cargo la crianza o educación de un menor de edad o de una persona con discapacidad necesitada de especial protección, lo entregare a un tercero o a un establecimiento público sin la anuencia de quien se lo hubiere confiado, o de la autoridad, en su defecto, será castigado con la pena de multa de seis a doce meses.

2. Si con la entrega se hubiere puesto en concreto peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual del menor de edad o de la persona con discapacidad necesitada de especial protección se impondrá la pena de prisión de seis meses a dos años.

La referencia al término «persona con discapacidad necesitada de especial protección» ha sido introducida en sustitución de la anterior referencia al término «incapaz», tras la entrada en vigor de la L.O. 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la L.O. 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal («B.O.E.» 31 marzo)

Faltas

Tras la entrada en vigor de la L.O. 1/2015 no se han tipificado como faltas las conductas descritas en los artículos 618.2 y 619. Desde el 1 de Julio de 2015, la falta de desobediencia en el cumplimiento de obligaciones de convenio judicial familiar no constitutivo de delito (art. 618.2 Código Penal) solo seguirá siendo típicas si resulta subsumible en los delitos de incumplimiento de obligaciones económicas (art. 227 Código Penal) o de desobediencia (art. 556 Código Penal). Por su parte, la falta de denegación de asistencia a ancianos y discapacitados (art. 619 Código Penal) solo seguirán siendo típicas si resultan subsumibles en los delitos de omisión del deber de socorro (art. 195 Código Penal), omisión de asistencia profesional sanitaria (art. 196 Código Penal), abandono de menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección (art. 229 Código Penal) o abandono temporal de menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección (art. 230 Código Penal).

Finalmente, el artículo 617 que regulaba las penas en el supuesto de falta de lesiones o maltrato queda derogado, siendo de aplicación lo dispuesto en los artículos 147. 2 y 3, citados anteriormente.

2. Hipótesis y Objetivos

2.1. HIPOTESIS

Los profesionales por su formación y experiencia serían los miembros de la sociedad con mas capacidad para la detección y el manejo del maltrato en las personas mayores en relación con el resto de la población.

En función de esta premisa se plantean los objetivos de nuestro estudio.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción del maltrato a las personas mayores, así como, los conocimientos, posición de los profesionales ante el maltrato y las limitaciones que presentan para su identificación y denuncia. Todo esto, con el fin de evaluar la situación actual del problema en nuestro entorno y poder establecer intervenciones futuras.

2.2.2. Objetivos específicos

2.2.2.1. Conocer la percepción del maltrato al anciano que tienen profesionales sanitarios, trabajadores sociales y la población general.

Objetivos específicos:

- a) Evaluar el concepto de maltrato a las personas mayores de los profesionales sanitarios, trabajadores sociales y la población general.
- b) Analizar diferencias entre profesionales sanitarios, trabajadores sociales y la población general en la percepción de maltrato a las personas mayores.
- c) Identificar factores asociados con las acciones consideradas maltrato.

2.2.2.2. Evaluar los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales hacia el maltrato a personas mayores.

Objetivos específicos:

- a) Evaluar las actitudes hacia el maltrato y los conocimientos generales y relativos a protocolos y legislación sobre el maltrato a personas mayores de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales.

- b) Analizar diferencias entre profesionales sanitarios y trabajadores sociales en las actitudes y conocimientos sobre el maltrato a personas mayores.
- c) Identificar factores asociados con esas actitudes y conocimiento.

2.2.2.3. Identificar las barreras para informar casos de malos tratos a personas mayores que presentan los profesionales sanitarios y trabajadores sociales, con el fin de lograr una mejor comprensión de los problemas de detección y notificación.

Objetivos específico:

- a) Conocer las barreras para informar casos de malos tratos a personas mayores de los profesionales sanitarios y analizar factores asociados.
- b) Conocer las barreras para informar casos de malos tratos a personas mayores de los trabajadores sociales y analizar factores asociados.

3. Material y Método

3.1. AMBITO Y PERIODO DEL ESTUDIO

Para el presente estudio se seleccionaron las dos principales Áreas de Salud de la Región de Murcia de las 9 existentes, según población atendida, Área I y II (Figura 2).

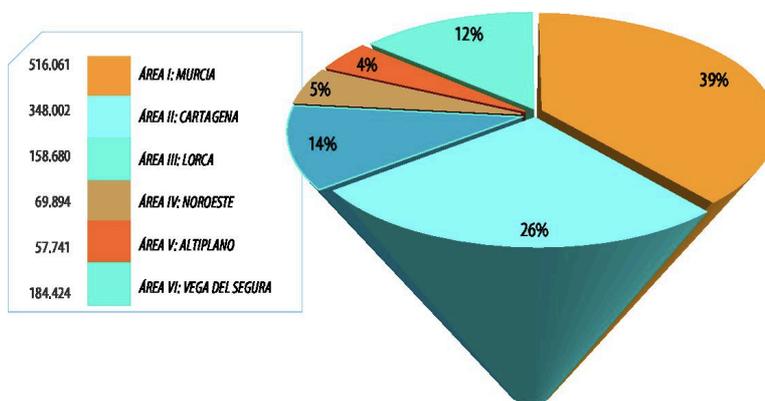


Figura 2. Población atendida por áreas de salud. Fuente: INE

A continuación se adjunta un mapa de la Región de Murcia donde se puede observar la distribución de la Región por Áreas de Salud, destacando las áreas seleccionadas para el presente estudio:

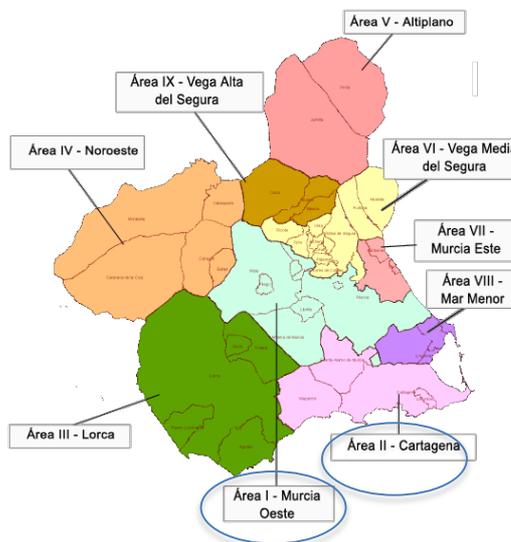


Figura 3. Mapa sanitario de La Región de Murcia: Áreas de Salud.

Área I (Murcia-oeste): cuenta con 14 Zonas Básicas de Salud adscritas (14 Centros de Salud, 5 SUAP, un servicio ESAD, 4 UME) y un hospital de referencia (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca) con 863 camas.

Área II (Cartagena): cuenta con 17 Zonas Básicas de Salud adscritas (16 Centros de Salud, 5 SUAP, un servicio ESAD, 4 UME) y un hospital de referencia (Hospital General Universitario Santa Lucía) con 667 camas.

De cada área se seleccionaron 4 Centros de Salud. Con el fin de homogeneizar la muestra, para la selección se tuvo en cuenta el número de tarjetas sanitarias de cada Centro de Salud y el ámbito rural o urbano del mismo. Se escogieron 4 de las 14 UME de la Región de Murcia, 2 en cada área (UME 1 y 14 en el Área I y UME 4 y 13 en el Área II). En cuanto a los SUAP se seleccionaron de forma aleatoria 2 de cada Área.

El marco temporal del estudio, tras la fundamentación teórica y metodológica, fue de seis meses. La recogida de datos tuvo lugar de Septiembre 2012 a Marzo 2013.

3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Tras revisar la literatura científica, decidimos diseñar un **estudio observacional descriptivo y prospectivo**. Este tipo de estudio son de carácter estadístico y demográficos, en los que no hay intervención por parte del investigador, y éste se limita a medir las variables que define en el estudio.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.3.1. Población de estudio.

De las dos Áreas de Salud seleccionadas, la población accesible o de estudio estuvo formada por los **profesionales sanitarios, trabajadores sociales y población general** que cumplían los criterios de inclusión necesarios para participar en nuestro estudio.

Se incluyeron profesionales sanitarios (médicos y enfermeros/as) que trabajaban en los dos hospital de referencia y en los Centros de Salud, SUAP, UME y ESAD seleccionados. Los trabajadores sociales eran profesionales de los servicios sociales de esas dos áreas. La población general estaba formada por sujetos mayores de 18 años que solicitaban visita médica en los Centros de Salud seleccionados en el periodo de tiempo del estudio y que, cumpliendo los criterios de inclusión, aceptaron participar.

3.3.1.1. Criterios de inclusión

- Mayores de 18 años.
- Sin trastornos cognitivos conocidos.
- Que no presenten enfermedades o alteraciones sensoriales que imposibilitarían la realización de la encuesta.
- Personas que aceptan participar en el estudio.

3.3.1.2. Criterios de exclusión

- Menores de 18 años.
- Trastornos cognitivos conocidos.
- Los que presentaban enfermedades o alteraciones sensoriales que imposibilitarían la realización de la encuesta.

3.3.2. Tipo de muestreo

Se utilizó un muestreo aleatorio simple.

3.3.3. Definición de la muestra

Universo

El universo teórico de este estudio está constituido por tres grupos:

- 1) Población general
- 2) Profesionales sanitarios: médicos y enfermeros/as.
- 3) Trabajadores sociales.

Muestra

Como muestra representativa de este universo, se diseñó un muestreo aleatorio simple para cada grupo. Para el cálculo del tamaño muestral, se aplicó la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2(N-1)}{z^2 pq}}$$

Donde:

n= Tamaño muestral (a determinar)

N= Tamaño poblacional

e= Error muestral=0.05

z= Valor de Z correspondiente al nivel de confianza 95%

pq=Varianza de la población

El tamaño de la muestra se definió con un **margen de error del 5%** para un nivel de confianza del **95%**, bajo el supuesto de varianza máxima ($p=q=0,5$). De este modo, el tamaño muestral en cada grupo fue el siguiente:

Tabla 3. Tamaño muestral.

Población	Tamaño población	Tamaño muestral		Tasa respuesta
		Propuesto	Recogido	
P. General	90000	383	376	98,2
P. Sanitarios	2500	334	161	48,2
T. Sociales	150	108	105	97,2

3.4. VARIABLES E INSTRUMENTOS

La herramienta de investigación fue el cuestionario, mediante una encuesta autoadministrada, que respondieron de forma anónima cada uno de los participantes en el estudio.

A continuación se describen las variables objeto de estudio así como los instrumentos utilizados para su evaluación:

3.4.1. Variables socio-demográficas de los tres grupos: población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales

Se recogieron de los tres grupos que participaron en el estudio las siguientes variables socio-demográficas (Anexo 1, 2 y 3):

- **Edad.** Expresada en años. Para facilitar el estudio estadístico la variable edad se recodificó en dos categorías: menor o igual a 45 años y mayor de 45 años. Variable cualitativa ordinal.
- **Sexo.** Hombre o mujer. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- **Lugar de nacimiento.** Se clasificó en dos categorías: España y otro país. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- **Nivel de formación.** Se clasificó en cuatro categorías: no ha finalizado estudios primarios, estudios primarios, estudios medios, estudios universitarios. Variable cualitativa ordinal.
- **Trabajaba en la actualidad.** Expresada como sí o no. Variable cualitativa nominal dicotómica.

- **Años de experiencia profesional.** Expresada en años. Variable cuantitativa continuas.

3.4.2. Variables relacionadas con la actividad laboral de los profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios (médicos y enfermero/as) respondieron a preguntas relacionadas con su actividad laboral (Anexo 2):

- **Profesión.** Médico o enfermero. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- **Especialidad.** Especialidad médica. Variable cualitativa nominal.
- **Vía de formación.** Se clasificó en tres categorías: MIR, No MIR y extranjero. Variable cualitativa nominal.
- **Ámbito de trabajo.** Se clasificó en tres categorías: público, privado y ambos. Variable cualitativa nominal.
- **Lugar de trabajo.** Donde desarrollan su labor asistencial. Se clasificó en cuatro categorías: centro de salud, Hospital, SUAP/UME y ESAD. Para facilitar el estudio estadístico la variable se recodificó en dos categorías: Atención Primaria y hospital. Variable cualitativa nominal.
- **Nº de tarjetas sanitarias.** A los que trabajaban en Atención primaria, se les preguntó por el número de tarjetas sanitarias que tenían asignadas. Variable cuantitativa discreta.
- **Tipo de centro de salud.** Se clasificó en tres categorías: urbano, rural y semiurbano. Variable cualitativa nominal.
- **Médico residente.** Si en ese momento era médico residente. Expresada como sí o no. Variable cualitativa nominal.
- **Año de residencia:** Se clasificó en 5 categorías según el año de residencia: R1, R2, R3, R4, R5. Variable cualitativa ordinaria.
- **Centro docente.** Si desarrolla su labor asistencial en un centro docente. Expresada como sí o no. Variable cualitativa nominal.

3.4.3. Variables relacionadas con el contacto a nivel personal o profesional con personas mayores o con demencia

Los tres grupos del estudio (población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales) respondieron a preguntas relacionadas con el contacto a nivel personal o profesional con personas mayores o con demencias (Anexo 1, 2 y 3):

- ¿Ha ayudado/cuidado o ayuda/cuidas a familiares, amigos o vecinos por problemas relacionados con la vejez?
- ¿Trabaja o ha trabajado como cuidador profesional de una persona anciana?
- ¿Tiene contacto en su vida personal con una persona con demencia?
- ¿En tu actividad profesional tiene o ha tenido contacto con alguna persona con demencia?

Con tres posibles respuestas: Sí, actualmente; Sí, anteriormente; Nunca. Para facilitar el estudio estadístico se reagrupó en dos categorías: sí y no.

3.4.4. Variables relacionadas con el contacto con personas mayores en la actividad profesional y la formación sobre malos tratos a personas mayores de los profesionales

En los cuestionarios destinados a profesionales sanitarios y trabajadores sociales (Anexo 2 y 3) se incluyeron preguntas relacionadas con la calidad y la cantidad de formación recibida sobre malos tratos a personas mayores, y si esa formación le ha preparado para actuar ante casos de malos tratos. También se les preguntó acerca de la proporción en contacto en su actividad profesional con personas mayores de 65 años:

- **¿En tu actividad profesional en qué proporción estás en contacto con personas mayores de 65 años?.** Con 5 posibles respuestas: “0%”, “<25%”, “25-50%”, “50-75%”, “>75%”
- **¿Cuánta formación has recibido sobre malos tratos a ancianos?.** Con una respuesta basada en una escala de cinco puntos tipo Likert (Ninguna, poca, suficiente, mucha, muchísima).
- **¿Cómo valorarías la calidad de la formación que has recibido sobre malos tratos a ancianos?.** Con una respuesta basada en una escala de seis puntos tipo Likert (No he recibido formación, muy mala, mala, media, buena, muy buena).
- **¿Cree usted que la formación que has recibido hasta el día de hoy te ha preparado lo suficiente para actuar ante casos de malos tratos a ancianos?.** Con una respuesta basada en una escala de cuatro puntos tipo Likert (No he recibido formación, sí, no, no estoy seguro).

3.4.5. Percepción del maltrato a las personas mayores

Para evaluar la percepción del maltrato a las personas mayores por la población general, los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales se aplicó **The Caregiving Scenario Questionnaire (CSQ)**.

El CSQ es un cuestionario desarrollado y validado por Amber Selwood, Claudia Cooper y Gill Livingston del Departamento de Ciencias de la Salud Mental de la University College London, para comparar la percepción del maltrato en personas mayores entre cuidadores familiares y profesionales (Selwood y cols., 2007).

Los ítems que se incluyen él fueron clasificados de acuerdo a la directrices “No Secrets” (Department of Health and Home Office, 2000) y la validez de su contenido demostrada a través de un consenso profesional. Tres de las estrategias fueron consideradas definitivamente maltrato, cinco se consideraron posiblemente maltrato y cinco no maltrato (Selwood y cols., 2007).

Para el presente estudio, el CQS fue revisado para comprobar si los mismos ítems podían ser clasificados como maltrato en el contexto español. Se buscó asesoramiento de expertos en el área y en la legislación española, aceptando la misma clasificación que se utilizó para el estudio en Reino Unido (Selwood y cols., 2007) (Tabla 4).

En este cuestionario se presenta una viñeta ficticia, en la que se plantea la historia de un hijo que trabaja a tiempo completo y cuida de su madre, que tiene demencia. Las características clínicas descritas incluyen problemas con la memoria, sentimiento de persecución, que el le está robando a ella, agitación durante la noche, comportamiento repetitivo sin finalidad, deambular fuera de la casa mientras él está en el trabajo y rechazar la ayuda con el cuidado personal y la medicación.

La viñeta se sigue de 13 posibles formas de actuar el hijo ante la situación. Los encuestados deben valorar cada estrategia en una escala Likert de 6 puntos. Las posibles respuestas son: Buena idea y puede ser de ayuda, posiblemente útil, no estoy seguro/a, es poco probable que sea una idea útil, mala idea pero no maltrato y maltrato.

Tabla 4. Estrategias categorizadas como definitivamente maltrato, posiblemente maltrato y no maltrato.

DEFINITIVAMENTE MATRATO
Atarla a una silla para que ella no pueda levantarse mientras él está de compras
Aceptar la decisión de su madre de no asearse
Encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo
POSIBLEMENTE MALTRATO
No contestarle cuando ella le pregunta por su cartilla del banco, porque cualquier cosa que le dice, hace que esté mas enfadada
Decirle que no puede desayunar hasta que no se haya bañado
Decirle que si la situación sigue por el mismo camino y no mejora tendrá que ir a vivir a otra parte
Ocultar medicamentos en sus comidas para que ella no se niegue a tomarlos
No la llevará a las reuniones familiares como el cumpleaños de su nieta, ya que es probable que su comportamiento le haga sentirse avergonzado.
NO MALTRATO
Poner a su madre una pulsera con su identificación para que pueda ser ayudada si ella se pierde por la calle
Camuflar la puerta de entrada a casa al cubrirla con una cortina para evitar que salga de la casa
Consultar con su médico de familia sobre alguna medicación para su madre que pudiera mejorar la situación
Ponerse en contacto con servicios sociales para solicitar plaza en un centro de día ya que ella no está segura cuando se queda sola en casa
Poner una nota diaria en su habitación para recordarle que debe bañarse

Las viñetas son una herramienta útil para fomentar la discusión en torno a temas que los encuestados pueden encontrar difícil, animan a la persona a pensar en una situación concreta evitando las restricciones éticas o prácticas de entornos de práctica real. El uso de viñetas también puede permitir a la población discutir sobre temas complejos sin temor a ser juzgados en cuanto a la actuación en su trabajo (Almqvist y cols., 1981).

3.4.6. Conocimientos y actitudes hacia el maltrato a personas mayores de los profesionales

Para la evaluación de estas variables diseñamos un cuestionario basado en el aplicado por Almogue y cols. en 2010 en un estudio llevado a cabo en Israel (Almogue y cols., 2010). A su vez, éste se basó en tres cuestionarios utilizados en estudios previos publicados (Clark-Daniels y cols., 1990b; Jones y cols., 1997; Alon, 2004).

Se compone de 4 secciones, con un total de 26 preguntas:

- a) **Actitudes hacia el maltrato a personas mayores** (Parte A): 4 preguntas, su evaluación se basó en una escala de cinco puntos tipo Likert (absolutamente no/Inútil hasta absolutamente si/útil) (Tabla 5).
- b) **Actitudes hacia el maltrato a personas mayores** (Parte B): 4 preguntas, evaluadas en una escala de tres puntos tipo Likert (falso, no estoy seguro y verdadero) (Tabla 6).
- c) **Nivel de conocimientos generales sobre el maltrato a personas mayores:** 10 preguntas. La evaluación de 6 de las preguntas se basó en una escala de tres puntos tipo Likert (falso, no estoy seguro y verdadero). Las 4 preguntas restantes, se evaluaron en una escala de cinco puntos tipo Likert (totalmente de acuerdo/útil hasta totalmente en desacuerdo/inútil) (Tabla 7).
- d) **Nivel de conocimiento de los protocolos y legislación relativas al maltrato a personas mayores:** 8 preguntas, evaluadas en una escala de tres puntos tipo Likert (falso, no estoy seguro y verdadero) (Tabla 8).

Tabla 5. Actitudes hacia el maltrato a las personas mayores (Parte A).

<p>1. Sólo el buen funcionamiento del sistema judicial podrá parar el maltrato a personas mayores Absolutamente no 2 3 4 Absolutamente sí</p> <p>2. Internar a la víctima mayor de maltrato en un hogar de ancianos es: Inútil 2 3 4 Muy útil</p> <p>3. Es útil para una persona mayor maltratada emitir una orden de alejamiento al maltratador: Inútil 2 3 4 Muy útil</p> <p>4. Internar a una víctima de malos tratos en una residencia de ancianos en contra de su voluntad Nada recomendable 2 3 4 Muy recomendable</p>
--

Tabla 6. Actitudes hacia el maltrato a las personas mayores (Parte B).

<p>1. España cuenta con servicios suficientes para satisfacer las necesidades de los ancianos maltratados: 1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero</p> <p>2. Denunciar el maltrato hará que aumente la furia del agresor y la intensidad del maltrato 1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero</p> <p>3. Las familias de las víctimas de malos tratos van a creer que yo como profesional sanitario que informé sobre el maltrato 1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero</p> <p>4. Si informo sobre un caso de maltrato a personas mayores, creo que con el tiempo se conocerá que he sido yo quien informé el caso y mi relación con el paciente se dañará: 1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero</p>
--

Tabla 7. Nivel de conocimientos generales sobre el maltrato a personas mayores.

<p>1. El manejo del maltrato a los ancianos es principalmente responsabilidad del profesional sanitario</p> <p>Absolutamente no 2 3 4 Absolutamente sí</p>
<p>2. No hay nada que hacer en los casos crónicos de maltrato a personas mayores</p> <p>Totalmente en desacuerdo 2 3 4 Totalmente de acuerdo</p>
<p>3. Las administraciones públicas tienen que estar involucradas y proteger en todos los casos a las personas mayores víctimas de malos tratos</p> <p>Absolutamente no 2 3 4 Absolutamente sí</p>
<p>4. En mi opinión, la intervención del sistema judicial en casos de maltrato a personas mayores es:</p> <p>Totalmente inútil 2 3 4 Totalmente útil</p>
<p>5. Muy pocos adultos mayores son maltratados</p> <p>1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero</p>
<p>6. Muy pocos adultos mayores están en situación de negligencia</p> <p>1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero</p>
<p>7. Los adultos mayores son más propensos al maltrato que los niños</p> <p>1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero</p>
<p>8. Personas con experiencia en mi profesión pueden diagnosticar casos de maltrato a personas mayores</p> <p>1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero</p>
<p>9. El mayor número de casos de maltrato a personas mayores implica sólo lesiones leves</p> <p>1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero</p>
<p>10. La mayoría de los casos de maltrato a personas mayores nunca son vistos por el médico u otros profesionales sanitarios</p> <p>1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero</p>

Tabla 8. Nivel de conocimiento de los protocolos y legislación relativas al maltrato a personas mayores.

1. La mayoría de personas mayores maltratadas pueden obtener ayuda si la necesitan

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

2. Todos los profesionales sociosanitarios en España tienen una responsabilidad legal para informar casos de malos tratos

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

3. Sólo los médicos están obligados a informar del maltrato a los ancianos

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

4. Existen protocolos para detectar el maltrato a los ancianos

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

5. En España existe una posible sanción si el maltrato no se informa a las autoridades

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

6. Informar casos de maltrato a personas mayores no es responsabilidad mía como profesional sanitario

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

7. Tengo que estar absolutamente seguro de que el maltrato se ha producido antes de informar

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

8. Informar casos de maltrato a personas mayores es una violación de los derechos de la persona anciana

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

3.4.7. Barreras de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales para informar casos sospechosos de maltrato

Para la evaluación de las barreras diseñamos un cuestionario basado en el publicado en el estudio de Almogues y cols. (2010) para el análisis de las barreras. A los encuestados se les indicó elegir un máximo de 5 razones, en un listado de 15 opciones, por las que dudarían antes de informar un caso sospechoso de maltrato a personas mayores (Tabla 9).

Tabla 9. Razones por las que dudaría antes de informar un caso sospechosos de maltrato.

<ol style="list-style-type: none">1. Si en el maltrato solamente existen lesiones leves o signos sutiles2. La víctima niega los malos tratos3. No estoy seguro/a cómo informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos4. No tengo claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos5. No haber identificado la situación de maltrato en el primer encuentro con el anciano6. Ignoro las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España7. Los recursos que existen para responder ante los casos identificados son insuficientes8. Razones de confidencialidad profesional-anciano9. El maltrato debe ser informado/denunciado por otros profesionales (ej: policía)10. No quiero verme implicado en un proceso judicial11. El paciente se encuentra ingresado en un hospital o centro hospitalario de larga duración12. Es responsabilidad del paciente denunciar el maltrato13. Miedo de que me denuncien si me equivoco14. El paciente no da su consentimiento para la denuncia15. El maltrato ocurre en una residencia de ancianos
--

Con todas las variables descritas anteriormente se elaboraron tres modelos de cuestionario, uno para cada grupo del estudio:

- **Población general (Anexo 1):** incluye preguntas que evalúan la percepción sobre el maltrato a las personas mayores (ítems 1-13), contacto a nivel personal o profesional con personas ancianas o con demencia (ítems 14-17) y variables socio-demográficas (ítems 18-23).
- **Profesionales sanitarios (Anexo 2):** incluye preguntas que evalúan percepción sobre el maltrato a las personas mayores (ítems 1-13), contacto a nivel personal o profesional con personas ancianas o con demencia (ítems 14-17), formación y contacto en la actividad profesional con personas mayores (ítem 18-21), conocimientos y actitudes hacia el maltrato a personas mayores (ítems 22-47), barreras para informar casos sospechoso de maltrato (ítem 48), variables socio-demográficas y relacionadas con su actividad laboral (ítems 49-63).
- **Trabajadores sociales (Anexo 3):** incluye preguntas que evalúan preguntas para evaluar percepción sobre el maltrato a las personas mayores (ítems 1-13), contacto a nivel personal o profesional con personas ancianas o con demencia (ítems 14-17), formación y contacto en la actividad profesional con personas mayores (ítem 18-21), conocimientos y actitudes hacia el maltrato a personas mayores (ítems 22-47), barreras para informar casos sospechosos de maltrato (ítem 48), variables socio-demográficas (ítems 49-53).

3.5. ADMINISTRACIÓN DEL CUESTIONARIO

- **Población general:** los médicos de cada Centro de Salud seleccionado entregaron el cuestionario a los pacientes que acudían a su consulta, que cumpliendo los criterios de inclusión y tras explicarles el estudio, aceptaban participar. Se habilitaron en cada centro unas urnas donde cada sujeto entregaba el cuestionario de forma anónima.
- **Profesionales sanitarios:** se distribuyeron entre los profesionales sanitario (médicos y enfermeros/as) de los hospitales, Centros de Salud, SUAP, UME y ESAD seleccionados. Se habilitaron unas urnas en cada centro donde los participantes depositaban los cuestionarios de forma anónima.
- **Trabajadores sociales:** se distribuyeron los cuestionarios entre los profesionales de las diferentes unidades de los servicios sociales de las dos áreas seleccionadas (Mayores, inmigrantes, familias, mujer, infancia y adolescencia, personas con discapacidad, gitanos y movimiento asociativo y voluntariado) y en el Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia.

3.6. ANALISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

El análisis de los datos se realizó tanto de forma agrupada como de forma desagregada (por grupos de edad, sexo, etc.). Se utilizó el análisis gráfico, que es la forma más rápida y eficiente de visualizar los resultados, tanto desagregados como agrupados. Todo ello acompañado de las correspondientes tablas de frecuencia que proporcionan una descripción cuantitativa detallada.

Para conocer las características de los sujetos que participaron en nuestro estudio llevamos a cabo un análisis descriptivo para cada una de las variables, atendiendo principalmente a la distribución de frecuencias y, cuando fue pertinente, a medidas básicas de resumen como la media, o la desviación típica.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 22.0 para Windows, siendo los análisis estadísticos aplicados:

Análisis univariante o distribución simple de frecuencia:

Se observa la distribución de frecuencia absoluta (n_1) y frecuencia relativa (f_1) en porcentajes, así como los estadísticos descriptivos de cada una de las variables (desviación estándar, media, etc.).

Análisis bivariante o asociación entre variables:

Se trata de saber qué variables se relacionan significativamente entre sí.

Utilizamos el programa de Chi-cuadrado (χ^2) de Pearson, probabilidad obtenida y el mínimo valor esperado. Destacaremos que hemos cruzado entre sí todas las variables en las que se desglosó el estudio, buscando posibles asociaciones.

El proceso que hemos seguido para saber si dos variables están relacionadas significativamente fue el siguiente:

- Observamos que todas las frecuencias esperadas (f_e) fueran mayores que la unidad y que el 20% de todas ellas sean iguales o superiores a 5, si es así, la relacionamos como significativas con un estadístico de Pearson que represente una probabilidad igual o menor de 0,05. Para las comparación de proporciones de columna se ha empleado el método de Bonferroni.
- Cuando no se cumple la premisa en relación a los valores esperados, debido a una distribución inadecuada de las marcas de clases entre sí, o eliminando las marcas de clase cuyo contenido es muy escaso o no tiene interés. Una vez reestructurada cada variable se vuelve a aplicar el programa para el análisis bivariante.
- En las tablas de contingencias 2 x 2 y con grado de libertad 1, hemos aplicado el "Test exacto de Fisher" en aquellos casos en los que el de χ^2 no podía ser utilizado, al ser el mínimo valor esperado inferior a la unidad.

A continuación realizamos el subsiguiente análisis de residuos mediante el que valoramos si el porcentaje de un resultado en algún grupo difería de manera significativa respecto al porcentaje global en la muestra.

Para la comparación de medias entre grupos se ha empleado el test t-Student en el caso de dos grupos y el test ANOVA para más de dos grupos una vez comprobados los supuestos de normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov y de homogeneidad de varianzas con el test de Levene.

Análisis multivariante:

Tras analizar las variables independientes que se relacionaban significativamente con las estrategias categorizadas como maltrato (variable dependiente) mediante análisis de Regresión Logística Simple (univariante), hemos realizado un análisis de regresión logística multivariante para valorar la influencia en la percepción de maltrato de cada una de ellas, obteniendo, mediante un proceso de selección de variables por pasos hacia

atrás (backstepwise), aquellos factores que por sí mismos y de manera independiente de los demás, influyen en dicho riesgo. En este modelo obtenemos las Odds Ratio y sus intervalos de confianza al nivel del 95% a través de las exponenciales de los coeficientes del modelo de regresión logística ajustado a los datos, y se interpretan en términos de riesgo relativo, es decir, mayor probabilidad de identificar la estrategia como maltrato un individuo con un factor significativo que sin este factor.

En todos los casos se consideró una diferencia entre grupos o una relación entre variables como estadísticamente significativa cuando el nivel de significación P era menor de 0,05.

3.7. ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

La presente investigación se realizó bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales necesarios para poder llevar a cabo este tipo de estudios. Fue un estudio observacional, pues sólo se les solicitó información socio-demográfica y su opinión y experiencia sobre el tema a los tres grupos objeto de estudio, obteniéndose su consentimiento previo para participar.

Se respetó en todo momento la normativa vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal facilitados por los pacientes y su tratamiento automatizado de acuerdo con Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y Real Decreto 994/1999, de 11 de junio y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

3.7.1. Confidencialidad de los datos del paciente

- La información referente a la identidad de los participantes fue considerada confidencial a todos los efectos.
- Los datos de los sujetos se sometieron a un proceso de disociación, de forma que se preservó la identidad. Para ello los datos recogidos en los cuadernos de recogida de datos (CRD) durante el estudio se documentaron de forma disociada, vinculándose a un código (número asignado a cada cuestionario dentro de cada grupo de estudio).
- La información de la base de datos que generó el estudio estuvo anonimizada y no tuvo identificación alguna del sujeto, sólo un código numérico con el que no

era posible desvelar la identidad del participante.

- El almacenaje de los CRD se realizó en un lugar seguro, impidiendo que ninguna persona que no perteneciera al equipo investigador pudiera tener acceso a los mismos.

3.7.2. Hoja de información.

Se adjunto una hoja de información a los participantes explicando los objetivos del estudio.

3.7.3. Comité de ética.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Murcia

3.7.4. Publicación y difusión de los resultados

El investigador principal del estudio se comprometió a publicar los resultados, tanto positivos como negativos, de este estudio en revistas científicas. Los resultados o conclusiones del estudio se comunicarán preferentemente en publicaciones científicas antes de ser divulgados al público no sanitario. No se dieron a conocer de modo prematuro o sensacionalista procedimientos o intervenciones de eficacia todavía no determinada ni se exageraron éstas.

4. Resultados

4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra final fue de 642 individuos, de los que 376 eran población general (58,5%), 161 profesionales sanitarios (25,0%) y 105 trabajadores sociales (16,3%). Del grupo de profesionales sanitarios, 114 eran médicos (70,8%) y 47 enfermeros/as (29,25%).

4.1.1. Características socio-demográficas de la muestra

De los 642 participantes, el 32,1% fueron hombres y el 67,1% mujeres. La edad media de la muestra fue de 43,03 (DE: 14,78).

En la Tabla 10 se muestran las principales características socio-demográficas de la muestra, de forma global y por grupos.

Tabla 10. Características socio-demográficas de la muestra de estudio.

	Profesionales sanitarios (n= 161)	Trabajadores sociales (n= 105)	Población general (n=376)	Total (n= 642)
Edad n (%)				
≤ 45 años	104 (64,6)	92 (87,6)	163 (43,4)	359 (55,9)
> 45 años	57 (35,4)	13 (12,4)	213 (56,6)	283 (44,1)
Sexo n (%)				
Hombre	71 (44,1)	14 (13,3)	126 (33,5)	211 (32,9)
Mujer	90 (55,9)	91 (86,7)	250 (66,5)	431 (67,1)
Lugar de nacimiento n (%)				
España	144 (89,4)	105 (100,0)	368 (97,9)	617 (96,1)
Otro país	17 (10,6)		8 (2,1)	25 (3,9)
Nivel de formación				
Estudios primarios			78 (20,7)	78 (12,1)
Estudios secundarios			147 (39,1)	147 (22,9)
Estudios universitarios	161 (100,0)	105 (100,0)	151 (40,2)	417 (64,9)
Trabaja en la actualidad n (%)				
Sí	157 (97,5)	208 (55,3)	63 (60,0)	428 (66,7)
No	4 (2,5)	168 (44,7)	42 (33,3)	214 (33,3)

4.1.2. Variables relacionadas con la actividad laboral de los profesionales sanitarios

De los 161 profesionales sanitarios, 80 (49,7%) trabajaban en hospital y 81 (50,3%) en Atención primaria (Centro de Salud, SUAP/UME, ESAD). De los que trabajaban en Centro de Salud, el 52,1% lo hacía en un centro urbano y el 19,2% en un centro rural. El 90,7% de los participantes trabajaba en el ámbito público y el 7,7% en el ámbito público y privado.

Los datos comentados anteriormente y otras variables analizadas de los profesionales sanitarios se detallan en la Tabla 11.

Tabla 11. Variables relacionadas con la actividad profesional de los profesionales sanitarios.

Variable	n	%	Variable	n	%
Vía de formación			Médico residente		
MIR	92	82,9	Sí	35	27,3
No MIR	16	14,4	No	93	72,7
Extranjero	3	2,7	Año de residencia		
Ámbito de trabajo			R1	15	42,9
Público	14	90,7	R2	10	28,6
Privado	3	1,9	R3	4	11,6
Ambos	12	7,7	R4	3	8,6
Lugar de trabajo			R5	3	8,6
Hospital	80	49,7	Centro docente		
C. Salud	68	42,2	Sí	12	96,2
SUAP/UME	11	6,8	No	5	3,8
ESAD	2	1,2			
Tipo de Centro de Salud					
Urbano	38	52,1			
Rural	14	19,2			
Semiurbano	21	28,8			

4.1.3. Variables relacionadas con el contacto a nivel personal o profesional con personas mayores o con demencia

A continuación se exponen los resultados del contacto a nivel personal o profesional con personas ancianas o con demencia de la población general, trabajadores sociales y profesionales sanitarios. El siguiente cuadro muestra las preguntas planteadas para el análisis:

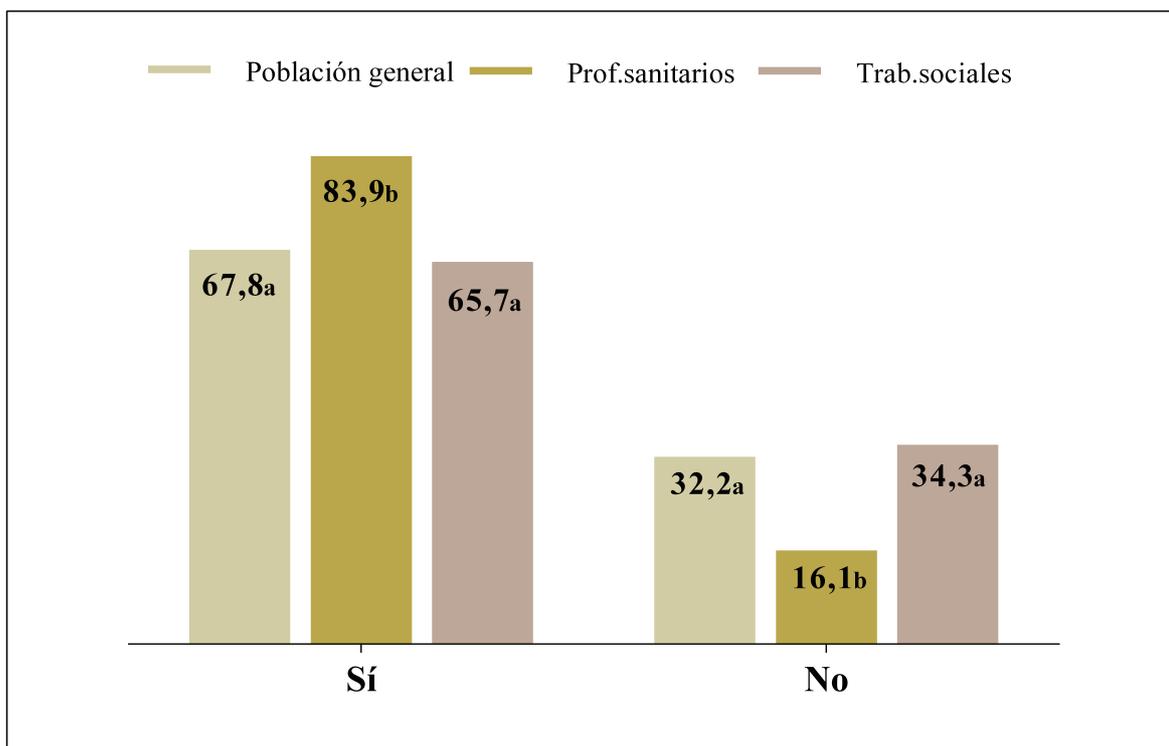
- ¿Ha ayudado/cuidado o ayuda/cuidas a familiares, amigos o vecinos por problemas relacionados con la vejez?
- ¿Trabaja o ha trabajado como cuidador profesional de una persona anciana?
- ¿Tiene contacto en su vida personal con una persona con demencia?
- ¿En tu actividad profesional tiene o ha tenido contacto con alguna persona con demencia?

El 71,55% (n=459) del total de la muestra afirmó haber ayudado a personas con problemas relacionados con la vejez. Como cuidador profesional de una persona anciana manifestó haber trabajado el 13,7% (n=88) de los individuos del total de la muestra. A nivel global, algo más de la mitad de los individuos (56,7%) tenían contacto en su vida personal con una persona con demencia y el 56,4% (n=362) afirmó no haber tenido contacto con una persona con demencia en su actividad profesional. Los resultados comentados se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12. Contacto a nivel personal o profesional con personas mayores o con demencia.

	Población general (n=376)	Profesionales sanitarios (n= 161)	Trabajadores sociales (n= 105)	Total (n= 642)	P
¿Has ayudado o ayudas a personas con problemas relacionados con la vejez? [n (%)]					
Sí	255 (67,8)	135 (83,9)	69 (65,7)	459 (71,5)	<0,001
No	121 (32,2)	26 (16,1)	36 (34,3)	183 (28,5)	
¿Trabajas o has trabajado como cuidador profesional de una persona anciana? [n (%)]					
Sí	43 (11,4)	34 (21,1)	11 (10,5)	88 (13,7)	0,007
No	333 (88,6)	127 (78,9)	94 (89,5)	554 (86,3)	
¿Tiene contacto en su vida personal con una persona con demencia? [n (%)]					
Sí	190 (50,5)	113 (70,2)	61 (58,1)	364 (56,7)	<0,001
No	186 (49,5)	48 (29,8)	44 (41,9)	278 (43,3)	
¿En tu actividad profesional tiene o ha tenido contacto con alguna persona con demencia? [n (%)]					
Sí	83 (22,1)	145 (90,1)	52 (49,5)	280 (43,6)	<0,001
No	293 (77,9)	16 (9,9)	53 (50,5)	362 (56,4)	

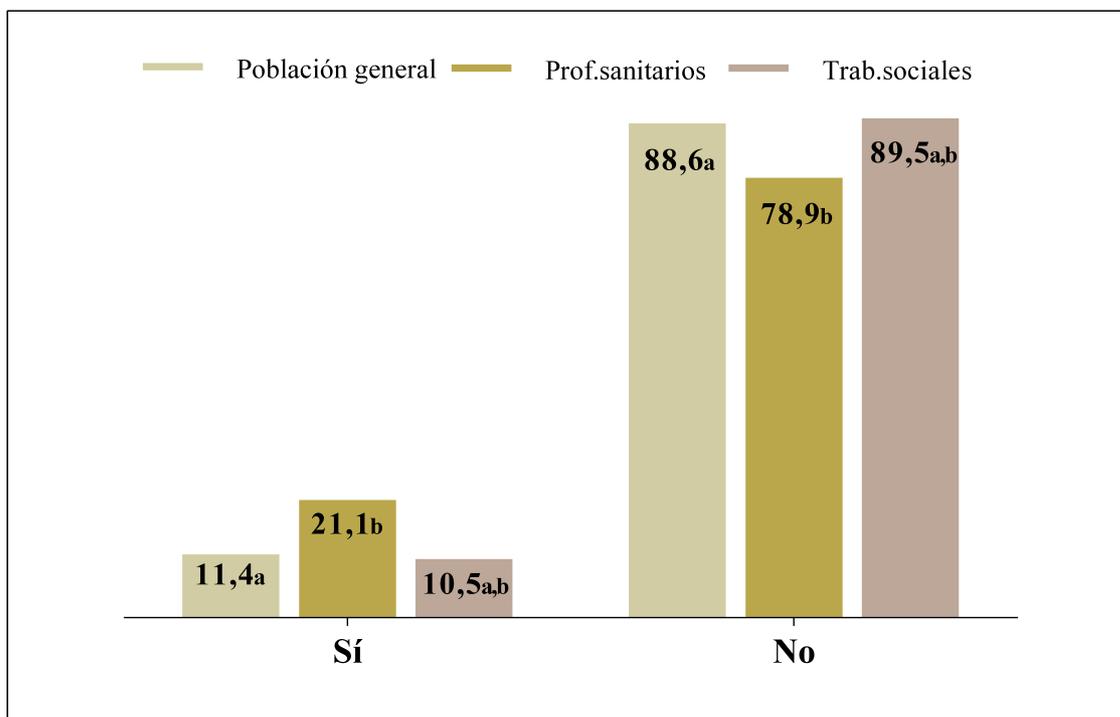
El porcentaje de profesionales sanitarios que habían ayudado o ayudaban a personas con problemas relacionados con la vejez fue significativamente superior (83,9%) ($p < 0,001$) respecto a la población general (67,8%) y a los trabajadores sociales (65,7%), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre estos dos últimos grupos, como se muestra en la Figura 4.



a-b: Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$.

Figura 4. Contacto a nivel personal con personas mayores.

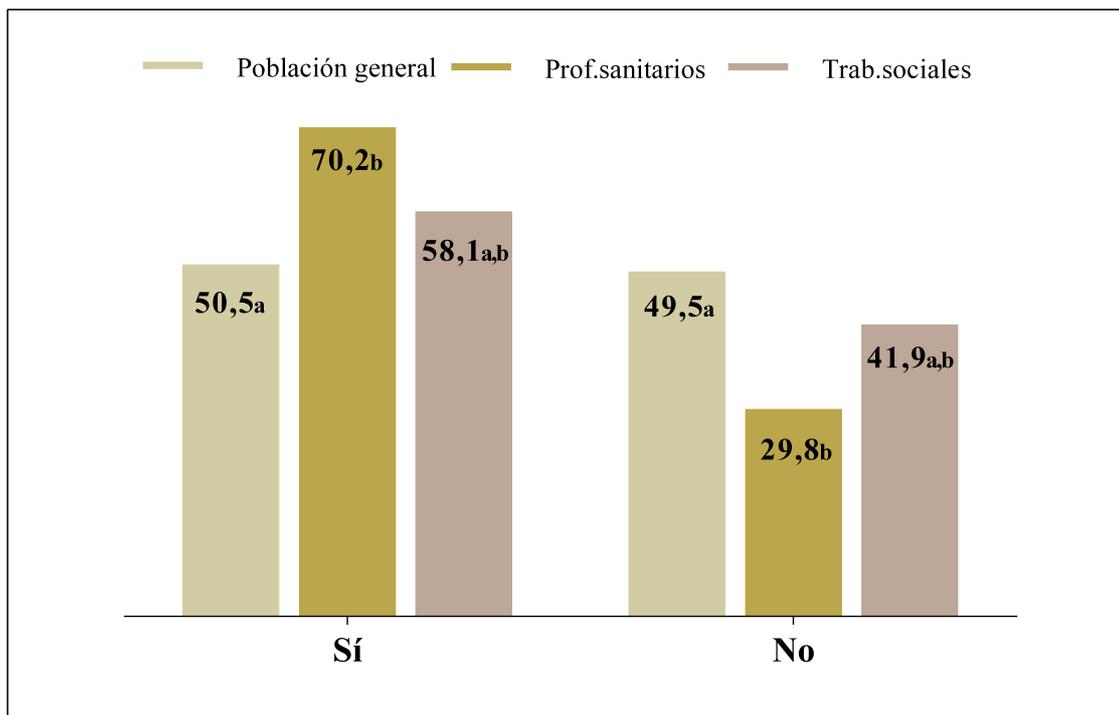
Como se muestra en la Figura 5, el porcentaje de profesionales sanitarios que indicó haber trabajado como cuidador profesional de una persona anciana fue significativamente mayor (21,1%) ($p=0,007$) respecto a la población general (11,4%). No encontrando diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos y los trabajadores sociales.



a-b: Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$.

Figura 5. Contacto a nivel profesional con personas mayores.

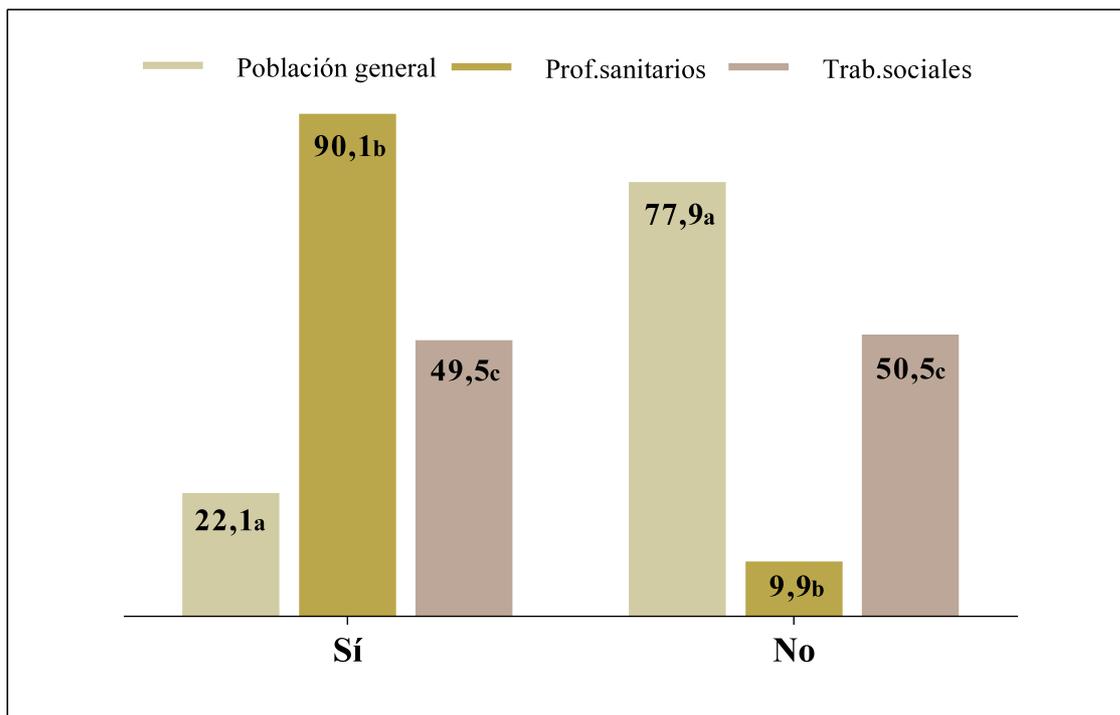
El porcentaje de profesionales sanitarios que tenía contacto a nivel personal con personas con demencia fue significativamente superior (70,2%) ($p < 0,001$) respecto a la población general (50,5%); no encontrando diferencias estadísticamente significativas con los trabajadores sociales, ni entre ambos grupos de profesionales. Los resultados comentados se muestran en la Figura 6.



a-b: Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$

Figura 6. Contacto a nivel personal con personas con demencia.

En la Figura 7 se puede observar que 9,9% de los profesionales sanitarios afirmaron no haber tenido contacto a nivel profesional con una persona con demencia frente al 77,9% de la población general y al 50,5% de los trabajadores sociales, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos ($p < 0,001$).



a-b: Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$

Figura 7. Contacto a nivel profesional con personas con demencia.

4.1.4. Variables relacionadas con el contacto con personas mayores en la actividad profesional y la formación sobre malos tratos a personas mayores de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales

A continuación se muestran los resultados de la opinión de los profesionales acerca de la formación recibida sobre malos tratos a las personas mayores así como el contacto en su actividad profesional con este grupo de la población. Se presentan los datos a nivel global, por grupos de profesionales (profesionales sanitarios y trabajadores sociales) y estratificando en médicos y enfermeros/as, analizando si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

De forma global, el 48,5% de los profesionales indicó que la proporción en la que estaba en contacto en su actividad profesional con una persona mayor de 65 años era mas del 50%. Destaca el mayor porcentaje de trabajadores sociales que no está en contacto con personas mayores de 65 años en su actividad profesional, el 85,25%, respecto al 14,8% de los profesionales sanitarios.

El 83,1% de los 266 profesionales consideró que la formación que ha recibido sobre malos tratos en personas mayores era poca o ninguna, el 17% la consideró suficiente o mucha.

En cuanto a la calidad de la formación recibida sobre malos tratos a personas mayores, el 62,7% de los profesionales del estudio afirmó que no había recibido o era mala.

El 12% de los profesionales del estudio indicaron que la formación recibida sí le ha preparado lo suficiente para actuar ante casos de malos tratos en personas mayores.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales en la proporción en la que estaban en contacto con personas mayores de 65 años en su actividad profesional y si la formación que habían recibido hasta ese momento le ha preparado lo suficiente para actuar ante casos de malos tratos en ancianos, siendo los trabajadores sociales quienes contestaron en mayor proporción afirmativamente (16,2% vs 9,3%).

Todos los datos comentados con anterioridad, detallados a nivel global y en cada grupo (profesionales sanitarios y trabajadores sociales), se recogen en la Tabla 13.

Tabla 13. Formación sobre maltrato a mayores y contacto de los profesionales con mayores de 65 años a nivel global y por grupos.

Ítem	Respuesta	Profesionales n (%)			p
		Sanitarios	T. Sociales	Total	
¿En su actividad profesional en qué proporción estás en contacto con personas mayores de 65 años?	0%	8a (14,8)	46b (85,2)	54 (20,3)	<0,001
	<25%	20a (54,1)	17a (45,9)	37 (13,9)	
	25-50%	39a (84,8)	7b (15,2)	46 (17,3)	
	50-75%	49a (80,3)	12b (19,7)	61 (22,9)	
	>75%	45a (66,2)	23a (33,8)	68 (25,6)	
¿Cuanta formación ha recibido sobre Malos Tratos a ancianos?	Ninguna	63a (39,1)	37a (35,2)	100 (37,6)	0,398
	Poca	73a (45,3)	48a (45,7)	121 (45,5)	
	Suficiente	20a (12,4)	19a (18,1)	39 (14,7)	
	Mucha	5a (3,1)	1a (1,0)	6 (2,3)	
¿Cómo valoraría la calidad de la formación que has recibido sobre Malos Tratos a ancianos?	No he recibido	66a (41,0)	40a (38,1)	106 (39,8)	0,461
	Mala	38a (23,6)	23a (21,9)	61 (22,9)	
	Media	39a (24,2)	34a (32,4)	73 (27,4)	
	Buena	18a (11,2)	8a (7,6)	26 (9,8)	
¿La formación que ha recibido hasta el día de hoy te ha preparado lo suficiente para actuar ante casos de Malos Tratos a ancianos?	No he recibido	55a (34,2)	39a (37,1)	94 (35,3)	0,014
	Sí	15a (9,3)	17a (16,2)	32 (12,0)	
	No	52a (32,3)	39a (37,1)	91 (34,2)	
	No estoy seguro/a	39a (24,2)	10b (9,5)	49 (18,4)	

a-b: Comparación proporciones columna Bonferroni. Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$

El 84,4% de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros/as) indicó que había recibido poca o ninguna formación sobre malos tratos a las personas mayores. El 35,4% de ellos consideró la calidad de esta formación media o buena. Sólo el 9,3% de los profesionales sanitarios señaló que la formación recibida le preparaba lo suficiente para actuar en casos de maltrato a personas mayores.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre médicos y enfermeros/as en las variables analizadas excepto en la proporción en la que está en contacto en su actividad profesional con una persona mayor de 65 años. El 62,2% de los médicos están en contacto en su actividad profesional con personas mayores en un porcentaje superior al 75% frente al 37% en el caso de los profesionales de enfermería.

Todos los datos comentados con anterioridad, detallados tanto a nivel global en los profesionales sanitarios como para el grupo de médicos y enfermero/as, se recogen en la Tabla 14.

Tabla 14. Formación sobre maltrato a mayores y contacto con mayores de 65 años de los profesionales sanitarios.

Ítem	Respuesta	Profesionales n (%)			p
		Médicos	Enfermeros	Total	
¿En su actividad profesional en qué proporción estás en contacto con personas mayores de 65 años?	0%	5a (62,5)	3a (37,5)	8 (5,0)	0,020
	<25%	16a (80,0)	4a (20,0)	20 (12,4)	
	25-50%	35a (89,7)	4b (10,3)	39 (24,2)	
	50-75%	30a (61,2)	19a (38,8)	49 (30,4)	
	>75%	28a (62,2)	17a (37,8)	45 (28,0)	
¿Cuanta formación ha recibido sobre Malos Tratos a ancianos?	Ninguna	44a (38,6)	19a (40,4)	63 (39,1)	0,266
	Poca	56a (49,1)	17a (36,2)	73 (45,3)	
	Suficiente	11a (9,6)	9a (19,1)	20 (12,4)	
	Mucha	3a (2,6)	2a (4,3)	5 (3,1)	
¿Cómo valoraría la calidad de la formación que has recibido sobre Malos Tratos a ancianos?	No he recibido	47a (41,2)	19a (40,4)	66 (41,0)	0,793
	Mala	29a (25,4)	9a (19,1)	38 (23,6)	
	Media	26a (22,8)	13a (27,7)	39 (24,2)	
	Buena	12a (10,5)	6a (12,8)	18 (11,2)	
¿La formación que ha recibido hasta el día de hoy te ha preparado lo suficiente para actuar ante casos de Malos Tratos a ancianos?	No he recibido	38a (33,3)	17a (36,2)	55 (34,2)	0,338
	Sí	11a (9,6)	4a (8,5)	15 (9,3)	
	No	41a (36,0)	11a (23,4)	52 (32,3)	
	No estoy seguro/a	24a (21,1)	15a (31,9)	39 (24,2)	

a-b: Comparación proporciones columna Bonferroni. Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$.

4.2. PERCEPCIÓN DEL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES DE LA POBLACIÓN GENERAL, PROFESIONALES SANITARIOS Y TRABAJADORES SOCIALES

Para analizar esta variable, como se explicó en el apartado de material y método, se presentó a los tres grupos del estudio (población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales) la historia ficticia de un hijo que trabaja a tiempo completo y cuida a su madre que tiene una demencia. A continuación, se describían 13 estrategias de actuación del hijo frente a esa situación para que los encuestados indicaran su opinión, identificándolas como: buena idea y puede ser de ayuda, posiblemente útil, no estoy

Resultados

seguro, poco probable que sea una idea útil, mala idea pero no maltrato y maltrato.

La Tabla 15 muestra los resultados de la opinión de la población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales ante cada una de las estrategias planteadas.

Tabla 15. Percepción de la población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales de las estrategias planteadas ante el comportamiento de una persona mayor con demencia.

Estrategias	Buena idea y puede ser de ayuda n (%)			Posiblemente útil n (%)			No estoy seguro n (%)			Poco probable que sea una idea útil n(%)			Mala idea pero no maltrato n (%)			Maltrato n (%)			
	PG	PS	TS	PG	PS	TS	PG	PS	TS	PG	PS	TS	PG	PS	TS	PG	PS	TS	
No maltrato	Poner a su madre una pulsera con su identificación para que pueda ser ayudada si ella se pierde por la calle	316 (84,0)	130 (8,7)	91 (86,7)	44 (11,7)	26 (16,1)	13 (12,4)	5 (1,3)	0	0	8 (2,1)	2 (1,2)	1 (1,0)	2 (0,5)	3 (1,9)	20 (5,3)	0	0	0
	Ponerse en contacto con servicios sociales para solicitar plaza en un centro de día ya que ella no está segura cuando se queda sola en casa	324 (86,2)	143 (88,8)	102 (97,1)	37 (9,8)	15 (9,3)	2 (1,9)	8 (2,1)	1 (0,6)	1 (1,0)	4 (1,0)	2 (1,2)	0	3 (0,8)	0	0	-	-	-
	Consultar con su médico de familia sobre alguna medicación para su madre que pudiera mejorar la situación	314 (83,5)	130 (80,7)	72 (68,6)	47 (12,5)	23 (14,3)	29 (27,6)	7 (1,9)	4 (2,5)	1 (1,0)	7 (1,9)	2 (1,2)	2 (1,9)	1 (0,3)	0	1 (1,0)	0	2 (1,2)	0
	Poner una nota diaria en su habitación para recordarle que debe bañarse	144 (38,3)	67 (41,6)	65 (61,9)	101 (26,9)	43 (26,7)	31 (29,5)	42 (11,2)	17 (10,6)	1 (1,0)	79 (21,0)	32 (19,9)	8 (7,6)	10 (2,7)	2 (1,2)	0	-	-	-
Camuflar la puerta de entrada a casa al cubrirla con una cortina para evitar que salga de la casa	74 (19,7)	37 (23,0)	7 (6,7)	96 (25,5)	50 (31,1)	37 (35,2)	50 (13,3)	27 (16,8)	11 (10,5)	113 (30,1)	36 (22,4)	41 (30,9)	35 (9,3)	9 (5,6)	5 (4,8)	8 (2,1)	2 (1,2)	4 (3,38)	
Ocultar medicamentos en sus comidas para que ella no se niegue a tomarlos	161 (42,8)	50 (31,1)	30 (28,6)	140 (37,2)	71 (44,1)	47 (44,8)	40 (5,3)	10 (6,2)	16 (15,2)	27 (7,2)	20 (12,4)	6 (5,7)	23 (6,1)	7 (4,3)	5 (4,8)	5 (1,3)	3 (1,9)	1 (1,0)	
Posiblemente maltrato	No contestarle cuando ella le pregunta por su cartilla del banco, porque cualquier cosa que le dice, hace que esté mas enfadada	25 (6,6)	8 (5,0)	0	63 (16,8)	23 (14,3)	22 (21,0)	37 (9,8)	7 (4,3)	5 (4,8)	130 (36,4)	62 (38,5)	49 (46,7)	101 (26,9)	48 (29,8)	26 (24,8)	20 (5,3)	13 (8,1)	3 (2,9)
	Decirle que no puede desayunar hasta que no se haya bañado.	84 (22,3)	19 (11,8)	8 (7,6)	124 (33,0)	45 (28,0)	44 (41,9)	27 (7,2)	14 (8,7)	3 (2,9)	88 (23,4)	42 (26,1)	42 (40,0)	33 (8,0)	20 (12,4)	6 (5,7)	20 (5,3)	21 (13,0)	2 (1,9)
	Decirle que si la situación sigue por el mismo camino y no mejora tendrá que ir a vivir a otra parte.	21 (5,6)	4 (2,5)	0	58 (15,4)	17 (10,6)	18 (17,1)	34 (9,0)	10 (6,2)	6 (5,7)	128 (30,0)	57 (35,4)	38 (36,2)	83 (22,1)	43 (26,7)	35 (33,3)	52 (13,8)	30 (16,8)	8 (7,6)
	No la llevará a las reuniones familiares como el cumpleaños de su nieta, ya que es probable que su comportamiento le haga sentirse avergonzado.	14 (3,7)	0	0	5 (1,3)	5 (1,3)	0	20 (5,3)	8 (5,0)	1 (1,5)	80 (21,3)	34 (21,1)	18 (17,1)	171 (45,5)	72 (44,7)	63 (60,0)	86 (22,9)	42 (26,1)	23 (21,9)
Definitivamente maltrato	Encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo	1 (0,3)	1 (0,6)	1 (1,0)	10 (2,7)	13 (8,1)	0	19 (5,1)	7 (4,3)	1 (1,0)	92 (24,5)	23 (13,3)	9 (8,6)	146 (38,2)	42 (26,1)	56 (53,3)	108 (28,7)	75 (46,6)	38 (36,2)
	Atarla a una silla para que ella no pueda levantarse mientras él está de compras.	2 (0,5)	0	0	5 (1,3)	1 (0,6)	1 (1,0)	1 (2,9)	3 (1,9)	0	42 (11,2)	5 (3,1)	0	65 (17,3)	11 (6,8)	4 (3,8)	251 (66,8)	141 (87,6)	100 (95,2)
	Aceptar la decisión de su madre de no asearse	5 (1,3)	0	1 (1,0)	5 (1,3)	2 (1,2)	0	17 (4,5)	4 (2,5)	0	122 (32,4)	53 (32,9)	46 (43,8)	197 (52,4)	79 (49,1)	50 (47,6)	30 (8,0)	23 (14,3)	8 (7,6)

PG: población genera; PS: profesionales sanitarios; TS: trabajadores sociales

En las Tablas 16, 17, 18 se agrupan las 13 estrategias según la categorización establecida de maltrato, posiblemente maltrato y no maltrato. Cada tabla muestra los resultados distribuidos en maltrato y no maltrato (que engloba las respuesta buena idea y puede ser de ayuda, posiblemente útil, no estoy seguro/a, poco probable que sea una idea útil, mala idea pero no maltrato) para cada grupo del estudio y analiza las diferencias entre ellos.

La Tabla 16 muestra los resultados de las tres estrategias categorizadas en nuestro estudio como maltrato; en ella observamos diferencias estadísticamente significativas en las tres estrategias. El porcentaje de profesionales sanitarios que consideró maltrato *aceptar la decisión de su madre de no asearse* fue significativamente superior (14,3%) al de población general (8,0%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos y los trabajadores sociales. En cuanto a la estrategia *encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo*, el porcentaje de profesionales sanitarios que consideró esta estrategia maltrato fue significativamente superior (46,6%) respecto a la población general (28,7%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos y los trabajadores sociales. El porcentaje tanto de profesionales sanitarios (87,65%) como de trabajadores sociales (95,2%) que consideró *atarla a una silla para que ella no pueda moverse mientras él está de compras* como maltrato fue significativamente superior respecto a la población general (66,8%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los trabajadores sociales y profesionales sanitarios.

Tabla 16. Percepción y diferencias entre los grupos del estudio de las estrategias consideradas maltrato.

Ítem	Consideración	Clasificación n (%)			Total	Prueba Chi-Cuadrado	
		PG	PS	TS		Valor g.l.	p
Aceptar la decisión de su madre de no asearse	No maltrato	346a (92,0)	138a (85,7)	97a (92,4)	581 (90,5)	6,15	2 0,046
	Maltrato	30a (8,0)	23b (14,3)	8a,b (7,6)	61 (9,5)		
Encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo	No maltrato	268a (71,3)	86b (53,4)	67a,b (63,8)	421 (65,6)	16,1	2 <0,001
	Maltrato	108a (28,7)	75b (46,6)	38a,b (36,2)	221 (34,4)		
Atarla a una silla para que ella no pueda levantarse mientras él está de compras.	No maltrato	125a (33,2)	20b (12,4)	5b (4,8)	150 (23,4)	51,6	2 <0,001
	Maltrato	251a (66,8)	141b (87,6)	100b (95,2)	492 (76,6)		

PG: población general. PS: profesionales sanitarios. TS: trabajadores sociales. g.l.: grados libertad.

a-b: Comparación proporciones columna Bonferroni. Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$

Resultados

La Tabla 17 muestra los resultados de las cinco estrategias categorizadas en nuestro estudio como posiblemente maltrato. En ella se observa que el porcentaje de profesionales sanitarios que consideró maltrato la estrategia *decirle que no puede desayunar hasta que no se haya bañado* fue significativamente superior (13,0%) al de población general (5,35%) y al de los trabajadores sociales (1,9%), no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre estos dos últimos grupos. El porcentaje de profesionales sanitarios que consideró maltrato *decirle que si la situación sigue por el mismo camino y no mejora tendrá que ir a vivir a otra parte* fue significativamente superior (18,6%) a los trabajadores sociales (7,6%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos y la población general. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el resto de estrategias categorizadas como posiblemente maltrato.

Tabla 17. Percepción y diferencias entre los grupos del estudio de las estrategias consideradas posiblemente maltrato.

Ítem	Consideración	Clasificación n (%)			Total	Prueba Chi-Cuadrado	
		PG	PS	TS		Valor g.l.	p
No contestarle cuando ella le pregunta por su cartilla del banco, porque cualquier cosa que le dice, hace que esté mas enfadada	No maltrato	356a (94,7)	148a (91,9)	102a (97,1)	606 (94,4)	3,41	2 0,182
	Maltrato	20a (5,3)	13a (8,1)	3a (2,9)	36 (5,6)		
Decirle que no puede desayunar hasta que no se haya bañado.	No maltrato	356a (94,7)	140b (87,0)	103a (98,1)	599 (93,3)	15,4	2 <0,001
	Maltrato	20a (5,3)	21b (13,0)	2a (1,9)	43 (6,7)		
Decirle que si la situación sigue por el mismo camino y no mejora tendrá que ir a vivir a otra parte.	No maltrato	24a, b (86,2)	131b (81,4)	97a (92,4)	552 (86,0)	6,42	2 0,040
	Maltrato	52a, b (13,8)	30b (18,6)	8a (7,6)	90 (14,0)		
Ocultar medicamentos en sus comidas para que ella no se niegue a tomarlos	No maltrato	371a (98,7)	158a (98,1)	104a (99,0)	633 (98,6)	0,42	2 0,812
	Maltrato	5a (1,3)	3a (1,9)	1a (1,0)	9 (1,4)		
No la llevará a las reuniones familiares como el cumpleaños de su nieta, ya que es probable que su comportamiento le haga sentirse avergonzado	No maltrato	290a (77,1)	119a (73,9)	82a (78,1)	491 (76,5)	0,83	2 0,660
	Maltrato	86a (22,9)	42a (26,1)	23a (21,9)	151 (23,5)		

PG: población general. PS: profesionales sanitarios. TS: trabajadores sociales. g.l.: grados libertad.

a-b: Comparación proporciones columna Bonferroni. Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$

La Tabla 18 muestra los resultados de las cinco estrategias categorizadas en nuestro estudio como no maltrato. El 100% del total de la muestra consideró no maltrato tres de las cinco estrategias planteadas: *poner a su madre una pulsera con su identificación para que pueda ser ayudada si ella se pierde por la calle, ponerse en contacto con servicios sociales para solicitar plaza en un centro de día ya que ella no está segura cuando se queda sola en casa y poner una nota diaria en su habitación para recordarle que debe bañarse*. Respecto a las dos estrategias restantes, un 2,2% consideró maltrato *camuflar la puerta de entrada a casa al cubrirla con una cortina para evitar que salga de la casa* y un 0,3% consideró maltrato *consultar con su médico de familia sobre alguna medicación para su madre que pudiera mejorar la situación*. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales) en las estrategias categorizadas como no maltrato.

Tabla 18. Percepción y diferencias entre los grupos del estudio de las estrategias consideradas no maltrato.

Ítem	Consideración	Clasificación n (%)			Total	Prueba Chi-Cuadrado	
		PG	PS	TS		Valor g.l.	p
Poner a su madre una pulsera con su identificación para que pueda ser ayudada si ella se pierde por la calle	No maltrato	376a (100,0)	161a (100,0)	105a (100,0)	642 (100,0)	0,71	2 0,702
	Maltrato						
Camuflar la puerta de entrada a casa al cubrirla con una cortina para evitar que salga de la casa	No maltrato	368a (97,9)	159a (98,8)	101a (96,2)	628 (97,8)	1,98	2 0,372
	Maltrato	8a (2,1)	2a (1,2)	4a (3,8)	14 (2,2)		
Consultar con su médico de familia sobre alguna medicación para su madre que pudiera mejorar la situación	No maltrato	376a (100,0)	159a (98,8)	105a (100,0)	640 (99,7)	5,99	2 0,059
	Maltrato		2a (1,2)		2 (0,3)		
Ponerse en contacto con servicios sociales para solicitar plaza en un centro de día ya que ella no está segura cuando se queda sola en casa	No maltrato	376a (100,0)	161a (100,0)	105a (100,0)	642 (100,0)		
	Maltrato						
Poner una nota diaria en su habitación para recordarle que debe bañarse	No maltrato	376a (100,0)	161a (100,0)	105a (100,0)	642 (100,0)		
	Maltrato						

PG: población general. PS: profesionales sanitarios. TS: trabajadores sociales. g.l.: grados libertad.

a-b: Comparación proporciones columna Bonferroni. Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$

En la Tabla 19 se muestra las comparaciones Post Hoc χ^2 de las diferencias significativas entre población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales en las estrategias planteadas. Significativamente hay más probabilidad de que los profesionales sanitarios identifiquen de forma correcta las tres estrategias categorizadas como maltrato que la población general. Significativamente es 1,08 veces más probable que los profesionales sanitarios reconozcan *decirle que no puede desayunar hasta que no se haya bañado* de forma correcta como maltrato que la población general [IC 95%:1,02-1,16]. Los trabajadores sociales significativamente respecto a la población general tienen 9,96 veces más probabilidad de reconocer de forma correcta como maltrato *atarla a una silla para que no se pueda levantarse mientras él está de compras* [IC 95%:3,95-25,07]. Los trabajadores sociales tienen más probabilidad de identificar de forma correcta como maltrato *decirle que si la situación sigue por el mismo camino y no mejora tendrá que ir a vivir a otra parte*, que los profesionales sanitarios obteniendo una OR de 2,44 [IC 95%:1,16-5,12].

Tabla 19. Comparaciones Post Hoc χ^2 de las diferencias significativas entre población general, profesionales sanitarios y trabajadores sociales de las estrategias sugeridas.

Estrategias	Maltrato vs No maltrato (PG vs PS)			Maltrato vs No maltrato (PG vs TS)			Maltrato vs No maltrato (PS vs. TS)			
	χ^2 (gl)	P	Odds Ratio IC 95%	χ^2 (gl)	P	Odds Ratio IC 95%	χ^2 (gl)	P	Odds Ratio IC 95%	
Maltrato	Aceptar la decisión de su madre de no afeitarse	5,04 (1)	0,02	1,92 (1,07-3,42)	0,01 (1)	0,546	0,95 (0,42-2,4)	2,74 (1)	0,07	0,49 (0,21-1,15)
	Encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo	16,00 (1)	<0,001	2,16 (1,47-3,17)	2,16 (1)	0,089	1,40 (0,89-2,22)	2,81 (1)	0,06	0,65 (0,39-1,07)
	Atarla a una silla para que no se pueda levantarse mientras él está de compras	24,79 (1)	<0,001	3,51 (2,09-5,87)	33,76 (1)	<0,001	9,96 (3,95-25,07)	3,38 (1)	0,066	2,83 (1,03-7,81)
Posiblemente maltrato	Decirle que no puede desayunar hasta que no se haya bañado	9,53 (1)	0,02	1,08 (1,02-1,16)	2,19 (1)	0,18	0,96 (0,931-1,00)	9,98 (1)	0,001	6,84 (1,64-28,59)
	Decirle que si la situación sigue por el mismo camino y no mejora tendrá que ir a vivir a otra parte	2,01 (1)	0,1	1,05 (0,09-1,15)	2,90 (1)	0,097	0,93 (0,87-0,99)	6,29 (1)	0,012	2,44 (1,16-5,12)

PG: población general; PS: profesionales sanitarios; TS: trabajadores sociales; gl: grados de libertad; IC: intervalo condianza.

Fueron incluidos en el modelo final de regresión logística multivariante todas las variables que resultaron asociadas estadísticamente significativas a cada una de las tres estrategias definidas como maltrato y los factores asociados en el modelo final aparecen recogidos en la siguiente tabla:

Tabla 20. Resultados del modelo final de regresión logística multivariante.

Estrategias	Factores de riesgo		Odds Ratio	IC 95%	p
Aceptar la decisión de su madre de no asearse					
	¿Tienes contacto en tu vida personal con una persona con demencia?	No	Ref.		
		Sí	1,78	1,30-3,12	0,045
Encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo					
	¿Tienes contacto en tu vida personal con una persona con demencia?	No	Ref.		
		Sí	1,37	1,29-1,93	0,044
Atarla a una silla para que ella no pueda levantarse mientras él está de compras					
		Estudios primarios	Ref.		
	Nivel de formación	Estudios medios	1,3	0,72-2,34	0,38
		Estudios Universitarios	2,02	1,10-3,70	0,022
		Edad	> 45 años	Ref.	
		≤ 45 años	1,89	1,21-2,95	0,005
		Población general	Ref.		
	Profesión	Profesionales sanitarios	1,65	0,88-3,10	0,11
		Trabajadores sociales	5,13	1,89-13,97	0,001

IC: intervalo de confianza

Tener contacto en su vida personal con una persona con demencia fue el único asociado a identificar la estrategia *aceptar la decisión de su madre de no asearse* como maltrato, obteniendo una OR de 1,78 [IC 95%: 1,30-3,12].

También el único factor de riesgo asociado a identificar la estrategia *encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo* como maltrato, fue tener contacto en su vida personal con una persona con demencia, siendo 1,37 veces [IC 95%: 1,29-1,93] más probable.

El principal factor de riesgo que resultó asociado a señalar la estrategia *atarla a una silla para que ella no pueda levantarse mientras está de compras* como maltrato fue la profesión, siendo los trabajadores sociales quienes con mayor probabilidad (OR 5,13 [IC 95%: 1,89-13,97] la identifican así, respecto a la población general.

El nivel de formación fue el segundo factor de riesgo asociado más importante a identificar la estrategia *atarla a una silla para que ella no pueda levantarse mientras está de compras*, como maltrato, siendo 2,02 veces [IC 95%: 1,10-3,70] más probable que lo hagan sujetos con estudios universitarios respecto a sujetos con estudios primarios.

La edad menor de 45 años fue el factor de riesgo que resultó asociado a identificar esta estrategia *atarla a una silla para que ella no pueda levantarse mientras está de compras* como maltrato, obteniendo esta categoría una OR de 1,89 [IC95%: 1,21-2,95] respecto a la de referencia (mayores de 45 años).

4.3. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES DE LOS PROFESIONALES

4.3.1. Actitudes hacia el maltrato a las personas mayores (parte A)

A continuación se muestran los resultados del análisis del grado de acuerdo en cuatro afirmaciones planteadas a los profesionales de nuestro estudio sobre actitudes hacia el maltrato a las personas mayores, en función del profesional (médico, enfermero/a y trabajador social), proporción de contacto en su actividad profesional con personas mayores, sexo, edad y lugar de trabajo. El lugar de trabajo solo se analizó en médicos y enfermeros/as.

- Sólo el buen funcionamiento del sistema judicial podrá parar el maltrato a personas mayores
- Internar a la víctima mayor de maltrato en un hogar de ancianos es...
- Es útil para una persona mayor maltratada emitir una orden de alejamiento al maltratador
- Internar a una víctima de malos tratos en una residencia de ancianos en contra de su voluntad es...

La evaluación de estas afirmaciones se basó en una escala de cinco puntos tipo Likert (1: absolutamente no/inútil, 5: absolutamente sí/útil).

El grado de acuerdo de los médicos en *solo el buen funcionamiento del sistema judicial podrá parar el maltrato a personas mayores* es significativamente inferior respecto a enfermeros/as y trabajadores sociales, no encontrando diferencias entre estos dos últimos. En el resto de afirmaciones planteadas no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre médicos, enfermeros y trabajadores sociales (Tabla 21).

Respecto al resto de variables, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en las afirmaciones planteadas (Tabla 21).

Tabla 21. Actitudes hacia el maltrato a las personas mayores por los profesionales (parte A).

Variable (n)	Solo el buen funcionamiento del sistema judicial podrá parar el maltrato a personas mayores		Internar a la víctima mayor de maltrato en un hogar de ancianos es		Es útil para una persona mayor maltratada emitir una orden alejamiento al maltratador		Internar a la víctima de malos tratos en una residencia de ancianos en contra su voluntad	
	Media (DT)	ANOVA (g.l.)	Media (DT)	ANOVA (g.l.)	Media (DT)	ANOVA (g.l.)	Media (DT)	ANOVA (g.l.)
Profesional		F(2,263)=3,54; p=0,030		F(2,263)=2,56; p=0,079		F(2,263)=1,09; p=0,338		F(2,263)=1,64; p=0,196
Médico (114)	2,72 (1,1) a		3,79 (1,1)		3,69 (1,3)		2,18 (1,1)	
Enfermero (47)	3,17 (1,3) b		4,09 (1,0)		3,94 (1,5)		1,96 (1,1)	
Trabajador social (105)	3,05 (1,1) b		3,69 (1,0)		3,90 (1,0)		1,94 (0,8)	
Contacto		F(2,263)=2,762; p=0,065		F(2,263)=1,20; p=0,302		F(2,263)=0,66; p=0,519		F(2,263)=0,42; p=0,656
< 50% (137)	2,94 (1,2)		3,72 (1,0)		3,75 (1,2)		1,99 (1,0)	
50-75% (61)	3,16 (1,1)		3,95 (1,0)		3,97 (1,3)		2,13 (1,1)	
> 75% (68)	2,69 (1,1)		3,84 (1,0)		3,82 (1,3)		2,07 (1,0)	
Sexo		t-Student (g.l.)		t-Student (g.l.)		t-Student (g.l.)		t-Student (g.l.)
		t(264)=-0,68; p=0,500		t(264)=0,38; p=0,704		t(264)=-1,81; p=0,072		t(264)=0,41; p=0,684
Hombre (85)	2,86 (1,2)		3,84 (1,0)		3,62 (1,3)		2,08 (1,1)	
Mujer (181)	2,96 (1,1)		3,78 (1,0)		3,91 (1,2)		2,03 (1,0)	
Edad		t(264)=-1,09; p=0,277		t(264)=-1,37; p=0,172		t(264)=-0,41; p=0,679		t(264)=0,84; p=0,401
≤ 45 años (196)	2,88 (1,1)		3,75 (1,0)		3,80 (1,2)		2,08 (1,0)	
> 45 años (70)	3,06 (1,3)		3,94 (1,1)		3,87 (1,4)		1,96 (1,1)	
Lugar trabajo		t(159)=-0,26; p=0,796		t(159)=-0,44; p=0,658		t(159)=1,33; p=0,187		t(159)=-1,12; p=0,264
Atención Primaria (81)	2,83 (1,2)		3,84 (1,1)		3,9 (1,3)		2,01 (1,1)	
Hospital (80)	2,88 (1,1)		3,91 (1,0)		3,63 (1,4)		2,21 (1,2)	

a-b: Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Tukey). g.l.: grados libertad

Respuesta en una escala Likert de cinco puntos (1-absolutamente no/inútil; 5- absolutamente sí/útil)

4.3.2. Actitudes hacia el maltrato a las personas mayores (parte B)

A continuación se muestran los resultados del análisis de la opinión de los profesionales del estudio en cuatro de las afirmaciones planteadas sobre actitudes hacia el maltrato a personas mayores, en función del profesional (médico, enfermero/a y trabajador social), proporción de contacto en su actividad profesional con personas mayores, sexo, edad y lugar de trabajo. El lugar de trabajo solo se analizó en los médicos y enfermeros.

- España cuenta con servicios suficientes para satisfacer las necesidades de los ancianos maltratados
- Denunciar el maltrato hará que aumente la furia del agresor y la intensidad del maltrato
- Las familias de las víctimas de malos tratos van a creer que yo como profesional sanitario soy el que informó sobre el maltrato
- Si informo sobre un caso de maltrato a personas mayores, creo que con el tiempo se conocerá que he sido yo quien informé el caso y mi relación con el paciente se dañará

La evaluación de estas afirmaciones se basó en una escala tipo Likert de tres puntos (falso, no estoy seguro/a y verdadero).

Casi el 50% de los profesionales no estaban seguros si España cuenta con servicios suficientes para satisfacer las necesidades de los ancianos maltratados. Solo encontramos diferencias estadísticamente significativas en la edad y el tipo de profesional. Solamente el 6,8% de los profesionales del estudio opinaba que España cuenta con los servicios suficientes. El porcentaje de trabajadores sociales que consideraba esta afirmación verdadera fue significativamente superior (12,4%) respecto a los médicos (2,6%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos y los enfermeros/as. Los mayores de 45 años en un porcentaje superior (64,3%) a los menores de 45 años indicaron que esta afirmación era falsa. Los resultados comentados se muestran en la Tabla 22.

Tabla 22. España cuenta con servicios suficientes para satisfacer las necesidades de los ancianos maltratados.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				9,49 (4)	0,050
Médico (114)	52a (45,6)	59a (51,8)	3a (2,6)		
Enfermero/a (47)	24a (51,1)	21a (44,7)	2a, b (4,3)		
Trabajador social (105)	47a (44,8)	45a (42,9)	13b (12,4)		
Total	123 (46,2)	125 (47,0)	18 (6,8)		
Contacto				8,10 (4)	0,088
< 50% (137)	55a (40,1)	68a (49,6)	14a (10,2)		
50-75% (61)	32a (52,5)	28a (45,9)	1a (1,6)		
> 75% (68)	36a (52,9)	29a (42,6)	3a (4,4)		
Total	123 (46,2)	125 (47,0)	18 (6,8)		
Sexo				4,52 (2)	0,104
Hombre (85)	32a (37,6)	48a (56,5)	5a (5,9)		
Mujer (181)	91a (50,3)	77b (42,5)	13a (7,2)		
Total	123 (46,2)	125 (47,0)	18 (6,8)		
Edad				12,6 (2)	0,002
≤ 45 años (196)	78a (39,8)	104a (53,1)	14a (7,1)		
> 45 años (70)	45b (64,3)	21b (30,0)	4a (5,7)		
Total	123 (46,2)	125 (47,0)	18 (6,8)		
Lugar trabajo				3,06 (2)	0,216
Atención Primaria (81)	41a (50,6)	36a (44,4)	4a (4,9)		
Hospital (80)	35a (43,8)	44a (55,0)	1a (1,3)		
Total	76 (47,2)	80 (49,7)	5 (3,1)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni). g.l.:grados libertad

Aproximadamente el 50% de los profesionales no están seguros si *denunciar el maltrato hará que aumente la furia del agresor y la intensidad del maltrato*. Un porcentaje entre el 10 y 17% de los encuestados piensa que la denuncia de una situación de maltrato puede producir un aumento de la intensidad del mismo. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas. En la Tabla 23 se muestran los resultados comentados.

Tabla 23. Denunciar el maltrato hará que aumente la furia del agresor y la intensidad del maltrato.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				4,38 (4)	0,356
Médico (114)	46a (40,4)	55a (48,2)	13a (11,4)		
Enfermero/a (47)	19a (40,4)	20a (42,6)	8a (17,0)		
Trabajador social (105)	54a (51,4)	41a (39,0)	10a (9,5)		
Total	119 (44,7)	116 (43,6)	31 (11,7)		
Contacto				2,37 (4)	0,667
< 50% (137)	65a (47,4)	59a (43,1)	13a (9,5)		
50-75% (61)	24a (39,3)	27a (44,3)	10a (16,4)		
> 75% (68)	30a (44,1)	30a (44,1)	8a (11,8)		
Total	119 (44,7)	116 (43,6)	31 (11,7)		
Sexo				1,77 (2)	0,412
Hombre (85)	35a (41,2)	37a (43,5)	13a (15,3)		
Mujer (181)	84a (46,4)	79a (43,6)	18a (9,9)		
Total	119 (44,7)	116 (43,6)	31 (11,7)		
Edad				0,81 (2)	0,668
≤ 45 años (196)	90a (45,9)	85a (43,4)	21a (10,7)		
> 45 años (70)	29a (41,4)	31a (44,3)	10a (14,3)		
Total	119 (44,7)	116 (43,6)	31 (11,7)		
Lugar trabajo				2,67 (2)	0,262
Atención Primaria (81)	32a (39,5)	35a (43,2)	14a (17,3)		
Hospital (80)	33a (41,3)	40a (50,0)	7a (8,8)		
Total	65 (40,4)	75 (46,6)	21 (13,0)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni) gl:grados libertad

El 48,9% de los profesionales del estudio indicó que no estaba seguro/a si las familias de las víctimas de malos tratos van a creer que yo como profesional sanitario soy el que informé sobre el maltrato. Entre el 30 y 40% de los profesionales piensa que van a ser señalados por los familiares como responsables de la identificación de una posible situación de maltrato. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas. Los resultados de esta afirmación se muestran en la Tabla 24.

Tabla 24. Las familias de las víctimas de malos tratos van a creer que yo como profesional sanitario soy el que informo sobre el maltrato.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				5,51 (4)	0,238
Médico (114)	13a (11,4)	61a (53,5)	40a (35,1)		
Enfermero/a (47)	6a (12,8)	22a (46,8)	19a (40,4)		
Trabajador social (105)	23a (21,9)	47a (44,8)	35a (33,3)		
Total	42 (15,8)	130 (48,9)	94 (35,3)		
Contacto				5,52 (4)	0,238
< 50% (137)	25a (18,2)	59a (43,1)	53a (38,7)		
50-75% (61)	9a (14,8)	30a (49,2)	22a (36,1)		
> 75% (68)	8a (11,8)	41a (60,3)	19a (27,9)		
Total	42 (15,8)	130 (48,9)	94 (35,3)		
Sexo				1,11 (2)	0,572
Hombre (85)	11a (12,9)	45a (52,9)	29a (34,1)		
Mujer (181)	31a (17,1)	85a (47,0)	65a (35,9)		
Total	42 (15,8)	130 (48,9)	94 (35,3)		
Edad				0,15 (2)	0,93
≤ 45 años (196)	31a (15,8)	97a (49,5)	68a (34,7)		
> 45 años (70)	11a (15,7)	33a (47,1)	26a (37,1)		
Total	42 (15,8)	130 (48,9)	94 (35,3)		
Lugar trabajo				3,70 (2)	0,157
Atención Primaria (81)	13a (16,0)	37a (45,7)	31a (38,3)		
Hospital (80)	6a (7,5)	46a (57,5)	28a (35,0)		
Total	19 (11,8)	83 (51,6)	59 (36,6)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni) gl:grados libertad

Como se muestra en la Tabla 25, algo más de la mitad de los profesionales del estudio (51,1%) no estaban de acuerdo con que si informo sobre un caso de maltrato a personas mayores, creo que con el tiempo se conocerá que he sido yo quien informé el caso y mi relación con el paciente se dañará. El 16% de los profesionales consideran que si informan sobre un caso de maltrato la relación con el paciente se verá perjudicada y aproximadamente el 40% no tenía una opinión sobre ello. Los trabajadores sociales consideraron esta afirmación falsa en un porcentaje significativamente superior (61,9%) respecto a los médicos (39,5%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estos dos colectivos y los enfermeros/as. Los hombres consideraron verdadera esta afirmación en un porcentaje superior (22,4%) respecto a las mujeres (8,35%). El

porcentaje de individuos con edad inferior a 45 años que no está de acuerdo con esta afirmación fue superior (55,1%) al de los mayores de 45 años (40,0%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el contacto con personas mayores y el lugar de trabajo.

Tabla 25. Si informo sobre un caso de maltrato a personas mayores, creo que con el tiempo se conocerá que he sido yo el que informé el caso y mi relación con el paciente se dañará.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				12,8 (4)	0,012
Médico (114)	45a (39,5)	48a (42,1)	21a (18,4)		
Enfermero/a (47)	26a, b (55,3)	16a (34,0)	5a (10,6)		
Trabajador social (105)	65b (61,9)	32a (30,5)	8a (7,6)		
Total	136 (51,1)	96 (36,1)	34 (12,8)		
Contacto				8,02 (4)	0,091
< 50% (137)	66a (48,2)	56a (40,9)	15a (10,9)		
50-75% (61)	28a (45,9)	25a, b (41,0)	8a (13,1)		
> 75% (68)	42a (61,8)	15b (22,1)	11a (16,2)		
Total	136 (51,1)	96 (36,1)	34 (12,8)		
Sexo				10,4 (2)	0,006
Hombre (85)	40a (47,1)	26a (30,6)	19a (22,4)		
Mujer (181)	96a (53,0)	70a (38,7)	15b (8,3)		
Total	136 (51,1)	96 (36,1)	34 (12,8)		
Edad				12,0 (2)	0,002
≤ 45 años (196)	108a (55,1)	59a (30,1)	29a (14,8)		
> 45 años (70)	28b (40,0)	37b (52,9)	5a (7,1)		
Total	136 (51,1)	96 (36,1)	34 (12,8)		
Lugar trabajo				4,83 (2)	0,089
Atención Primaria (81)	34a (42,0)	38a (46,9)	9a (11,1)		
Hospital (80)	37a (46,3)	26a (32,5)	17a (21,3)		
Total	71 (44,1)	64 (39,8)	26 (16,1)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni). gl:grados libertad

4.3.3. Nivel de conocimiento general sobre el maltrato a personas mayores

A continuación se muestran los resultados del análisis del grado de acuerdo en las diez afirmaciones planteadas a los profesionales de nuestro estudio sobre sus conocimientos generales sobre el maltrato a personas mayores, en función del tipo de

profesional (médico, enfermero/a y trabajador social), proporción de contacto en su actividad profesional con personas mayores, sexo, edad y lugar de trabajo. El lugar de trabajo solo se analizó en los médicos y enfermeros/as.

Para el análisis, las diez afirmaciones se han dividido en dos bloques, en función del tipo de respuesta. En la Tabla 26 se muestran los resultados del primer bloque de afirmaciones, que se presentan en el siguiente cuadro, cuya evaluación se basó en una escala tipo Likert de cinco puntos (1:absolutamente no/totalmente en desacuerdo/totalmente útil, 5:Absolutamente sí/ Totalmente de acuerdo/Totalmente útil).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - El manejo del maltrato a los ancianos es principalmente responsabilidad del profesional sanitario - No hay nada que hacer en los casos crónicos de maltrato a personas mayores - Las administraciones públicas tienen que estar involucradas y proteger en todos los casos a las personas mayores víctimas de malos tratos - En mi opinión, la intervención del sistema judicial en casos de maltrato a personas mayores es... |
|---|

El grado de acuerdo de los menores de 45 años en que *el manejo del maltrato a los ancianos es principalmente responsabilidad del profesional sanitario* fue significativamente superior al de los edad mayores de 45 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta afirmación en las variables restantes.

Todos los profesionales piensan que si es posible *actuar en los casos crónicos de maltrato*, aunque lo consideran significativamente más los trabajadores sociales. El grado de acuerdo de los médicos en que no hay nada que hacer en los casos crónicos de maltrato a personas mayores fue significativamente superior al de los trabajadores sociales, no encontrando diferencias estadísticamente significativas con los enfermeros/as. El grado de acuerdo de los mayores de 45 años, en la afirmación anterior, fue superior al de los menores de 45 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la proporción de contacto con personas mayores, lugar de trabajo y sexo.

La mayoría de los profesionales piensan que es una obligación de los poderes públicos la protección de los mayores, siendo significativamente mayor el grado de acuerdo de los trabajadores sociales. El grado de acuerdo de los trabajadores sociales

con la afirmación de que *las administraciones públicas tienen que estar involucradas y proteger en todos los casos a las personas mayores víctimas de malos tratos* fue significativamente superior al de los médicos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estos dos últimos y los enfermeros/as. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el porcentaje de contacto con personas mayores, sexo, edad de los profesionales y lugar de trabajo.

La mayoría de los profesionales consideran de una utilidad media la *intervención del sistema judicial en los casos de maltrato al anciano*. No encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto a ninguna de las variables analizadas cuando se preguntó a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales por su opinión sobre la intervención del sistema judicial en casos de maltrato a personas mayores.

Tabla 26. Nivel de conocimiento general sobre le maltrato a personas mayores (I).

	El manejo del maltrato a los ancianos es principalmente responsabilidad del PS		No hay nada que hacer en los casos crónicos de maltrato a PM		Las admin. públicas tienen que estar involucradas y proteger en todos los casos a las PM víctimas de malos tratos		En mi opinión, la intervención del sistema judicial en casos de maltrato a PM es	
Variable (n)	Media (DT)	ANOVA (g.l.)	Media (DT)	ANOVA (g.l.)	Media (DT)	ANOVA (g.l.)	Media (DT)	ANOVA (g.l.)
Profesional		F(2,263)=0,00; p=1,000		F(2,263)=9,53 ; p<0,001		F(2,263)=6,32; p=0,002		F(2,263)=1,27; p=0,283
Médico (114)	2,45 (1,0)		1,54 (1,0) a		4,56 (0,9) a		3,49 (1,2)	
Enfermero/a (47)	2,45 (1,2)		1,81 (1,4) a,b		4,68 (0,7) a,b		3,62 (1,3)	
Trabajador social (105)	2,45 (0,9)		1,12 (0,7) b		4,90 (0,4) b		3,73 (1,0)	
Contacto		F(2,263)=0,00; p=0,996		F(2,263)=1,21; p=0,299		F(2,263)=0,96; p=0,383		F(2,263)=0,52; p=0,594
< 50% (137)	2,45 (1,0)		1,34 (0,9)		4,70 (0,7)		3,58 (1,1)	
50-75% (61)	2,44 (1,0)		1,44 (0,9)		4,64 (0,8)		3,74 (1,1)	
> 75% (68)	2,44 (1,1)							
Sexo		t-Student (g.l.)		t-Student (g.l.)		t-Student (g.l.)		t-Student (g.l.)
Hombre (85)	2,38 (1,0)	t(264)=-0,80; p=0,425	1,56 (1,1)	t(264)=1,56; p=0,120	4,60 (0,8)	t(264)=-1,80; p=0,073	3,76 (1,2)	t(264)=1,55; p=0,122
Mujer (181)	2,48 (1,0)		1,36 (0,9)		4,77 (0,6)		3,54 (1,1)	
Edad		t(264)=2,03; p=0,044		t(264)=-2,13; p=0,034		t(264)=1,17; p=0,241		t(264)=-0,91; p=0,363
≤ 45 años (196)	2,52 (1,0)		1,35 (0,9)		4,74 (0,6)		3,57 (1,1)	
> 45 años (70)	2,24 (1,0)		1,64 (1,2)		4,63 (0,9)		3,71 (1,2)	
Lugar trabajo		t(159)=-1,36; p=0,176		t(159)=-0,88; p=0,380		t(159)=-0,06; p=0,956		t(159)=0,42; p=0,673
Atención Primaria (81)	2,33 (1,1)		1,54 (1,0)		4,59 (0,8)		3,57 (1,2)	
Hospital (80)	2,56 (1,0)		1,70 (1,2)		4,60 (0,9)		3,49 (1,2)	

PM: personas mayores; PS: profesional sanitario; a-b: Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel p< 0,05 (Tukey) g.l.: grados libertad

Respuesta en una escala tipo Likert de cinco puntos (1- absolutamente no/totalmente en desacuerdo/totalmente inútil; 5- Absolutamente sí/totalmente de acuerdo/Totalmente útil)

A continuación se muestran los resultados del segundo bloque de afirmaciones sobre el nivel de conocimiento general sobre el maltrato, cuya evaluación se basó en una escala de tres puntos tipo Likert (falso, no estoy seguro y verdadero):

- Muy pocos adultos mayores son maltratados
- Muy pocos adultos mayores están en situación de negligencia
- Los adultos mayores son más propensos al maltrato que los niños
- Personas con experiencia en mi profesión pueden diagnosticar casos de maltrato a personas mayores
- El mayor número de casos de maltrato a personas mayores implica sólo lesiones leves
- La mayoría de los casos de maltrato a personas mayores nunca son vistos por el médico u otros profesionales sanitarios

Casi la mitad de los profesionales, 49,2%, indicó que no estaba seguro/a si hay *pocos adultos mayores que sean maltratados*. Sin embargo, el 48,5% de los profesionales piensan que existen adultos maltratados y su incidencia no es despreciable. El porcentaje de trabajadores sociales que la consideró falsa fue significativamente superior (55,2%) al de médicos (38,6%), no existiendo entre estos dos grupos de profesionales diferencias estadísticamente significativas con los enfermeros/as. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el resto de variable analizadas. Los resultados comentados se muestran en la Tabla 27.

Tabla 27. Muy pocos adultos mayores son maltratados.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				9,63 (4)	0,047
Médico (114)	44a (38,6)	67a (58,8)	3a (2,6)		
Enfermero/a (47)	27a, b (57,4)	18a (38,3)	2a (4,3)		
Trabajador social (105)	58b (55,2)	46a (43,8)	1a (1,0)		
Total	129 (48,5)	131 (49,2)	6 (2,3)		
Contacto				7,17 (4)	0,127
< 50% (137)	60a (43,8)	74a (54,0)	3a (2,2)		
50-75% (61)	27a, b (44,3)	33a, b (54,1)	1a (1,6)		
> 75% (68)	42b (61,8)	24b (35,3)	2a (2,9)		
Total	129 (48,5)	131 (49,2)	6 (2,3)		
Sexo				5,72 (2)	0,057
Hombre (85)	34a (40,0)	47a (55,3)	4a (4,7)		
Mujer (181)	95a (52,5)	84a (46,4)	2a (1,1)		
Total	129 (48,5)	131 (49,2)	6 (2,3)		
Edad				5,19 (2)	0,074
≤ 45 años (196)	97a (49,5)	97a (49,5)	2a (1,0)		
> 45 años (70)	32a (45,7)	34a (48,6)	4a (5,7)		
Total	129 (48,5)	131 (49,2)	6 (2,3)		
Lugar trabajo				4,35 (2)	0,113
Atención Primaria (81)	40a (49,4)	37a (45,7)	4a (4,9)		
Hospital (80)	31a (38,8)	48a (60,0)	1a (1,3)		
Total	71 (44,1)	85 (52,8)	5 (3,1)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni) gl: grados libertad

El 48,5% de los profesionales señaló que era falso que *muy pocos adultos mayores están en situación de negligencia*; un porcentaje cercano (47,4%) no estaba seguro/a. El porcentaje de mujeres que consideró que existen muchos adultos en situación de negligencia fue significativamente superior (54,7%) al de hombres (35,3%). No encontramos diferencias estadísticamente significativas con el tipo de profesional, el porcentaje de contacto con personas mayores, la edad y el lugar de trabajo. Los resultados de esta afirmación se muestran en la Tabla 28.

Tabla 28. Muy pocos adultos mayores están en situación de negligencia.

Variable (n)	Respuesta n(%)			X ² (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				6,83 (4)	0,148
Médico (114)	49a (43,0)	58a (50,9)	7a (6,1)		
Enfermero/a (47)	21a (44,7)	22a (46,8)	4a (8,5)		
Trabajador social (105)	59a (56,2)	46a (43,8)			
Total	129 (48,5)	126 (47,4)	11 (4,1)		
Contacto				6,80 (4)	0,147
< 50% (137)	61a (44,5)	69a (50,4)	7a (5,1)		
50-75% (61)	27a (44,3)	33a (54,1)	1a (1,6)		
> 75% (68)	41a (60,3)	24a (35,3)	3a (4,4)		
Total	129 (48,5)	126 (47,4)	11 (4,1)		
Sexo				8,87 (2)	0,012
Hombre (85)	30a (35,3)	50a (58,8)	5a (5,9)		
Mujer (181)	99b (54,7)	76b (42,0)	6a (3,3)		
Total	129 (48,5)	126 (47,4)	11 (4,1)		
Edad				4,72 (2)	0,094
≤ 45 años (196)	97a (49,5)	94a (48,0)	5a (2,6)		
> 45 años (70)	32a (45,7)	32a (45,7)	6a (8,6)		
Total	129 (48,5)	126 (47,4)	11 (4,1)		
Lugar trabajo				2,97 (2)	0,226
Atención Primaria (81)	39a (48,1)	35a (43,2)	7a (8,6)		
Hospital (80)	31a (38,8)	45a (56,3)	4a (5,0)		
Total	70 (43,5)	80 (49,7)	11 (6,8)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni); g.l.:grados libertad

El 60,5% de los profesionales señaló que no estaba seguro/a si *los adultos mayores son más propensos al maltrato que los niños*, siendo significativamente mayor el porcentaje de trabajadores sociales respecto a médicos y enfermeros/as, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estos dos últimos. Los profesionales sanitarios piensan que son más los mayores que sufren situaciones de maltrato que los niños, al contrario de lo que opinan los trabajadores sociales. También los profesionales varones y mayores de 45 años opinan que las personas mayores son más propensas a situaciones de maltrato que los niños. No encontramos diferencias estadísticamente significativas con el porcentaje de contacto con personas mayores y el lugar de trabajo. Los resultados comentados se muestran en la Tabla 29.

Tabla 29. Los adultos mayores son más propensos al maltrato que los niños.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				40,3 (4)	<0,001
Médico (114)	7a (6,1)	53a (46,5)	54a (47,4)		
Enfermero/a (47)	3a (6,4)	23a (48,9)	21a (44,7)		
Trabajador social (105)	10a (9,5)	85b (81,0)	10b (9,5)		
Total	20 (7,5)	161 (60,5)	85 (32,0)		
Contacto				6,08 (4)	0,193
< 50% (137)	13a (9,5)	85a (62,0)	39a (28,5)		
50-75% (61)	6a (9,8)	33a (54,1)	22a (36,1)		
> 75% (68)	1a (1,5)	43a (63,2)	24a (35,3)		
Total	20 (7,5)	161 (60,5)	85 (32,0)		
Sexo				16,1 (2)	<0,001
Hombre (85)	3a (3,5)	41a (48,2)	41a (48,2)		
Mujer (181)	17a (9,4)	120b (66,3)	44b (24,3)		
Total	20 (7,5)	161 (60,5)	85 (32,0)		
Edad				10,4 (2)	0,005
≤ 45 años (196)	17a (8,7)	127a (64,8)	52a (26,5)		
> 45 años (70)	3a (4,3)	34b (48,6)	33b (47,1)		
Total	20 (7,5)	161 (60,5)	85 (32,0)		
Lugar trabajo				2,92 (2)	0,232
Atención Primaria (81)	5a (6,2)	33a (40,7)	43a (53,1)		
Hospital (80)	5a (6,3)	43a (53,8)	32a (40,0)		
Total	10 (6,2)	76 (47,2)	75 (46,6)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni); g.l.: grados libertad

El 82,3% de los profesionales del estudio opinaba que *personas con experiencia en su profesión pueden diagnosticar casos de maltrato a personas mayores*. Como se puede observar en la Tabla 30 el porcentaje de mujeres que consideró esta afirmación verdadera fue significativamente superior (85,6%) al de hombres (73,5%), así como el de profesionales menores de 45 años. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación al tipo de profesión, el contacto con personas mayores y el lugar de trabajo. Estos resultados se muestran en la Tabla 30.

Tabla 30. Personas con experiencia en mi profesión pueden diagnosticar casos de maltrato a personas mayores.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				5,39 (4)	0,25
Médico (114)	3a (2,6)	22a (19,3)	89a (78,1)		
Enfermero/a (47)	2a (4,3)	7a (14,9)	38a (80,9)		
Trabajador social (105)	4a (3,8)	9a (8,6)	92a (87,6)		
Total	9 (3,4)	38 (14,3)	219 (82,3)		
Contacto				0,38 (4)	0,984
< 50% (137)	5a (3,6)	19a (13,9)	113a (82,5)		
50-75% (61)	2a (3,3)	10a (16,4)	49a (80,3)		
> 75% (68)	2a (2,9)	9a (13,2)	57a (83,8)		
Total	9 (3,4)	38 (14,3)	219 (82,3)		
Sexo				10,0 (2)	0,007
Hombre (85)	1a (1,2)	20a (23,5)	64a (75,3)		
Mujer (181)	8a (4,4)	18b (9,9)	155b (85,6)		
Total	9 (3,4)	38 (14,3)	219 (82,3)		
Edad				7,85 (2)	0,02
≤ 45 años (196)	3a (1,5)	29a (14,8)	164a (83,7)		
> 45 años (70)	6b (8,6)	9a (12,9)	55a (78,6)		
Total	9 (3,4)	38 (14,3)	219 (82,3)		
Lugar trabajo				0,24 (2)	0,889
Atención Primaria (81)	3a (3,7)	14a (17,3)	64a (79,0)		
Hospital (80)	2a (2,5)	15a (18,8)	63a (78,8)		
Total	5 (3,1)	29 (18,0)	127 (78,9)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni) g.l.:grados libertad

Más de la mitad de los profesionales (57,5%) indicó que no estaba seguro/a si *el mayor número de casos de maltrato a personas mayores implica sólo lesiones leves*. El porcentaje de enfermeros/as que indicó que la afirmación anterior era falsa fue significativamente superior (46,8%) al de los médicos (21,9%), no existiendo diferencias significativas con los trabajadores sociales. El porcentaje de hombres que la consideró verdadera (24,7%) fue significativamente superior al de mujeres (7,2%). Los profesionales sanitarios que trabajaban en Atención Primaria señalaron que esta afirmación era verdadera en un porcentaje superior (22,2%) a los que trabajaban en el hospital (10,0%). No encontramos diferencias estadísticamente significativas con el

porcentaje de contacto con personas mayores ni la edad. Los resultados comentados se muestran en la Tabla 31.

Tabla 31. El mayor número de casos de maltrato a personas mayores implica solo lesiones leves.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				14,1 (4)	0,007
Médico (114)	25a (21,9)	69a, b (60,5)	20a (17,5)		
Enfermero/a (47)	22b (46,8)	19b (40,4)	6a (12,8)		
Trabajador social (105)	32a, b (30,5)	65a (61,9)			
Total	79 (29,7)	153 (57,5)	34 (12,8)		
Contacto				2,45 (4)	0,652
< 50% (137)	36a (26,3)	85a (62,0)	16a (11,7)		
50-75% (61)	20a (32,8)	32a (52,5)	9a (14,8)		
> 75% (68)	23a (33,8)	36a (52,9)	9a (13,2)		
Total	79 (29,7)	153 (57,5)	34 (12,8)		
Sexo				15,9 (2)	<0,001
Hombre (85)	22a (25,9)	42a (49,4)	21a (24,7)		
Mujer (181)	57a (31,5)	111a (61,3)	13b (7,2)		
Total	79 (29,7)	153 (57,5)	34 (12,8)		
Edad				1,57 (2)	0,456
≤ 45 años (196)	56a (28,6)	117a (59,7)	23a (11,7)		
> 45 años (70)	23a (32,9)	36a (51,4)	11a (15,7)		
Total	79 (29,7)	153 (57,5)	34 (12,8)		
Lugar trabajo				6,59 (2)	0,037
Atención Primaria (81)	26a (32,1)	37a (45,7)	18a (22,2)		
Hospital (80)	21a (26,3)	51b (63,7)	8b (10,0)		
Total	47 (29,2)	88 (54,7)	26 (16,1)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni); g.l.: grados libertad

Como se puede observar en la Tabla 32, el 42,1% (n=112) de los profesionales de nuestro estudio consideraba que la mayoría de los casos de maltrato a personas mayores nunca son vistos por el médico u otros profesionales sanitarios y el 35% de los encuestados no están seguros de si esta situación se produce. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas.

Tabla 32. La mayoría de casos de maltrato a personas mayores nunca son vistos por el médico u otro personal sanitarios.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				3,30 (4)	0,508
Médico (114)	26a (22,8)	34a (29,8)	54a (47,4)		
Enfermero/a (47)	11a (23,4)	20a (42,6)	16a (34,0)		
Trabajador social (105)	26a (24,8)	37a (35,2)	42a (40,0)		
Total	63 (23,7)	91 (34,2)	112 (42,1)		
Contacto				4,34 (4)	0,361
< 50% (137)	33a (24,1)	47a (34,3)	57a (41,6)		
50-75% (61)	14a (23,0)	26a (42,6)	21a (34,4)		
> 75% (68)	16a (23,5)	18a (26,5)	34a (50,0)		
Total	63 (23,7)	91 (34,2)	112 (42,1)		
Sexo				2,75 (2)	0,252
Hombre (85)	18a (21,2)	25a (29,4)	42a (49,4)		
Mujer (181)	45a (24,9)	66a (36,5)	70a (38,7)		
Total	63 (23,7)	91 (34,2)	112 (42,1)		
Edad				0,10 (2)	0,951
≤ 45 años (196)	47a (24,0)	66a (33,7)	83a (42,3)		
> 45 años (70)	16a (22,9)	25a (35,7)	29a (41,4)		
Total	63 (23,7)	91 (34,2)	112 (42,1)		
Lugar trabajo				0,97 (2)	0,615
Atención Primaria (81)	16a (19,8)	28a (34,6)	37a (45,7)		
Hospital (80)	21a (26,3)	26a (32,5)	33a (41,3)		
Total	37 (23,0)	54 (33,5)	70 (43,5)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni); g.l.: grados libertad

4.3.4. Nivel de conocimiento de protocolos y legislación relativas al maltrato de los ancianos

A continuación se muestran los resultados de las ocho afirmaciones planteadas a los profesionales de nuestro estudio sobre su nivel de conocimientos en protocolos y legislación relativas al maltrato a personas mayores, en función del tipo de profesional (médico, enfermero/a o trabajador social), proporción de contacto en su actividad profesional con personas mayores, sexo, edad y lugar de trabajo. El lugar de trabajo solo se analizó en los médicos y enfermeros/as.

- La mayoría de personas mayores maltratadas pueden obtener ayuda si la necesitan
- Todos los profesionales sociosanitarios en España tienen una responsabilidad legal para informar casos de malos tratos
- Sólo los médicos están obligados a informar del maltrato a los ancianos
- Existen protocolos para detectar el maltrato a los ancianos
- En España existe una posible sanción si el maltrato no se informa a las autoridades
- Informar casos de maltrato a personas mayores no es responsabilidad mía como profesional sanitario
- Tengo que estar absolutamente seguro de que el maltrato se ha producido antes de informar
- Informar casos de maltrato a personas mayores es una violación de los derechos de la persona anciana

Estas afirmaciones se evaluaron según una escala tipo Likert de tres puntos (falso, no estoy seguro/a y verdadero).

El 42,1% de los profesionales opinaba que *la mayoría de personas mayores maltratadas pueden obtener ayuda si la necesitan*. El porcentaje de trabajadores sociales que consideró la afirmación anterior verdadera fue significativamente superior (69,5%) al de médicos (17,5%) y al de enfermeros/as (40,4%). El 50% de los profesionales que estaban en contacto en su actividad profesional con personas mayores por encima del 75% opinaba que *la mayoría de personas mayores maltratadas pueden obtener ayuda si la necesitan*; un porcentaje ligeramente inferior (46,7%) los que estaban en contacto menos del 50% en su actividad profesional con personas mayores, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos. El porcentaje de mujeres que consideró esta afirmación verdadera fue significativamente superior (47,5%) al de los hombres (30,6%). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad y al lugar de trabajo. Los resultados comentados se muestran en la Tabla 33.

Tabla 33. La mayoría de personas mayores maltratadas pueden obtener ayuda si la necesitan.

Variable (n)	Respuesta n(%)			X ² (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				62,4 (4)	<0,001
Médico (114)	41a (36,0)	53a (46,5)	20a (17,5)		
Enfermero/a (47)	11a (23,4)	17a, b (36,2)	19b (40,4)		
Trabajador social (105)	9b (8,6)	23b (21,9)	73c (69,5)		
Total	61 (22,9)	93 (35)	112 (42,1)		
Contacto				14,1 (4)	0,007
< 50% (137)	31a (22,6)	42a (30,7)	64a (46,7)		
50-75% (61)	15a (24,6)	32b (52,5)	14b (23,0)		
> 75% (68)	15a (22,1)	19a (27,9)	34a (50,0)		
Total	61 (22,9)	93 (35)	112 (42,1)		
Sexo				7,49 (2)	0,024
Hombre (85)	21a (24,7)	38a (44,7)	26a (30,6)		
Mujer (181)	40a (22,1)	55b (30,4)	86b (47,5)		
Total	61 (22,9)	93 (35,0)	112 (42,1)		
Edad				2,82 (2)	0,243
≤ 45 años (196)	41a (20,9)	67a (34,2)	88a (44,9)		
> 45 años (70)	20a (28,6)	26a (37,1)	24a (34,3)		
Total	61 (22,9)	93 (35,0)	112 (42,1)		
Lugar trabajo				1,76 (2)	0,414
Atención Primaria (81)	30a (37,0)	32a (39,5)	19a (23,5)		
Hospital (80)	22a (27,5)	38a (47,5)	20a (25,0)		
Total	52 (32,3)	70 (43,5)	39 (24,2)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni); gl:grados de libertad

Como se muestra en la Tabla 34, el 83,8% de los profesionales consideró que *todos los profesionales sociosanitarios en España tienen una responsabilidad legal para informar casos de malos tratos*, siendo casi la totalidad de los trabajadores sociales (95,2%), encontrando diferencias estadísticamente significativas entre éstos últimos y médicos y enfermeros/as. El porcentaje de mujeres que consideró que los profesionales sanitarios son responsables legalmente de informar en casos de malos tratos fue significativamente superior (87,8%) al de hombres (75,3%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta afirmación en relación al porcentaje de contacto con personas mayores, edad y lugar de trabajo.

Tabla 34. Todos los profesionales socio sanitarios en España tienen una responsabilidad legal para informar casos de malos tratos.

Variable (n)	Respuesta n(%)			X ² (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				19,7 (4)	<0,001
Médico (114)	5a (4,4)	22a (19,3)	87a (76,3)		
Enfermero/a (47)	4a (8,5)	7a (14,9)	36a (76,6)		
Trabajador social (105)	3a (2,9)	2b (1,9)	100b (95,2)		
Total	12 (4,5)	31 (11,7)	223 (83,8)		
Contacto				4,43 (4)	0,35
< 50% (137)	5a (3,6)	12a (8,8)	120a (87,6)		
50-75% (61)	2a (3,3)	10a (16,4)	49a (80,3)		
> 75% (68)	5a (7,4)	9a (13,2)	54a (79,4)		
Total	12 (4,5)	31 (11,7)	223 (83,8)		
Sexo				7,41 (2)	0,025
Hombre (85)	7a (8,2)	14a (16,5)	64a (75,3)		
Mujer (181)	5b (2,8)	17a (9,4)	159b (87,8)		
Total	12 (4,5)	31 (11,7)	223 (83,8)		
Edad				3,90 (2)	0,142
≤ 45 años (196)	6a (3,1)	22a (11,2)	168a (85,7)		
> 45 años (70)	6a (8,6)	9a (12,9)	55a (78,6)		
Total	12 (4,5)	31 (11,7)	223 (83,8)		
Lugar trabajo				1,36 (2)	0,505
Atención Primaria (81)	4a (4,9)	12a (14,8)	65a (80,2)		
Hospital (80)	5a (6,3)	17a (21,3)	58a (72,5)		
Total	9 (5,6)	29 (18,0)	123 (76,4)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni); g.l.: grados libertad

El 88,3% de los profesionales indicaron que era falso que *sólo los médicos están obligados a informar del maltrato a los ancianos*. El porcentaje de trabajadores sociales que la consideró falsa fue significativamente superior (97,1%) al de médicos (83,3%) y enfermeros/as (80,9%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los dos últimos. Las mujeres la consideraron falsa en un porcentaje significativamente superior (91,7%) a los hombres (81,2%). En relación a la edad, los de edad mayor de 45 años indicaron en un porcentaje significativamente superior (91,3%) que era falsa respecto a los menores de 45 años (80,0%). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en esta afirmación en relación con las variables contacto y lugar de trabajo. Los resultados comentados se muestran en la Tabla 35.

Tabla 35. Solo los médicos están obligados a informar del maltrato a los ancianos.

Variable (n)	Respuesta n(%)			X ² (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				13,4 (4)	0,009
Médico (114)	95a (83,3)	10a (8,8)	9a (7,9)		
Enfermero/a (47)	38a (80,9)	5a (10,6)	4a (8,5)		
Trabajador social (105)	102b (97,1)	1b (1,0)	2a (1,9)		
Total	235 (88,3)	16 (6,0)	15 (5,6)		
Contacto				0,72 (4)	0,948
< 50% (137)	122a (89,1)	7a (5,1)	8a (5,8)		
50-75% (61)	53a (86,9)	4a (6,6)	4a (6,6)		
> 75% (68)	60a (88,2)	5a (7,4)	3a (4,4)		
Total	235 (88,3)	16 (6)	15 (5,6)		
Sexo				6,27 (2)	0,043
Hombre (85)	69a (81,2)	8a (9,4)	8a (9,4)		
Mujer (181)	166b (91,7)	8a (4,4)	7a (3,9)		
Total	235 (88,3)	16 (6,0)	15 (5,6)		
Edad				7,42 (2)	0,024
≤ 45 años (196)	179a (91,3)	10a (5,1)	7a (3,6)		
> 45 años (70)	56b (80,0)	6a (8,6)	8b (11,4)		
Total	235 (88,3)	16 (6,0)	15 (5,6)		
Lugar trabajo				2,10 (2)	0,349
Atención Primaria (81)	70a (86,4)	5a (6,2)	6a (7,4)		
Hospital (80)	63a (78,8)	10a (12,5)	7a (8,8)		
Total	133 (82,6)	15 (9,3)	13 (8,1)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni); g.l.: grados libertad

Como se muestra en la Tabla 36, el 48,9% de los profesionales indicó que no estaba seguro/a si *existen protocolos para detectar el maltrato a los ancianos* y el 48% afirman que existen protocolos para la detección de estas situaciones. No encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto a las diferentes variables excepto en la edad. Los mayores de 45 años en un porcentaje superior (8,6%) a los de edad menor de 45 años (1,0%) indicaron que esta afirmación era falsa.

Tabla 36. Existen protocolos para detectar el maltrato a los ancianos.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				2,33 (4)	0,675
Médico (114)	5a (4,4)	55a (48,2)	54a (47,4)		
Enfermero/a (47)	1a (2,1)	26a (55,3)	20a (42,6)		
Trabajador social (105)	2a (1,9)	49a (46,7)	54a (51,4)		
Total	8 (3)	130 (48,9)	128 (48,1)		
Contacto				1,57 (4)	0,813
< 50% (137)	5a (3,6)	67a (48,9)	65a (47,4)		
50-75% (61)	2a (3,3)	32a (52,5)	27a (44,3)		
> 75% (68)	1a (1,5)	31a (45,6)	36a (52,9)		
Total	8 (3)	130 (48,9)	128 (48,1)		
Sexo				1,23 (2)	0,891
Hombre (85)	2a (2,4)	41a (48,2)	42a (49,4)		
Mujer (181)	6a (3,3)	89a (49,2)	86a (47,5)		
Total	8 (3,0)	130 (48,9)	128 (48,1)		
Edad				11,5 (2)	0,003
≤ 45 años (196)	2a (1,0)	102a (52,0)	92a (46,9)		
> 45 años (70)	6b (8,6)	28a (40,0)	36a (51,4)		
Total	8 (3,0)	130 (48,9)	128 (48,1)		
Lugar trabajo				4,69 (2)	0,096
Atención Primaria (81)	4a (4,9)	34a (42,0)	43a (53,1)		
Hospital (80)	2a (2,5)	47b (58,8)	31a (38,8)		
Total	6 (3,7)	81 (50,3)	74 (46,0)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni) g.l.: grados de libertad

Más de la mitad de los profesionales del estudio (65,0%) indicó que no estaba seguro/a si en España existe una posible sanción si el maltrato no se informa a las autoridades. Solamente el 20% afirmaron que en nuestro país es posible una sanción si no se informan las situaciones de maltrato. No encontramos diferencias estadísticamente significativas con las variables analizadas. Los resultados de esta afirmación se muestran en la Tabla 37.

Tabla 37. En España existe una posible sanción si el maltrato no se informa a las autoridades.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				5,57 (4)	0,233
Médico (114)	12a (10,5)	73a (64,0)	29a (25,4)		
Enfermero/a (47)	7a (14,9)	31a (66,0)	9a (19,1)		
Trabajador social (105)	20a (19,0)	69a (65,7)	16a (15,2)		
Total	39 (14,7)	173 (65,0)	54 (20,3)		
Contacto				3,03 (4)	0,552
< 50% (137)	18a (13,1)	93a (67,9)	26a (19,0)		
50-75% (61)	8a (13,1)	37a (60,7)	16a (26,2)		
> 75% (68)	13a (19,1)	43a (63,2)	12a (17,6)		
Total	39 (14,7)	173 (65)	54 (20,3)		
Sexo				0,84 (2)	0,657
Hombre (85)	10a (11,8)	57a (67,1)	18a (21,2)		
Mujer (181)	29a (16,0)	116a (64,1)	36a (19,9)		
Total	39 (14,7)	173 (65,0)	54 (20,3)		
Edad				0,47 (2)	0,79
≤ 45 años (196)	27a (13,8)	129a (65,8)	40a (20,4)		
> 45 años (70)	12a (17,1)	44a (62,9)	14a (20,0)		
Total	39 (14,7)	173 (65,0)	54 (20,3)		
Lugar trabajo				0,04 (2)	0,977
Atención Primaria (81)	10a (12,3)	52a (64,2)	19a (23,5)		
Hospital (80)	9a (11,3)	52a (65,0)	19a (23,8)		
Total	19 (11,8)	104 (64,6)	38 (23,6)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni); g.l.: grados libertad

El 88,3% de los profesionales del estudio señaló que es *responsabilidad suya informar casos de maltrato a personas mayores*. El porcentaje de trabajadores sociales fue significativamente superior al de médicos (84,2%) y enfermeros/as (80,9%), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estos. No encontramos diferencias estadísticamente significativas con el resto de variables (contacto, sexo, edad y lugar de trabajo). Los resultados de esta afirmación se muestran en la Tabla 38.

Tabla 38. Informar casos de maltrato a personas mayores no es responsabilidad mía como profesional sanitario.

Variable (n)	Respuesta n(%)			X ² (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				13,8 (4)	0,008
Médico (114)	96a (84,2)	13a (11,4)	5a (4,4)		
Enfermero/a (47)	38a (80,9)	4a, b (8,5)	5a (10,6)		
Trabajador social (105)	101b (96,2)	2b (1,9)	2a (19,0)		
Total	235 (88,3)	19 (7,1)	12 (4,5)		
Contacto				5,99 (4)	0,199
< 50% (137)	119a (86,9)	14a (10,2)	4a (2,9)		
50-75% (61)	55a (90,2)	3a (4,9)	3a (4,9)		
> 75% (68)	61a (89,7)	2a (2,9)	5a (7,4)		
Total	235 (88,3)	19 (7,1)	12 (4,5)		
Sexo				2,19 (2)	0,334
Hombre (85)	72a (84,7)	7a (8,2)	6a (7,1)		
Mujer (181)	163a (90,1)	12a (6,6)	6a (3,3)		
Total	235 (88,3)	19 (7,1)	12 (4,5)		
Edad				1,53 (2)	0,465
≤ 45 años (196)	175a (89,3)	14a (7,1)	7a (3,6)		
> 45 años (70)	60a (85,7)	5a (7,1)	5a (7,1)		
Total	235 (88,3)	19 (7,1)	12 (4,5)		
Lugar trabajo				1,19 (2)	0,551
Atención Primaria (81)	70a (86,4)	7a (8,6)	4a (4,9)		
Hospital (80)	64a (80,0)	10a (12,5)	6a (7,5)		
Total	134 (83,2)	17 (10,6)	10 (6,2)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni); g.l.: grados libertad

Más de la mitad de los profesionales (58,3%) manifestó que *tenía que estar absolutamente seguro de que el maltrato se ha producido antes de informar*, siendo los trabajadores sociales un porcentaje significativamente superior (66,7%) a los médicos (48,2%). Las mujeres en un porcentaje significativamente superior (63,0%) a los hombres (48,2%) consideraron verdadera la afirmación anterior. En relación al lugar de trabajo, los que profesionales de Atención primaria indicaron que era verdadera en un porcentaje significativamente superior (60,5%) a los que trabajaban en hospital (45,0%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la variable contacto y edad. Los resultados de esta afirmación se muestran en la Tabla 39.

Tabla 39. Tengo que estar absolutamente seguro de que el maltrato se ha producido antes de informar.

Variable (n)	Respuesta n(%)			χ^2 (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				13,4 (4)	0,009
Médico (114)	26a (22,8)	33a (28,9)	55a (48,2)		
Enfermero/a (47)	11a (23,4)	6a, b (12,8)	30a, b (63,8)		
Trabajador social (105)	23a (21,9)	12b (11,4)	70b (66,7)		
Total	60 (22,6)	51 (19,2)	155 (58,3)		
Contacto				1,06 (4)	0,901
< 50% (137)	33a (24,1)	26a (19,0)	78a (56,9)		
50-75% (61)	11a (18,0)	13a (21,3)	37a (60,7)		
> 75% (68)	16a (23,5)	12a (17,6)	40a (58,8)		
Total	60 (22,6)	51 (19,2)	155 (58,3)		
Sexo				6,46 (2)	0,039
Hombre (85)	21a (24,7)	23a (27,1)	41a (48,2)		
Mujer (181)	39a (21,5)	28b (15,5)	114b (63,0)		
Total	60 (22,6)	51 (19,2)	155 (58,3)		
Edad				1,19 (2)	0,55
≤ 45 años (196)	41a (20,9)	39a (19,9)	116a (59,2)		
> 45 años (70)	19a (27,1)	12a (17,1)	39a (55,7)		
Total	60 (22,6)	51 (19,2)	155 (58,3)		
Lugar trabajo				6,34 (2)	0,042
Atención Primaria (81)	19a (23,5)	13a (16,0)	49a (60,5)		
Hospital (80)	18a (22,5)	26b (32,5)	36b (45,0)		
Total	37 (23,0)	39 (24,2)	85 (52,8)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni); g.l: grados libertad

El 85% de los profesionales del estudio considera que *informar casos de maltrato a personas mayores no es una violación de los derechos de la persona anciana*. Sólo en la edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas, así los profesionales mayores 45 años en un porcentaje significativamente menor (2,9%) a los menores de 45 años (14,3%) indicaron que no estaban seguros/as. Los resultados de esta afirmación se muestran en la Tabla 40.

Tabla 40. Informar casos de maltrato a personas mayores es una violación de los derechos de la persona anciana.

Variable (n)	Respuesta n(%)			X ² (g.l.)	p
	Falso	No estoy seguro/a	Verdadero		
Profesional				0,63 (4)	0,96
Médico (114)	95a (83,3)	14a (12,3)	5a (4,4)		
Enfermero/a (47)	40a (85,1)	5a (10,6)	2a (4,3)		
Trabajador social (105)	91a (86,7)	11a (10,5)	3a (2,9)		
Total	226 (85,0)	30 (11,3)	10 (3,8)		
Contacto				0,98 (4)	0,913
< 50% (137)	115a (83,9)	16a (11,7)	6a (4,4)		
50-75% (61)	51a (83,6)	8a (13,1)	2a (3,3)		
> 75% (68)	60a (88,2)	6a (8,8)	2a (2,9)		
Total	226 (85)	30 (11,3)	10 (3,8)		
Sexo				0,35 (2)	0,838
Hombre (85)	71a (83,5)	11a (12,9)	3a (3,5)		
Mujer (181)	155a (85,6)	19a (10,5)	7a (3,9)		
Total	226 (85,0)	30 (11,3)	10 (3,8)		
Edad				7,40 (2)	0,025
≤ 45 años (196)	162a (82,7)	28a (14,3)	6a (3,1)		
> 45 años (70)	64a (91,4)	2b (2,9)	4a (5,7)		
Total	226 (85,0)	30 (11,3)	10 (3,8)		
Lugar trabajo				1,81 (2)	0,403
Atención Primaria (81)	71a (87,7)	7a (8,6)	3a (3,7)		
Hospital (80)	64a (80,0)	12a (15,0)	4a (5,0)		
Total	135 (83,9)	19 (11,8)	7 (4,3)		

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de la misma respuesta representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni)g.l.:grados libertad

4.4. BARRERAS DE LOS PROFESIONALES PARA INFORMAR CASOS SOSPECHOSOS DE MALTRATO

Como se ha comentado en el apartado de material y método, se le indicó a los profesionales de nuestro estudio (profesionales sanitarios y trabajadores sociales) que seleccionaran un máximo de 5 razones, de las 15 propuestas, por las cuales podrían dudar antes de informar un caso de maltrato a una persona mayor.

En la Tabla 41 podemos observar que, de forma global, la razón más seleccionada por los 266 profesionales como barrera para informar un caso sospechoso de maltrato fue *la víctima niega los malos tratos* (56%). Las cuatro razones siguientes en

porcentaje decreciente fueron: *el paciente no da su consentimiento para la denuncia* (46,6%), *ignoro las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España* (45,1%), *no estoy seguro/a cómo informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos* (32,7%) y *no tengo claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos* (28,2%). La razón por la que un menor número de profesionales indicó que dudarían a la hora de informar un caso sospechoso de maltrato fue *es responsabilidad del paciente denunciar el maltrato* con un 4,1%.

Tabla 41. Barreras de los profesionales para informar casos sospechosos de maltrato a personas mayores.

Barreras	n (%)
La víctima niega los malos tratos	149 (56)
El paciente no da su consentimiento para la denuncia	124 (46,6)
Ignoro las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España	120 (45,1)
No estoy seguro/a cómo informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos	87 (32,7)
No tengo claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos	75 (28,2)
No haber identificado la situación de maltrato en el primer encuentro con el anciano	59 (22,2)
Razones de confidencialidad profesional-anciano	58 (21,8)
Los recursos que existen para responder ante los casos identificados son insuficientes	56 (21,1)
Si en el maltrato solamente existen lesiones leves o signos sutiles	51 (19,2)
Miedo de que me denuncien si me equivoco	44 (16,5)
El paciente se encuentra ingresado en un hospital o centro hospitalario de larga duración	21(7,9)
El maltrato ocurre en una residencia de anciano	18 (6,8)
El maltrato debe ser informado/denunciando por otros profesionales (ej:policía)	12 (4,5)
No quiero verme implicado en un proceso judicial	12 (4,5)
Es responsabilidad del paciente denunciar el maltrato	11 (4,1)

A continuación, en la Tabla 42, se muestran los resultados de la elección de las 15 razones propuestas, diferenciando entre profesionales sanitarios y los trabajadores sociales. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de profesionales en la elección de las razones, excepto en *la víctima niega los malos tratos*, *los recursos que existen para responder ante los casos identificados son insuficientes*, *si en el maltrato solamente existen lesiones leves o signos sutiles*, *el paciente se encuentra ingresado en un hospital o centro hospitalario de larga duración* y *es responsabilidad del paciente denunciar el maltrato*.

Tabla 42. Diferencias entre profesionales sanitarios y trabajadores sociales en las barreras para informar casos sospechoso de maltrato a personas mayores.

Barreras	Profesionales n (%)		p
	Sanitarios	Trab. Sociales	
La víctima niega los malos tratos	88 (54,7)	61 (58,1)	0,336
El paciente no da su consentimiento para la denuncia	64 (39,8)	60 (57,1)	0,004
Ignoro las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España	84 (52,2)	36 (34,3)	0,003
No estoy seguro/a cómo informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos	69 (42,9)	18 (17,1)	<0,001
No tengo claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos	59 (36,6)	16 (15,2)	<0,001
No haber identificado la situación de maltrato en el primer encuentro con el anciano	28 (17,4)	31 (29,5)	0,015
Razones de confidencialidad profesional-anciano	24 (14,9)	34 (32,4)	0,001
Los recursos que existen para responder ante los casos identificados son insuficientes	38 (23,6)	18 (17,1)	0,133
Si en el maltrato solamente existen lesiones leves o signos sutiles	29 (18,0)	22 (21)	0,330
Miedo de que me denuncien si me equivoco	34 (21,1)	10 (9,5)	0,009
El paciente se encuentra ingresado en un hospital o centro hospitalario de larga duración	15 (9,3)	6 (5,7)	0,204
El maltrato ocurre en una residencia de anciano	15 (9,3)	3 (2,9)	0,032
El maltrato debe ser informado/denunciando por otros profesionales (ej:policía)	11 (6,8)	1 (1,0)	0,019
No quiero verme implicado en un proceso judicial	11 (6,8)	1 (1,0)	0,019
Es responsabilidad del paciente denunciar el maltrato	7 (4,3)	4 (3,8)	0,548

g.l:grado libertad

En el grupo de **profesionales sanitarios**, que la víctima niegue los malos tratos fue la razón por la que médicos y enfermeros/as indicaron que dudarían antes de informar un caso sospechosos de maltrato (54,7%). Las cuatro razones que le siguen en porcentaje son: *ignoro las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España* (52,2%), *no estoy seguro/a cómo informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos* (42,9%), *el paciente no da su consentimiento para la denuncia* (39,8%) y *no tengo claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos* (36,6%). En la Tabla 43 se muestran los resultados comentados.

Tabla 43. Barreras de los profesionales sanitarios para informar casos sospechosos de maltrato a personas mayores.

Barreras	n (%)
La víctima niega los malos tratos	88 (54,7)
Ignoro las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España	84 (52,2)
No estoy seguro/a cómo informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos	69 (42,9)
El paciente no da su consentimiento para la denuncia	64 (39,8)
No tengo claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos	59 (36,6)
Los recursos que existen para responder ante los casos identificados son insuficientes	38 (23,6)
Miedo de que me denuncien si me equivoco	34 (21,1)
Si en el maltrato solamente existen lesiones leves o signos sutiles	29 (18,0)
No haber identificado la situación de maltrato en el primer encuentro con el anciano	28 (17,4)
Razones de confidencialidad profesional-anciano	24 (14,9)
El paciente se encuentra ingresado en un hospital o centro hospitalario de larga duración	15 (9,3)
El maltrato ocurre en una residencia de anciano	15 (9,3)
El maltrato debe ser informado/denunciando por otros profesionales (ej:policía)	11 (6,8)
No quiero verme implicado en un proceso judicial	11 (6,8)
Es responsabilidad del paciente denunciar el maltrato	7 (4,3)

Analizamos las posibles asociaciones de las cinco barreras más señaladas por los **profesionales sanitarios** con diferentes variables socio-demográficas y laborales (edad, sexo, clasificación de los profesionales sanitarios, ámbito de trabajo, lugar de trabajo, tipo centro de salud y trabaja en la actualidad). Los resultados se muestran en la Tabla 44.

Que la *víctima niegue los malos tratos* fue la barrera significativamente más argumentada por los mayores de 45 años (64,9%) y los hombres (66,2%). Los médicos y los profesionales de Atención Primaria fueron los que en un porcentaje significativamente superior (60,5% y 64,2% respectivamente), a los enfermeros/as y a los que trabajaban en hospital respectivamente, seleccionaron esta afirmación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el ámbito de trabajo, tipo de centro de salud y si trabaja en la actualidad.

En las cuatro razones restantes, seleccionadas por la mayoría de los profesionales sanitarios, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a las variables socio-demográficas analizadas, excepto en *el paciente no da su consentimiento para la denuncia*, en la que los profesionales sanitarios que trabajaban en Atención Primaria la señalan en un porcentaje significativamente mayor (48,1%) que los profesionales del hospital (31,3%).

Tabla 44. Variables socio-demográficas relacionadas con las cinco principales barreras de los profesionales sanitarios.

Variables	Barreras n (%)					
	La víctima niega los malos tratos	Ignoro las leyes que regulan maltrato en España	No estoy seguro como informar casos sospechosos	El paciente no da su consentimiento	No tengo claras las definiciones de malos tratos y negligencia	
Edad		χ^2 (1)=3,74; p=0,038	χ^2 (1)=0,05; p=0,468	χ^2 (1)=1,30; p=0,165	χ^2 (1)=1,27; p=0,169	χ^2 (1)=0,09; p=0,449
≤ 45 años	51 (49,0)a					
> 45 años	37 (64,9)b					
Sexo		χ^2 (1)=6,82; p=0,007	χ^2 (1)=0; p=0,558	χ^2 (1)=3,19; p=0,052	χ^2 (1)=0,01; p=0,536	χ^2 (1)=1,72; p=0,126
Hombre	47 (66,2)a					
Mujer	41 (45,6)b					
Clasificación PS		χ^2 (1)=5,42; p=0,016	χ^2 (1)=0,02; p=0,503	χ^2 (1)=0,56; p=0,283	χ^2 (1)=0,36; p=0,339	χ^2 (1)=1,35; p=0,164
Médico	69 (60,5)a					
Enfermero/a	19 (40,4)b					
Ámbito trabajo		χ^2 (2)=3,72; p=0,156	χ^2 (2)=1,48; p=0,478	χ^2 (2)=1,14; p=0,564	χ^2 (2)=1,25; p=0,535	χ^2 (2)=2,63; p=0,268
Público	81 (55,5)					
Privado	1 (33,3)					
Ambos	7 (58,3)					
Lugar trabajo		χ^2 (1)=5,98; p=0,011	χ^2 (1)=0,01; p=0,53	χ^2 (1)=1,4; p=0,153	χ^2 (1)=4,80; p=0,021	χ^2 (1)=2,35; p=0,085
Atención Primaria	52 (64,2)a					
Hospital	36 (45,0)b					
Tipo centro salud		χ^2 (2)=1,59; p=0,451	χ^2 (2)=2,07; p=0,355	χ^2 (2)=0,08; p=0,958	χ^2 (2)=2,11; p=0,349	χ^2 (2)=2,46; p=0,293
Urbano	24 (63,2)					
Rural	8 (57,1)					
Semiurbano	16 (76,2)					
Trabaja actualidad		χ^2 (1)=0,04; p=0,616	χ^2 (1)=1,21; p=0,278	χ^2 (1)=0,09; p=0,575	χ^2 (1)=0,18; p=0,522	χ^2 (1)=2,37; p=0,158
Si	86 (54,8)					
No	2 (50,0)					

a-b: Diferentes letras minúsculas dentro de cada barrera indican diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni)
PS:profesionales sanitarios

En la Tabla 45 se pueden observar las cinco razones por las que un mayor porcentaje de **trabajadores sociales** indicaron que dudarían antes de informar un caso sospechoso de maltrato a una persona mayor. La principal razón para estos profesionales fue que *la víctima niegue los malos tratos* (58,1%).

Tabla 45. Barreras de los trabajadores sociales para informar casos sospechosos de maltrato a personas mayores.

Barreras	n (%)
La víctima niega los malos tratos	61 (58,1)
El paciente no da su consentimiento para la denuncia	60 (57,1)
Ignoro las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España	36 (34,3)
Razones de confidencialidad profesional-anciano	34 (32,4)
No haber identificado la situación de maltrato en el primer encuentro con el anciano	31 (29,5)
Si en el maltrato solamente existen lesiones leves o signos sutiles	22 (21)
No estoy seguro/a cómo informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos	18 (17,1)
Los recursos que existen para responder ante los casos identificados son insuficientes	18 (17,1)
No tengo claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos	16 (15,2)
Miedo a que me denuncien si me equivoco	10 (9,5)
El paciente se encuentra ingresado en un hospital o centro hospitalario de larga duración	6 (5,7)
Es responsabilidad del paciente denunciar el maltrato	4 (3,8)
El maltrato ocurre en una residencia de anciano	3 (2,9)
No quiero verme implicado en un proceso judicial	1 (1,0)
El maltrato debe ser informado/denunciando por otros profesionales (ej: policía)	1 (1,0)

Analizamos la asociación de las cinco barreras más señaladas por los trabajadores sociales con diferentes variables socio-demográficas y laborales (edad, sexo y trabaja en la actualidad). Los resultados se muestran en la Tabla 46.

Que *la víctima niegue los malos tratos* fue la barrera más argumentada por los menores de 45 años ya que la seleccionaron en un porcentaje significativamente mayor (60,2%) y los que se encontraban desempleados (69,0%). No encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad.

Los profesionales desempleados, en un porcentaje significativamente mayor frente a los sujetos en activo laboralmente, indicaron que dudarían antes de informar un caso sospechoso por *ignorar las leyes que regulan el maltrato en España* (57,1% y 19,0% respectivamente) y por *no haber identificado la situación de maltrato en el primer encuentro con el anciano* (47,6% y 22,2% respectivamente). En estas dos razones no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables edad y sexo.

Lo profesionales empleados, en un porcentaje significativamente mayor (47,6%) indicaron que dudarían por *razones de confidencialidad profesional- anciano* antes de informar un caso sospechoso de maltrato. No se encontraron diferencias

estadísticamente significativas en relación a la edad y sexo de los profesionales.

Tabla 46. Variables socio-demográficas relacionadas con las cinco principales barreras de los trabajadores sociales

Variables	Barreras n (%)					
	La víctima niega los hechos	El paciente no da su consentimiento para la denuncia	Ignoro las leyes que regulan el maltrato en España	No haber identificado la situación en el primer encuentro	Razones de confidencialidad profesional	
Edad		$\chi^2(1)=4,55$; $p=0,034$	$\chi^2(1)=0,73$; $p=0,287$	$\chi^2(1)=0,08$; $p=0,521$	$\chi^2(1)=0,02$; $p=0,573$	$\chi^2(1)=0,01$; $p=0,584$
≤ 45 años	57 (62,0)a		54 (58,7)	32 (34,8)	30 (32,6)	27 (29,3)
> 45 años	4 (30,8)b		6 (46,2)	4 (30,8)	4 (30,8)	4 (30,8)
Sexo		$\chi^2(1)=0,01$; $p=0,580$	$\chi^2(1)=0,00$; $p=0,617$	$\chi^2(1)=0,53$; $p=0,330$	$\chi^2(1)=0,08$; $p=0,152$	$\chi^2(1)=1,80$; $p=0,497$
Hombre	8 (57,1)		8 (57,1)	6 (42,9)	5 (35,7)	2 (14,3)
Mujer	53 (58,2)		52 (57,1)	30 (33,0)	29 (31,9)	29 (31,9)
Trabaja actualidad		$\chi^2(1)=3,45$; $p=0,048$	$\chi^2(1)=2,59$; $p=0,079$	$\chi^2(1)=16,23$; $p<0,001$	$\chi^2(1)=7,42$; $p=0,006$	$\chi^2(1)=24,79$; $p<0,001$
Sí	32 (50,8)a		32 (50,8)	12 (19,0)a	14 (22,2)a	30 (47,6)a
No	29 (69,0)b		28 (66,7)	24 (57,1)b	20 (47,6)b	1 (2,4)b

a-b: Comparación proporciones columna. Diferentes letras minúsculas representan diferencias estadísticamente significativas a nivel $p < 0,05$ (Bonferroni)

5. Discusión

El proceso de dignificación del hombre y la mujer se incrementó de manera notable durante el pasado siglo, culminando con la entrada en vigor de la Declaración Universal de los Derechos Humanos el 10 de diciembre de 1948. Dicha declaración ha puesto de manifiesto que son muchas las formas de maltrato que aún persisten en las sociedades modernas.

Una característica propia de los humanos es su capacidad para cuidar y sostener a sus congéneres más vulnerables. Sin embargo, una sociedad que maltrata o desprecia a los más vulnerables es una sociedad enferma.

En los últimos años, la problemática relacionada con los malos tratos hacia las personas mayores ha ganado visibilidad en ámbitos nacionales e internacionales. Sin embargo, hasta hace muy poco tiempo, la investigación sobre violencia se centraba exclusivamente en el maltrato infantil y la violencia contra las mujeres, dejando de lado los malos tratos a las personas mayores. El valor social de la vejez y los estereotipos que rodean a esta etapa de la vida, son dos de las principales razones que justifican esta falta de interés ante situaciones claramente dramáticas.

En el Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas de mayo de 2009, en el que se formulaban preguntas relacionadas con la vejez, observamos con asombro como el 36,2% de la población española identifica a las personas mayores como aquellas que “no pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados”, mientras que sólo un 6,2% asocia este grupo de población con “personas activas, que disfrutan de la vida”. En consecuencia, podemos afirmar, que estamos todavía ante una percepción distorsionada de la realidad de este grupo de población, el cual es identificado con la fragilidad, las carencias y, en definitiva, como una carga social.

En la actualidad, la vejez es considerada la antítesis de los ideales modernos, percibiéndose el envejecimiento, como hemos comentado, más como una carga que como una conquista social. Vivimos una etapa de gran diferenciación intergeneracional que origina discriminaciones sociales y culturales de las personas mayores. Sin embargo, los mayores constituyen el sector de población con mayor índice de crecimiento, lo cual afecta significativamente a la producción, al consumo, a las prestaciones sociales y sanitarias y al gasto público, generándose nuevas áreas de conflicto. Según las predicciones, en el año 2050 la población mundial de 60 o más años se incrementará a más del triple, de 600 millones en el año 2000 a casi 2.000 millones.

En los últimos años se ha ido avanzando en la definición de malos tratos, en su clasificación, y en el análisis de sus consecuencias. Sin embargo, los estudios sobre la prevalencia real del maltrato en distintos entornos son todavía escasos. Tampoco parece

existir una conciencia profunda del problema, ni en la sociedad ni entre los profesionales implicados en la atención a estas personas, por eso se notifican sólo 1 de cada 6 casos según la OMS (Castellano, 1998), por lo que no existen mecanismos rutinarios de detección y mucho menos mecanismos de prevención adecuados.

En una revisión sistemática realizada por Cooper y cols. (2009 b) se observó que muchos profesionales de la salud que trabajan con personas mayores nunca habían detectado un caso de maltrato. Se trata de un hallazgo preocupante, teniendo en cuenta que diferentes estudios han puesto de manifiesto que una cuarta parte de las personas mayores vulnerables han experimentado abuso. En consecuencia, sería importante que los profesionales implicados en los cuidados a los mayores adquiriesen habilidades para detectar los casos de maltrato en la práctica clínica diaria. Igualmente, sería interesante poder observar esta capacidad de detección en la sociedad en general, dado que se trata de un problema grave y frecuente, pero apenas denunciado.

Sólo se puede llegar a conocer la trascendencia del problema poniéndolo en evidencia, recabando información, promoviendo su identificación y haciéndolo visible. Estas actuaciones son imprescindibles para poder establecer unas pautas de prevención y así proteger la dignidad de los mayores.

Todo lo anterior, nos llevó a diseñar el presente estudio, con el objetivo de conocer la percepción de los profesionales sociosanitarios y de la población general, sobre el maltrato a las personas mayores. Así mismo, evaluar los conocimientos y actitudes de nuestros profesionales, los cuales influyen, según los estudios, en la baja tasa de detección y notificación del maltrato. Con todo ello, se pretende dimensionar el problema en nuestra región y establecer un punto de partida sobre el que elaborar estrategias de mejora.

5.1. POBLACIÓN A ESTUDIO E INSTRUMENTO DE MEDIDA

La población sobre la que hemos llevado a cabo nuestra investigación asciende al conjunto de profesionales sanitarios (médicos y enfermeros/as), trabajadores sociales y población general de la Región de Murcia. Para acceder a esta población, se seleccionaron dos Áreas de Salud de la Región que por sus características permiten representar a los tres grupos del estudio. Para la población general decidimos llevar a cabo nuestro estudio en diferentes Centros de Salud, seleccionando a los pacientes que acudieran a la consulta de su médico tanto a demanda como programada y que cumplieran los criterios de inclusión. Los profesionales sanitarios incluidos, desarrollaban

su labor asistencial en centros de Atención primaria (Centros de Salud, SUAP y UME) o en hospital. El contexto de la Atención primaria se considera la puerta de entrada al sistema sanitario y social del maltrato a las personas mayores, tal y como reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Red internacional para la prevención del maltrato a los ancianos (INPEA) (OMS y INPEA 2002). Analizar las opiniones de los médicos y enfermeros/as de Atención primaria y hospital sobre el maltrato a las personas mayores y su abordaje, nos permite identificar diferencias en la perspectiva del problema en función de dónde desarrollen su labor asistencial. Por su parte, los trabajadores sociales eran profesionales de los servicios sociales de esas dos áreas.

Realizamos un estudio cuantitativo mediante un cuestionario, por considerarlo el más adecuado para nuestro objetivo. Esta técnica permite la comprensión en profundidad del fenómeno investigado, explorando el punto de vista de los sujetos implicados en cuanto a opiniones y actitudes (Cerdá y cols., 1999). En cuanto al tipo de cuestionario, decidimos utilizar una encuesta autoadministrada. El aspecto básico que caracteriza a dicha encuesta es la ausencia de un entrevistador que lea las preguntas y anote las respuestas, estas tareas recaen en la persona que responde al cuestionario (Erdos, 1970; De Leeuw, 1992).

En nuestro estudio, tras presentar los objetivos de la investigación a las personas que cumplían con los criterios de inclusión, y una vez conseguida la aceptación a participar, se les entregaba el cuestionario sin tiempo preestablecido para su devolución. Esto permite evitar el sesgo por influencia del entrevistador de las encuestas mediante entrevista, lo que posibilita conseguir una mayor libertad en las respuestas, en razón del anonimato, lograr más seguridad, por el hecho de que las respuestas no sean identificadas y disponer de más tiempo para responder.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO

En los tres grupos del estudio el porcentaje de mujeres fue superior al de hombres. En relación con este hecho, hay que destacar que mientras que en el total de la población activa las mujeres ocupan el 40% de los puestos de trabajo, en las profesiones sanitarias este porcentaje llega al 75%. En los últimos años ha tenido lugar un crecimiento progresivo del número de mujeres que se dedican a las profesiones sanitarias. La feminización de puestos de trabajo y cargos relacionados con la sanidad es tal que, en conjunto, actualmente existe una mayor proporción de profesionales femeninas en este ámbito. Concretamente, según los datos del Instituto Nacional de Estadística a fecha de 31 de diciembre de 2012, un 46,9% del total de miembros en los

Colegios Oficiales de Médicos de España pertenecían al sexo femenino. En el personal de enfermería, el número de colegiadas sólo ha aumentado desde 1994 en un 5,5%, lo que supone un 84,3% del total de personas colegiadas. El carácter feminizado en la profesión de trabajador social permanece desde su origen y no se ha modificado sustancialmente a pesar de la creciente incorporación de hombres, se cifra entorno a 95% mujeres y 5% hombres (Miret-Mestre, 2014).

La distribución por sexo de la población general de nuestro estudio es un reflejo de los datos de la sociedad española, en la que en 2014 la población femenina fue mayoritaria (50,86%) (INE, 2014).

El número de profesionales de Atención primaria que aceptó formar parte del estudio fue similar al de hospital (50,3% y 49,7% respectivamente). De los médicos que participaron, un alto porcentaje había recibido formación MIR (82,9%). Este dato nos va a permitir, junto con los resultados obtenidos en relación a la percepción, los conocimientos y actitudes de los profesionales MIR, valorar la capacitación de nuestros profesionales durante esta fase de su formación.

Uno de los objetivos del presente trabajo fue evaluar la percepción de los profesionales sociosanitarios y de la población general sobre el maltrato a las personas mayores, para lo que se les planteó la historia ficticia de una persona mayor con demencia.

En relación con lo anterior, nos pareció interesante conocer el contacto que los tres grupos del estudio habían tenido a nivel profesional y personal con personas ancianas y con demencia, y así poder analizar la influencia de su experiencia personal y profesional en su percepción de las situaciones de maltrato.

En este sentido, los resultados de nuestra investigación mostraron que un alto porcentaje del total de la muestra había ayudado a personas con problemas relacionados con la vejez (71,5%), destacando los profesionales sanitarios con el 83,9%. Sin embargo, sólo el 13,7% había trabajado como cuidador profesional de una persona mayor. También el contacto con personas con demencia a nivel personal fue superior al profesional en el total de la muestra (56,7% y 43,6% respectivamente), destacando en ambos casos los profesionales sanitarios respecto a los trabajadores sociales y a la población general.

A continuación, se procede a discutir los principales hallazgos del estudio siguiendo el esquema de los objetivos del mismo.

5.3. PERCEPCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES DE PROFESIONALES SANITARIOS, TRABAJADORES SOCIALES Y POBLACIÓN GENERAL.

En general, se reconoce que la definición del maltrato a personas mayores es en sí el primer problema para desarrollar la atención y poner en práctica acciones específicas (Iborra, 2005).

Para la identificación y detección de malos tratos hacia cualquier tipo de población, incluyendo las personas mayores, es necesaria la presencia de una definición consensuada del término. Sin embargo, en el caso de los malos tratos hacia las personas mayores, este intento ha venido cargado de problemas y dificultades, especialmente en aquellos casos donde los malos tratos son sutiles, la línea entre la posible víctima y el posible responsable de los malos tratos es difusa, o cuando esos malos tratos no producen una disminución inmediata de la calidad de vida de la persona mayor (Papadopoulos y La Fontaine, 2000; Gordon y Brill, 2001). La ausencia de una definición consensuada provoca problemas a la hora de entender este complejo fenómeno, así como para la comparación de las diversas investigaciones realizadas en las cuales los diferentes contextos culturales juegan un importante papel.

Tanto aspectos socioculturales como éticos y legales median y explican en gran medida dichas discrepancias e interfieren de forma importante en los avances de la investigación científica.

Por otro lado, el colectivo profesional y el objetivo del mismo a la hora de delimitar el problema influye, igualmente, en la variabilidad conceptual. Así, mientras que el aparato judicial y policial entienden por malos tratos las infracciones previstas en el código penal, los profesionales de los servicios sociosanitarios tienen una visión más amplia. También los responsables de los servicios de ayudas y cuidados en el domicilio, los directores de residencias y centros de larga estancia tienen otra concepción, especialmente dirigida a preservar los derechos de los residentes. Los investigadores y los defensores de los derechos humanos son los que tienen una visión más amplia de la definición. Para éstos, los malos tratos no se circunscriben a lo reglamentado por las leyes o por las normas deontológicas, sino que incluyen todo lo que se debe “hacer” y “debería hacerse”.

En nuestro estudio, para evaluar la percepción de la población general y los profesionales sociosanitarios sobre el maltrato a las personas mayores utilizamos una viñeta. La viñeta es una técnica de recolección de datos que consiste en una breve

historia, una descripción corta de una situación y de personas hipotéticas que simulan la experiencia de la vida real y que contiene la información necesaria para que los entrevistados puedan emitir un juicio o tomar una decisión sobre la situación descrita (Brauer y cols., 2009; Schoenberg y cols., 2000).

Una de las características más importante de esta técnica es que es posible estudiar el comportamiento humano en su propio contexto. La viñeta intenta ser una representación lo más fidedigna posible de una cierta situación, factible de suceder en la realidad (Barter y Renold.,1999). Al representar una situación contextualizada, se pretende que los encuestados logren una comprensión precisa acerca de una situación. Así, permite poner en evidencia las acciones y/o los mecanismos cognitivos que son generalmente utilizados al afrontar las situaciones planteadas. Por lo tanto, la situación problematizada en una viñeta nos permite conocer cómo las personas experimentan los sucesos y obtener de los participantes sus percepciones, conocimiento y actitudes relacionados a una situación descrita (Paddam y cols., 2010).

Si bien esta técnica intenta representar una situación cotidiana lo más cercana posible a la realidad, también debe contener un cierto grado de ambigüedad, con el fin de que la persona pueda mostrar aspectos de sí misma que generalmente no evidencie, lo que permite enriquecer la respuesta.

Dado que las viñetas tienen un carácter “hipotético” que involucra a un “otro ficticio”, posibilita obtener información que va más allá de la situación personal actual del informante, favoreciendo la despersonalización en las respuestas de los participantes (Hughers y Huby.,2002). Facilita que éstos se expresen libremente sobre temas complejos, socialmente sensibles, ayudando a que se distancien de un tema potencialmente difícil para referirse ante extraños y puedan expresarse abiertamente (Paddam y cols., 2010; Hughers y Huby., 2002).

Las viñetas ayudan a reducir las respuestas socialmente deseables, esto se logra cuando se le pide a los participantes que asuman el rol de un personaje en vez de responder desde un punto de vista personal, creando un efecto de distancia entre la vida real del participante y el contexto presentado en las viñetas (Hughers y Huby.,2002).

Finalmente, las viñetas gracias a la naturaleza del “relato” suelen ser relajantes, agradables, interesantes y puede reducir la sensación de sobrecarga que genera el proceso de entrevista. Al mismo tiempo pueden promover la reflexión y el pensamiento crítico (Schoenberg y Ravdak.,2000).

La viñeta de nuestro estudio plantea la historia de un hijo que trabaja a tiempo

completo y cuida de su madre con demencia. El problema del maltrato al anciano con demencia, debido a su mayor vulnerabilidad, tiene claras implicaciones éticas para toda la sociedad y en particular para los familiares, los cuidadores, y los profesionales de la salud que los atienden.

El riesgo de maltrato suele ser multifactorial. Unos dependen del paciente, otros del agresor o bien de las circunstancias que rodean la situación de maltrato (Schiamberg y Gans., 2000).

Aunque ningún anciano está exento del riesgo de sufrir malos tratos en alguna ocasión, hay algunas características de éstos que parecen aumentar este riesgo, entre las que destacamos los de edad más avanzada, los más frágiles y por tanto más dependientes en cuanto a cuidados y protección, y los que presentan demencia, depresión o alguna otra patología que induzca estrés y sobrecarga excesiva en el cuidador.

Por otra parte, cuidar a una persona con demencia a lo largo de su enfermedad sin ayudas externas es un factor que puede predisponer al maltrato, sobre todo si el cuidador no está formado adecuadamente y/o está sobrecargado en exceso. Este riesgo se incrementa si hay antecedentes de violencia, trastornos psiquiátricos del cuidador, sobrecarga y baja autoestima del mismo, dificultades económicas, vivienda inadecuada y un exceso de responsabilidades (Fulmer, 2002; Vandeweerd y cols., 2006)

En general, las situaciones vitales estresantes que alteran el equilibrio familiar, aumentan la vulnerabilidad y actúan como desencadenantes de conductas violentas hacia la persona a la que consideran causante del deterioro de la calidad de su vida y de su aislamiento. Por tanto, genera en el cuidador sentimientos ambivalentes de culpabilidad y deseo de castigo, que producen ansiedad, agotamiento emocional, despersonalización y pueden conducir a la depresión. Estas situaciones son más frecuentes cuando no es posible la comunicación afectiva con el anciano, como en el caso de los ancianos con demencia.

Tras la viñeta preguntamos a los encuestados su opinión sobre 13 estrategias de actuación del hijo frente a la situación vivida con su madre. En relación a las tres estrategias categorizadas en nuestro estudio como maltrato, casi la totalidad de los profesionales (87,6% profesionales sanitarios y 95,2% trabajadores sociales) y un porcentaje alto de la población general (66,8%) identificaron de forma correcta como maltrato la estrategia del hijo de *atar a su madre a una silla para que ella no pueda levantarse mientras él está de compras*; sin embargo, fue menor el porcentaje de encuestados que identificaban como maltrato *encerrarla en casa sola mientras él está en*

el trabajo. Por otra parte, tanto los profesionales sociosanitarios como la población general tienen dificultad para reconocer la negligencia como forma de maltrato ante la estrategia del hijo de *aceptar la decisión de su madre de no afeitarse*.

Según Corazzari y Taylor (1998), la negligencia es “todo comportamiento que tienda al descuido, desatención y abandono de una persona que no está en condiciones de valerse por sí misma por razones de edad, enfermedad o discapacidad. Comprende también el no proveer las condiciones de supervivencia, teniendo las posibilidades de suplirlas”. Se considera una de las formas más comunes de maltrato contra los ancianos, aunque a menudo es la más difícil de detectar. Debido a que no está clara la forma en que se produce, o al no tener el personal de salud conocimientos sobre violencia, puede confundirse con problemas de envejecimiento.

En los tres grupos incluidos en nuestra investigación, profesionales sanitarios, trabajadores sociales y población general, es escaso el porcentaje que identificó de forma incorrecta como maltrato estrategias categorizadas como no maltrato.

Dos de las estrategias clasificadas como maltrato, *atarla en un silla para que no pueda levantarse mientras él está de compras* y *encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo*, son ambas, formas de restricción física.

Se consideran formas de contención física: encerrar en la habitación, bloquear salidas para evitar fugas, atar de forma injustificada a la cama, a la silla o al radiador para evitar que se levante o se caiga, atar como castigo o por imposibilidad de supervisión, etc.

Sin embargo, aunque en los últimos años ha habido cierto debate en cuanto a si la restricción es una forma de maltrato, en nuestra opinión debe ser identificado como tal, ya que afecta a algunos derechos fundamentales de la persona, como la libertad y a algunos de los principios y valores básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal. Además para la persona mayor la contención, sobre todo si tiene demencia y no entiende la razón de dicha restricción, puede aumentar el riesgo de caídas, lesiones relacionadas con éstas y la mortalidad (Dunn, 2001).

En relación con lo anterior, cabe destacar que estudios basados en evidencia científica sobre el uso de las sujeciones físicas indican que no está demostrada la efectividad de éstas en la prevención de caídas y las lesiones asociadas a ellas. Algunas de las conclusiones obtenidas han sido (Generalitat de Catalunya, 2007):

- Las personas a las que se les restringe la movilidad sufren mayor número de caídas y sus consecuencias suelen ser más graves que en personas a las que no se les restringe la movilidad.

- Los centros que han reducido el uso de sujeciones restrictivas han podido observar que no aumenta el número de caídas e incluso han experimentado un descenso de ellas.

- En centros en los que se ha aumentado el número de caídas tras la retirada de sujeciones, se ha podido observar que no ha aumentado la gravedad de las lesiones producidas como consecuencia de ellas.

En este mismo sentido, también diferentes organismos nacionales e internacionales, consideran las sujeciones como una vulneración de los derechos fundamentales.

Por otra parte, en los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad se hace referencia a las medidas restrictivas en pacientes mayores (Fundación Cuidados Dignos, 2011). Así, señalan que todo paciente tendrá derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento que le corresponde a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros (Art. 9.1), y que no se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo conforme a los procedimientos oficialmente aprobados y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas prácticas no se prolongarán más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito. Todos los casos de restricción física o exclusión voluntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular del personal cualificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder (Art. 11.11).

Entre los países que poseen legislación que restringe el uso de sujeciones en centros de atención a personas mayores, destacan principalmente Japón y Estados Unidos, aunque también Austria, Dinamarca, Alemania y Países Bajos han desarrollado legislación al respecto.

A pesar de todas estas consideraciones éticas y legales desarrolladas a nivel internacional, en España no existe un marco normativo o legislativo específico a nivel estatal, encontrando que en los últimos años algunas comunidades autónomas han comenzado a desarrollar normativa reguladora aplicable en sus respectivos marcos

territoriales, que se han plasmado en forma de protocolos, algunos con diferencias ostensibles entre sí para el abordaje de esta materia.

En el contexto del hogar, la propia naturaleza de la situación, continua y sin apoyo, puede llevar a que los cuidadores familiares encuentren la necesidad de usar sistemas de contención para conseguir un descanso en la vigilancia continua, poder salir de la casa y/o conseguir que la persona con problemas de memoria se tome su medicación. Por lo tanto, determinadas estrategias pueden ser vistas por los cuidadores como la única manera de mantenerlos a salvo mientras ellos realizan otras tareas.

En nuestra investigación, al igual que en el estudio de Selwood y cols. (2007) en Reino Unido, se clasificó como maltrato la estrategia *aceptar la decisión de su madre de no asearse*. Esto en base a la idea de que si una persona no tiene la capacidad de entender las implicaciones para su salud, bienestar e interacciones sociales que se derivan de la decisión de no mantener la higiene corporal, tenemos el deber de actuar en su propio interés, y no hacerlo es negligente. Sin embargo, solamente el 8% de la población general, el 14,3% de profesionales sanitarios y 7,6% de trabajadores sociales lo consideraron maltrato; mientras que un porcentaje mayor de cada grupo lo etiquetó como mala idea pero no maltrato. En el estudio de Reino Unido, es menor el porcentaje de profesionales sanitarios que lo reconoce como maltrato (7,9%). Igualmente, esta situación se consideró negligencia en el estudio de Pelotti y cols. (2013), donde un 25% de enfermeras y un 20% de estudiantes de enfermería lo identificaron como maltrato y, al igual que en nuestro estudio, es mayor el porcentaje que lo consideró una mala idea pero no maltrato (66% y 60%, respectivamente).

Sin embargo, en el estudio realizado por Hempton y cols. (2010) en Australia, esta estrategia fue considerada como potencialmente abusiva, según las directrices del Estado de Victoria (Victorian Department of Human Services, 2009), justificando que es elección de la persona mayor estar limpio o no, aunque no compartimos esta opinión al tratarse de una paciente con demencia. Esta situación fue calificada como maltrato por un porcentaje aún menor de los encuestados que en el nuestro estudio (2,5% de los profesionales de la salud y 1,1% de los cuidadores). Siguiendo la misma clasificación que utilizó Hempton y cols., un 10,3% de profesionales sanitarios y un 25 % de estudiantes en el estudio de Dow y cols. (2013) en Australia, identificaron como maltrato esta estrategia.

Como comentamos anteriormente, el número de encuestados de nuestro estudio que identifican como maltrato *atarla a una silla para que ella no pueda levantarse mientras el hijo está de compras* fue superior que en el caso de la estrategia *encerrarla*

en casa sola mientras él está en el trabajo. Si comparamos con estudios previos, en los que los profesionales opinaron sobre las mismas estrategias, los resultados son similares (Selwood y cols., 2007; Hempton y cols., 2010; Pelotti y cols., 2013; Down y cols., 2013). Resulta preocupante el alto porcentaje de profesionales sanitarios, en los diferentes estudios, que no reconoce como maltrato la estrategia del hijo de *encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo.*

En las tres estrategias categorizadas como maltrato en nuestro estudio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre profesionales sanitarios y población general, siendo los primeros los que las identificaron de forma correcta como maltrato en mayor porcentaje. Estos resultados avalan nuestra hipótesis inicial, los profesionales por su formación y experiencia serían los miembros de la sociedad con una mayor capacidad para la identificación del maltrato en las personas mayores en relación con el resto de la población.

Sólo en una de las estrategias categorizadas como maltrato, *atarla a una silla para que ella no pueda levantarse mientras él está de compras,* el porcentaje de trabajadores sociales que la identificó de forma correcta fue significativamente superior al de población general.

Entre profesionales sanitarios (médicos y enfermero/as) y trabajadores sociales no se encontraron diferencias para reconocer las estrategias consideradas maltrato. Sin embargo, en las consideradas potencialmente maltrato, más profesionales sanitarios que trabajadores sociales identificaron como maltrato *decirle que no puede desayunar hasta que no se haya bañado* y *decirle que si la situación sigue por el mismo camino y no mejora tendrá que ir a vivir a otra parte.*

El modelo final de regresión logística multifactorial mostró que las personas que habían tenido contacto a nivel personal con una persona con demencia tenían más probabilidad de identificar de forma correcta como maltrato *encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo* y *aceptar la decisión de su madre de no asearse;* y que los menores de 45 años, los sujetos que presentaban estudios universitarios respecto a los que tenían estudios primarios, y los trabajadores sociales respecto a la población general tenían más probabilidad de identificar como maltrato *atarla a una silla para que ella no pueda levantarse mientras él está de compras.*

En nuestro conocimiento, este es el primer estudio tanto a nivel nacional como internacional en el que se recoge la opinión de la población general junto con la de los profesionales sanitarios, mayor de 18 años, para evaluar y comparar su percepción del maltrato a los ancianos, sin distinción por su implicación personal o profesional con las

personas de edad avanzada u otros aspectos.

La diferencias encontradas entre los profesionales y la población general respecto a su percepción del maltrato se justificaría, en nuestra opinión, por la mayor formación y experiencia en gestión de situaciones similares a las planteadas en esta hipotética situación que tienen los profesionales. Pero como muestran los resultados de nuestro análisis todavía hay un alto porcentaje de profesionales que no identifican de forma correcta el problema, siendo éste más elevado en el grupo de los trabajadores sociales que en los profesionales sanitarios. Esto contrasta con los resultados del estudio de Dow y cols. (2013) en el que se observó que los estudiantes tenían más probabilidad de identificar las estrategias definidas como maltrato y potencialmente maltrato que los profesionales, que podían tener más experiencia en el manejo de escenarios similares a los planteados en el cuestionario. En el estudio de Caciula y cols. (2010), se observó que los profesionales de la salud en Rumanía que habían recibido formación más recientemente, tenían más probabilidades de identificar estrategias de maltrato.

5.4. ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y TRABAJADORES SOCIALES SOBRE EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

5.4.1. Actitudes hacia el maltrato a las persona mayores

Los resultados de nuestra investigación evidencian una tendencia general en las actitudes de los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales de inseguridad e indefinición hacia el maltrato a las personas mayores, al igual que se observó en el estudio de Almog y cols. (2010) en Israel, en el que se evaluaron las actitudes de médicos y enfermeros/as. Esta hecho es un reflejo, en nuestra opinión, de la escasez de conocimiento del maltrato a las personas mayores.

Hemos encontrado diferencias significativas en las actitudes de los profesionales entre el presente estudio y otras investigaciones. Los médicos y enfermeros/as de nuestro estudio, en una escala tipo Likert de cinco puntos (1- absolutamente no/inútil hasta 5- absolutamente si/útil), valoraron *internar a una víctima mayor de maltrato en un hogar de ancianos* con una actitud intermedia en el caso de los médicos (3,79), siendo más proclives hacia esta actitud los enfermeros/as (4,09). Sin embargo, en el estudio de Almog y cols. (2010) realizado en Israel, usando un cuestionario similar, los médicos y enfermeros/as consideraron absolutamente beneficiosa la situación anterior, con una media de 5,0. La mayoría de los médicos y enfermeros/as del estudio de Israel opinaba que era *útil para una persona mayor maltratada emitir una orden de alejamiento al*

maltratador, con una media de 4,9. Estos datos, contrastan con los de nuestro estudio, donde nuestros profesionales lo consideraban menos útil, con una media de 3,69 los médicos y 3,94 los enfermeros/as. Los profesionales sanitarios (médico y enfermeros/as) de nuestra investigación no estaban de acuerdo con la idea de *internar a una víctima de malos tratos en una residencia de ancianos en contra de su voluntad* (media de 2,18 en médicos y 1,96 en enfermeros/as); un grado de acuerdo ligeramente superior se observó en el estudio de Almogue y cols. (2010) ante esta situación.

Solamente el 6,8% de los profesionales de nuestro estudio consideraba que *España cuenta con los servicios suficientes para satisfacer las necesidades de los ancianos maltratados*; los trabajadores sociales en mayor porcentaje que los médicos manifestaron esta opinión. En el estudio de Clark-Daniels y cols. (1990c) el 88,4% de los enfermeros y el 64,2% de los médicos opinaba que el estado de Alabama no cuenta *con servicios suficientes para satisfacer las necesidades de los ancianos maltratados*. Los resultados de estos dos estudios contrastan con los obtenidos en el estudio de Almogue y cols. (2010), en el que un alto porcentaje de los médicos y enfermeros/as opinaban que *Israel cuenta con los servicios suficientes para satisfacer las necesidades de los ancianos maltratados (40%)*.

En relación a lo anterior, en el estudio realizado en 2007 en España por Montserrat y cols., se observó un alto consenso entre los profesionales sanitarios de Atención primaria en que en la actualidad los recursos para cubrir las necesidades de los ancianos maltratados son insuficientes.

En el estudio de Almogue y cols. (2010) el 41% de los profesionales consideraba que *denunciar el maltrato hará que aumente la furia del agresor y la intensidad del maltrato*, sin embargo, en nuestro estudio sólo el 11,7% estaba de acuerdo con esta afirmación.

El 35% de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales de nuestro estudio opinaban que *las familias de las víctimas de malos tratos van a creer que como profesional sanitario soy el que informo sobre el maltrato*, porcentaje algo menor se obtuvo en el estudio de Almogue y cols. (2010) (28%). Esta actitud denota un posible temor a implicarse en la detección de casos de malos tratos y que podría derivar en una barrera para su detección y notificación.

Más de la mitad de los profesionales en el estudio de Almogue y cols. (2010) (59%) consideraban que *si informaban sobre un caso de maltrato a personas mayores, con el tiempo se conocerá quien informó y la relación con el paciente se dañará*. Estos resultados contrastan con el escaso 12,8% de los profesionales de nuestro estudio,

siendo mayor el porcentaje de médicos que trabajadores sociales y no existiendo diferencias con las opiniones de enfermeros/as. Podemos plantearnos que esta desigualdad en los resultados pueda deberse a diferencias culturales y legislativas entre las dos muestras. En el presente estudio los hombres y los menores de 45 años están de acuerdo en un porcentaje mayor con esta afirmación.

Los médicos estaban algo menos de acuerdo, que enfermeros/as y trabajadores sociales en que *sólo el buen funcionamiento del sistema judicial podrá parar el maltrato a personas mayores.*

5.4.2. Conocimientos sobre el maltrato a las personas mayores

Respecto a los conocimientos generales que tienen los profesionales sobre el maltrato a personas mayores es importante señalar que, al igual que ocurría en las actitudes, en casi la totalidad de las afirmaciones, más de la mitad no estaban seguros de la respuesta, lo que reafirma nuestra idea de la escasez de conocimientos de los profesionales sobre el maltrato a las personas mayores y su inseguridad para tomar decisiones.

Médicos, enfermeros/as y trabajadores sociales coincidieron en la opinión de que el *manejo del maltrato a los ancianos no es principalmente responsabilidad del profesional sanitario*, a pesar de que la violencia familiar es fundamentalmente un problema de salud.

Según la WONCA (Organización Mundial de Médicos Generales y de Familia), un problema de salud es: “cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, afecta, o puede afectar la capacidad funcional del paciente”. El concepto de problema de salud, como vemos, no se limita a una enfermedad en particular, no exige un nivel de daño o deterioro de la salud, sino, al menos, una preocupación del médico o del paciente de que pueda afectarse la salud por ese problema. Evidentemente, el maltrato y la violencia familiar son un importantes problema de salud, siendo especialmente vulnerables, niños, mujeres y ancianos.

En la misma línea de nuestra investigación, en el estudio cualitativo de Montserrat y cols. realizado en España en 2007 en el que participaron 27 sanitarios de Atención primaria, la idea de que el abordaje del maltrato es un problema social que no depende en exclusiva de los sanitarios era universal.

En el análisis de los conocimientos generales sobre el maltrato a las personas

mayores, sólo encontramos diferencias entre médicos y enfermeros/as en que éstos últimos, en mayor porcentaje, no estaban de acuerdo que el *mayor número de casos de maltrato a personas mayores implica sólo lesiones leves*. Sin embargo, en el estudio de Almogue y cols. (2010) no se encontraron diferencias entre médicos y enfermeros/as en sus conocimientos generales sobre el maltrato a las personas mayores. Destaca el hecho de que más de la mitad de los profesionales de nuestro estudio, casi el doble de enfermeros/as (46,8%) que de médicos (21,9%), desconocía si *el mayor número de casos de maltrato a personas mayores implica sólo lesiones leves*.

El maltrato de las personas mayores puede conllevar lesiones físicas de distinta gravedad, desde erosiones y hematomas a fracturas óseas y lesiones craneales que pueden provocar discapacidades y secuelas psicológicas graves, a veces de larga duración, en particular depresión y ansiedad. Para las personas mayores las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves porque sus huesos pueden ser más frágiles y la convalecencia más larga. Incluso lesiones relativamente menores pueden provocar daños graves y permanentes, o la muerte. Un estudio de seguimiento durante 13 años reveló que los ancianos víctimas de maltrato tienen una probabilidad de morir dos veces mayor que aquellos que no refieren abuso (OMS, 2015c).

En nuestra investigación un mayor porcentaje de trabajadores sociales que de médicos no estaba de acuerdo con que *muy pocos adultos mayores son maltratados* (55,2 y 38,6%, respectivamente). Respecto a este argumento, el número de profesionales en desacuerdo fue superior en nuestro estudio respecto al de Almogue y cols. (2010) (48,5% y 39%, respectivamente). Al igual que ante otras afirmaciones hay que destacar el desconocimiento de nuestros profesionales de la magnitud del problema de los malos tratos a personas mayores, ya que un 49,2% respondió que no estaba seguro/a ante dicha aseveración.

El maltrato de las personas mayores es un problema importante de salud pública. Aunque hay poca información sobre el alcance del maltrato en la población de edad avanzada, especialmente en los países en desarrollo, se calcula que 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes. Probablemente la cifra esté subestimada, puesto que solo se notifica 1 de cada 24 casos de maltrato a personas mayores, en parte porque los afectados suelen tener miedo de informar a sus familiares y amigos o a las autoridades. En consecuencia, es probable que todas las tasas de prevalencia estén subestimadas (OMS, 2015 c).

También mostraron nuestros profesionales un alto grado de inseguridad sobre si *los adultos mayores son más propensos al maltrato que los niños*, el 60,5% respondió

que no estaba seguro/a; más marcado fue el desconocimiento en el grupo de mujeres (66,3%) que de hombres (48,2%). Al igual que en el estudio de Almogue y cols. (2010), en nuestro estudio es inferior el porcentaje de profesionales que opinaba que los adultos mayores no son más propensos al maltrato que los niños (17%, y 7,5%, respectivamente). Contrasta en los resultados de nuestro estudio el pequeño porcentaje de trabajadores sociales que estaba de acuerdo con este argumento (9,5%) respecto a los médicos y enfermeros/as (47,4% y 44,7%, respectivamente).

Aunque el abuso al anciano ocurre tan frecuentemente como otra forma de violencia doméstica, la detección y el registro son menores. El concepto “malos tratos a la Infancia”, representa una realidad compleja y difícil de definir. Inicialmente se entendía por maltrato infantil el maltrato físico activo, con un predominio de criterios médicos-clínicos. La evolución de los estudios e investigaciones sociales y el evidente avance en la democratización de las sociedades más avanzadas, ha determinado la situación actual, en la que las definiciones de maltrato se basan en las necesidades y derechos de la infancia (Solís de Ovando, 2003).

Hasta finales del siglo XX no se tomó conciencia de que la violencia en la familia era un fenómeno intolerable y no una forma adecuada de educar a los niños. De hecho, hasta los años 60 este tipo de prácticas educativas no se tipificaron como atentados contra los derechos del niño. Por ello, las investigaciones sobre maltrato infantil en la familia son relativamente recientes y escasas.

Aunque en la literatura se reitera que los casos que llegan a los servicios sociales son apenas el 20% del total de sucesos de maltrato infantil, nosotros creemos que los datos del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar del Centro Reina Sofía tienen suficiente solidez para conocer el fenómeno epidemiológico del maltrato infantil (Centro Reina Sofía, 2002). Los casos declarados en España en el año 2005 fueron de 0,84 niños maltratados por 1000 niños menores de 18 años.

Otra de las cuestiones que se plantearon para la valoración de los profesionales fue sobre las posibilidades de los ancianos de salir de una situación de violencia, así el 42,1% de nuestros profesionales, y datos muy similares en el estudio de Almogue y cols. (2010), opinaban que *la mayoría de personas mayores maltratadas pueden obtener ayuda si la necesitan*, los trabajadores sociales en mayor porcentaje (69,5%) que enfermeros/as (40,4%) y médicos (17,5%). Un dato a destacar, es que entre los profesionales que piensan que *la mayoría personas mayores maltratadas pueden obtener ayuda si la necesitan* es independiente del porcentaje de contacto con ancianos en su actividad profesional.

Respecto a la notificación de casos de maltrato a personas mayores, la mayoría de profesionales de nuestra investigación conocían que *todos los profesionales sociosanitarios en España tienen una responsabilidad legal para informar casos de malos tratos* (83,8%); casi la totalidad en el caso de los trabajadores sociales (95,2), y un porcentaje similar de médicos (76,6%) y enfermeros/as (76,3%). En el estudio de Almogue y cols. (2010) fue superior el porcentaje de enfermeros/as (92%) que de médicos (79%). Las mujeres en nuestra investigación estaban de acuerdo con este argumento en mayor porcentaje que los hombres. A pesar de que el porcentaje de sanitarios que es consciente de su responsabilidad legal para informar situaciones de violencia doméstica, no podemos ignorar el 25% que no son conscientes de ello.

En esta misma línea de análisis del conocimiento sobre la responsabilidad profesional en estos casos, el 83,3% de nuestros profesionales opinaba que era *responsabilidad suya como profesional sanitario informar casos de maltrato a personas mayores* y un porcentaje similar de profesionales no estaba de acuerdo con que *sólo los médicos están obligados a informar del maltrato a los ancianos* (88,3%).

Respecto a la idea de que *informar casos de maltrato a personas mayores es una violación de los derechos de la persona anciana* el 85% de los profesionales de los profesionales de nuestra investigación no estaba de acuerdo; siendo las mujeres quienes respaldaron esta idea en un porcentaje mayor que los hombres.

En este sentido, la legislación establece que la sospecha o evidencia de maltrato debe llevar a la cumplimentación de un parte de lesiones. Este documento debe ser siempre emitido, independientemente de la posterior denuncia por parte de la persona mayor o de sus familiares. Además, se debe informar al trabajador social y realizar un seguimiento. Cuando el maltrato es evidente, se deben tomar además medidas urgentes para la protección de la persona mayor, que pueden incluir la hospitalización, institucionalización, recurso a la protección de otros familiares o utilización de diversos recursos sociosanitarios. Cuando el paciente se encuentra mentalmente incapacitado, las medidas de protección y seguimiento deben extremarse (Sánchez del Corral y Ruipérez, 2004).

Son pocas las disposiciones legales directamente relacionadas con el maltrato a las personas mayores. El Código Civil dispone que el deber de adoptar las medidas necesarias para la protección del anciano reposa sobre la familia, el entorno social y, en su caso, los profesionales sanitarios que lo atienden; y que incumbe a los poderes públicos y a los medios que crean opinión fomentar el estado de conciencia social adecuado para ser sensibles ante los casos de maltrato que pudieran producirse

(Jiménez y Jiménez-Poyato, 2003). Hay una obligación legal entre familiares y representantes de cubrir las necesidades de alimentos, ropa, hogar, asistencia médica y la educación (Código Civil, Art. 142 a 144) (Crome y cols., 2014). Por su parte, el Código Penal, a lo largo de su articulado, recoge todas aquellas acciones u omisiones constitutivas de maltrato físico, psicológico y económico; así como el abandono, la ausencia o la privación de los cuidados necesarios y las faltas de respeto referidas a los ascendientes (Martínez-Maroto, 2003). Además, la Fiscalía General del Estado ha creado la figura del Fiscal encargado del Servicio de Violencia Familiar, a partir de la cual se han impulsado planes integrales de ámbito nacional contra la violencia doméstica, en los que naturalmente tienen cabida las iniciativas contra la violencia o maltrato al anciano (Jiménez y Jiménez-Poyato, 2003).

Más de la mitad de los profesionales de nuestra investigación (58,3%) afirmó que *tenía que estar absolutamente seguro de que el maltrato se ha producido antes de informar*, en mayor porcentaje los trabajadores sociales (66,7%) que los médicos (48,2%); esta situación era asumida también por casi la mitad de los profesionales sanitarios en el estudio americano (Clark-Daniels y cols., 1990c) y en el de Almogue y cols. (2010). Sorprende que éste sea en el único de los argumentos planteados a los profesionales de nuestro estudio para valorar sus conocimientos, en el que aparecen diferencias significativas en función de su lugar de trabajo. Encontramos que los profesionales que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de Atención primaria opinaban que *tenían que estar absolutamente seguros de que el maltrato se ha producido antes de informar*, en mayor proporción que los que trabajan en servicios hospitalarios.

Sin embargo, esta opinión de los profesionales del nivel básico de salud contrasta con la situación objetiva de que la Atención primaria es puerta de entrada al sistema sanitario y social del maltrato a las personas mayores, reconocida y asumida como tal por la OMS y la INPEA. Los profesionales de Atención primaria tienen una oportunidad única para identificar e informar del maltrato a personas mayores, por ello es necesario formar a los profesionales que trabajan en este ámbito para que desarrollen las competencias adecuadas para detectar, evaluar e intervenir ante estas situaciones. Se encuentran en una posición privilegiada para la detección del maltrato a mayores ya que podrían ser las únicas personas externas a la familia con la posibilidad de ver a la persona mayor de forma regular. Además, pueden establecer con las personas mayores y sus familias una relación de confianza, que les permita obtener la información necesaria para reconocer el maltrato y negligencia potencial e intervenir antes de que éstas se produzcan. Sin embargo, los médicos de los servicios de urgencias son fundamentalmente testigos de

los efectos del maltrato a mayores (Reay y Browne, 2002).

En un estudio realizado por Taylor y Dodd (2003) en el que participó personal de enfermería, trabajadores de apoyo, los funcionarios de centros de día y asistentes de atención comunitaria, el 75% afirmó que sólo informarían de un acto o hecho de maltrato a personas mayores si tenían pruebas concretas de la situación, como por ejemplo ser testigo directo de los hechos.

Sin embargo, en la práctica asistencial diaria se produce con frecuencia una dificultad en la toma de decisiones, sobre todo cuando se plantea la posibilidad de denuncia judicial. A las limitaciones impuestas por la escasez de recursos y la falta de agilidad de nuestro sistema judicial, se añaden consideraciones éticas derivadas fundamentalmente de la fragilidad y frecuente dependencia económica y emocional del anciano maltratado y de la obligación ética impuesta por los principios de *No Maleficencia* y de *Autonomía*. Es frecuente encontrar personas mayores que han sufrido diferentes formas de maltrato y, a pesar de todo, prefieren continuar en su domicilio. Ello es debido a que, demasiadas veces, a la denuncia judicial le sigue irremediamente la ruptura de los lazos familiares y la institucionalización definitiva del anciano. Recientemente, un amplio estudio dirigido a conocer los valores, expectativas y creencias de las personas mayores en relación al problema del maltrato a las personas mayores, ha puesto de manifiesto que muchas personas mayores consideran la propia institucionalización como una forma de maltrato (World Health Organization & International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002).

En este sentido, hay que destacar el alto porcentaje de inseguridad de los profesionales de nuestro estudio sobre si conocen la *existencia de protocolos para detectar el maltrato a los ancianos* (48,9%) y de si *en España existe una posible sanción si el maltrato no se informa a las autoridades* (65,0%).

En el momento actual, no existe un instrumento de detección eficaz, eficiente y universalmente aceptado, que permita la identificación de la población en riesgo. Se encuentran en diferentes fases de estudio diversos cuestionarios. Tampoco existe ningún protocolo o programa de actuación que se pueda recomendar de forma global, a pesar de las graves repercusiones del maltrato al anciano, tanto a nivel personal y familiar como social. Entre las causas de esta carencia, se pueden citar las siguientes (Sánchez del Corral y Ruipérez, 2004):

- Escaso y aún reciente reconocimiento del problema, tanto a nivel social como por parte de los propios profesionales.

- Cierta tolerancia social y dejación de las responsabilidades del Estado en las familias.
- Cierta tolerancia familiar, por desconocimiento y/o dejación.
- Falta de formación específica de los profesionales sanitarios y de servicios sociales; frecuentes actitudes de discriminación por la edad.
- Escasez de recursos adecuados para abordar el problema, tanto en los ámbitos sanitarios y de servicios sociales, como en el policial, judicial y legislativo.
- Frecuente aislamiento social de las personas mayores, en función de las situaciones de dependencia.
- Complejidad intrínseca del maltrato al anciano, que es frecuentemente escondido incluso por los propios ancianos maltratados.

No hay estudios publicados que valoren el nivel de conocimiento de los profesionales de la salud sobre instrumentos de detección de abuso de ancianos. La herramienta de evaluación más utilizada es el *Elder Abuse Suspicion Index* (EASI) o Índice de Sospecha de Maltrato hacia los Mayores que consiste en preguntas breves, dirigidas a personas mayores en cualquier nivel asistencial, que no padezcan deterioro cognitivo. El objetivo es detectar sospecha de maltrato, no detectar casos, y lo que se logra al difundir este cuestionario es familiarizar al profesional con aquellas preguntas dirigidas a ir abordando el problema (Crome y cols., 2014).

Las guías pueden ser utilizadas como una referencia sobre qué hacer cuando se sospecha de abuso. Una de ellas fue publicada por el IMSERSO (la Agencia Oficial española de Servicios Sociales) en 2005 (Moya y Barbero, 2005); una segunda guía más reciente con recomendaciones sobre la detección y el seguimiento de las instituciones de salud se publicó en 2012 (Lázaro del Nogal, 2012).

Tras analizar nuestros resultados podemos afirmar que nuestros profesionales no están completamente familiarizados con las directrices legales y protocolos de maltrato a personas mayores en España. No existen muchos estudios en la literatura que evalúen de forma concreta los conocimientos de los profesionales sobre el maltrato en las personas mayores. La mayoría han tenido lugar en Estados Unidos y Reino Unido, y son escasos en España.

Cuando pedimos a los profesionales de nuestra investigación su valoración acerca de la formación que habían recibido sobre malos tratos a las personas mayores, el 83,1% de los profesionales sociosanitarios indicó que habían recibido poca o ninguna, dato

alarmante que hace necesaria una profunda reflexión sobre la formación de los profesionales. No encontramos diferencias significativas, en relación a la formación recibida, entre profesionales sanitarios y trabajadores sociales, ni entre médicos y enfermero/as. Respecto a la calidad de esa formación, el 62,7% la valoró de forma negativa y tampoco en este aspecto se encontraron diferencias entre los diferentes profesionales. Además, sólo el 12% de los profesionales de nuestro estudio se sentían preparados para actuar ante un caso de malos tratos a personas mayores.

En definitiva, la escasez de formación recibida por nuestros profesionales, nos reafirma en la idea de que es uno de los puntos clave de intervención para mejorar la detección y notificación. Este hecho ha quedado también reflejado en diferentes estudios de la literatura, donde los profesionales han manifestado la necesidad de una mayor y mejor formación.

Interesantes fueron los resultados de un estudio realizado en 2007 en España (Montserrat y cols. 2007) en el que participaron sanitarios de Atención primaria, empleando la técnica conversacional; dichos resultados confirman los obtenidos por nosotros. Al preguntarles sobre cómo actuar ante el maltrato, las dificultades detectadas fueron múltiples. Entre ellas destacaron: la poca experiencia y formación frente a situaciones de valoración compleja, ante las que el profesional se siente inseguro, moviéndose entre la objetividad de los hechos, la subjetividad de cómo son vividos por los implicados y la intimidad de las familias. Ante tales dificultades, los participantes reconocieron desinterés, en ocasiones inconsciente, dada su impotencia para confirmar las sospechas. También manifestaron su falta de formación.

Los profesionales de un estudio realizado por Schmeidel y cols. (2012) en Estados Unidos reconocieron la necesidad de una mayor y mejor educación sobre la detección de maltrato a personas mayores y la realización de informes. Los participantes sugirieron una reorganización del sistema de presentación de informes y formación más frecuente y pragmática para fortalecer los conocimientos prácticos sobre maltrato a personas mayores.

Los profesionales sanitarios del estudio de Taylor y cols. (2006) en Estados Unidos también apoyaron la necesidad de una mayor educación sobre el maltrato en los ancianos y reconocieron que los médicos no estaban familiarizados con los signos de la violencia familiar.

Yaffe y cols. (2009) plantean en su estudio, en el que participaron médicos, enfermeros/as y trabajadores sociales, que las diferentes creencias, actitudes, valores y comportamientos de los diferentes profesionales de la salud pueden influir en la

detección de casos, por lo que sugiere que los planes de estudios de titulaciones sanitarias y sociales deberían, por tanto, no sólo centrarse en la adquisición de conocimientos, sino también en el examen de las actitudes, creencias y prejuicios que podrían ser motivados personal o profesionalmente. Esto puede contribuir a mejorar la capacidad de trabajar en equipo, resolver los problemas de forma consensuada y mejorar los resultados en la detección de maltrato a personas mayores.

En una revisión de 32 artículos realizada por Cooper y cols. (2009b), en la que investigaron el conocimiento, detección y la notificación de maltrato a personas mayores de los profesionales de salud, concluyeron que los profesionales que reconocían haber recibido algún tipo de formación sobre malos tratos no tenían más probabilidad de detectar el maltrato que los que no habían tenido formación; sin embargo, aquellos profesionales que habían realizado intervenciones educativas si detectaban el maltrato eran significativamente más proclives a notificarlo. Por otra parte, las intervenciones diseñadas mediante la utilización de competencias prácticas eran más eficaces para aumentar el conocimiento sobre los malos tratos que cuando la información proporcionada era exclusivamente escrita. No obstante, no existen estudios de intervención que hayan investigado si la detección y la notificación del maltrato aumentan con la formación de los profesionales.

Podemos concluir, que tanto en nuestra investigación como en el resto de la bibliografía consultada, los profesionales reconocen la escasez de formación y experiencia en el maltrato al anciano y la necesidad de intervenciones para mejora la gestión de estos casos.

En este sentido, de acuerdo con la Teoría del Comportamiento Planificado de Icek Ajzen (Ajzen, 2006), sería posible realizar cambios en la actitud de los profesionales. De acuerdo con esta teoría, las actitudes, junto con cuestiones relacionadas con la presión social percibida, la infraestructura disponible y la habilidad de los individuos, son predictores de las intenciones comportamentales con respecto a un comportamiento específico.

Como hemos mencionado anteriormente, la tasa de detección y notificación de abuso de ancianos es baja. Los resultados del presente estudio orientan a pensar que las actitudes de los profesionales influyen en la tasa de notificación. De acuerdo con la Teoría del Comportamiento Planificado de Icek Ajzen (Ajzen, 2006), cuanto más favorable es la actitud y la norma objeto, mayor es la percepción de control y por lo tanto la intención de la persona para realizar ciertos comportamientos deben ser más fuertes. Nuestros resultados mostraron que la principal tendencia de los profesionales era

responder *no estoy seguro/a*. Este hallazgo es apoyado por un menor nivel de conocimiento. De acuerdo con la teoría de la conducta planificada, estos resultados tienen una influencia directa sobre el bajo nivel de detección y presentación de informes. Esta afirmación se apoya en el estudio de McCreadie y cols. (2000), quienes encontraron una correlación entre el conocimiento en el diagnóstico de maltrato a personas mayores y la tasa de presentación de informes.

5.5. BARRERAS PARA INFORMAR CASOS DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y TRABAJADORES SOCIALES

Es generalizado el acuerdo de que los profesionales encargados de la atención de las personas mayores juegan un importante papel en la identificación, declaración y prevención del maltrato en los ancianos, especialmente médicos y enfermeros/as ya que ellos están en la mejor posición para reconocer esos casos. La mayoría de las personas ancianas confían en ellos, y pueden ser las únicas personas, fuera de la familia, que ven a estas personas con una mayor regularidad. Sin embargo, son muchos los profesionales de la salud que reconocen haber presenciado casos sospechosos de maltrato a personas mayores, pero no los han notificado (Daly y Jogerst, 2005).

Aunque el abuso al anciano ocurre tan frecuentemente como otra forma de violencia doméstica, la detección y el registro son menores; así algunos autores anotan una tasa de 1 registro frente a 6 casos existentes (American Public Human Services Association, 1998; Castellano, 1998; Childs y cols., 2000); otros, como la OMS, cifra el dato en 1 notificación cada 24 casos de maltrato a personas mayores (OMS, 2015c). El estudio de Rosenblatt y cols. (1996) reveló que los médicos sólo informaban un 2% de todos los casos sospechosos, los trabajadores sociales el 25% de los casos y los enfermeros/as el 26%, un número sustancialmente mayor que lo informado por los médicos. Otros apuntan hasta una relación de uno a 15 registrados en gran proporción por los trabajadores sociales; a mucha distancia están los registros de enfermeras/os y, por último, los de los profesionales médicos (Bird y cols., 1998).

Cuando se le indicó a los profesionales de nuestro estudio (profesionales sanitarios y trabajadores sociales) que seleccionaran un máximo de 5 razones, de las 15 propuestas, por las cuales podrían dudar antes de informar un caso sospechoso de maltrato a una persona mayor, más de la mitad de éstos consideró como principal razón que *la víctima niegue los malos tratos*. Ésta no debería ser, en nuestra opinión, una barrera para la notificación ya que generalmente los ancianos no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias, o al confinamiento en

instituciones, ya que hay que tener en cuenta que el agresor suele ser en la mayoría de los casos una persona cercana a la víctima, como familiares y cuidadores, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable.

En el estudio publicado por Almogue y cols. (2010) en Israel, la principal razón que dieron los profesionales fue *no querer verse implicado en un proceso judicial*; sin embargo, en nuestro estudio este motivo sólo lo indicó el 6,8% de los profesionales sanitarios y el 1% de los trabajadores sociales.

Cabe destacar, además, que los profesionales del presente estudio coinciden con los del estudio de Israel en cuatro de sus cinco principales razones por las que no informar casos de maltrato: que *la víctima niegue los malos tratos, ignorar las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en el país, no estar seguro/a como informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos y no tener claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos*.

La principal razón que dio el 41% de los médicos de emergencias en el estudio de Jones y cols. (1997) realizado en Estados Unidos, aplicando el mismo cuestionario de nuestro estudio, fue *no querer verse implicado en un proceso judicial*, coincidiendo con los profesionales del estudio de Almogue y cols. (2010).

Los profesionales del estudio de Jones y cols. (1997) coinciden con los de nuestro estudio en tres de las cinco barreras más frecuentes: que *la víctima niegue los malos tratos, no estar seguro/a de como informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos y no tener claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos*.

Casi la mitad de los profesionales de nuestra investigación (46,6%) indicó que *el paciente no de su consentimiento para la denuncia* como razón por la que dudaría antes de notificar un caso sospechoso. Significativamente más trabajadores sociales que profesionales sanitarios sostuvieron esta afirmación. Estos resultados contrastan con los del estudio Jones y cols. (1997), donde solo el 1% de los profesionales la eligió.

Los resultados de los tres estudios comentados reflejan que entre las principales limitaciones de los profesionales para informar casos sospechosos de maltrato a personas mayores, se encuentran la falta de conocimientos sobre aspectos legales, protocolos e incluso de la propia definición de maltrato. Sin embargo, observamos que en otros países los profesionales se preocupan en mayor medida por la implicación legal que pueda suponer la notificación y los profesionales de nuestra investigación dan más valor a razones relacionadas con la autonomía del paciente.

En otros estudios publicados, entre las razones que dan los profesionales de la

salud para justificar la falta de notificación de casos sospechosos de maltrato se encuentran: médicos reacios a reconocer el abuso, falta de protocolos para identificar el abuso, el miedo de la responsabilidad y el número limitado de servicios disponibles (Rathbone- McCuan y Voyles, 1982; Wei y Herbers, 2003; Rodríguez, y cols., 2006).

Los servicios disponibles para abordar el maltrato a las personas mayores es una de las razones que se repite en diferentes estudios. El 17% de los médicos de emergencias del estudio de Jones y cols. (1997) afirmó que su Estado no contaba con los recursos suficientes para satisfacer las necesidades de las víctimas y en un estudio realizado en Iowa en 2004, sólo el 11% de los médicos de familia pensaba que había recursos suficientes para abordar el maltrato de ancianos (Oswald y cols., 2005). Para los profesionales de nuestra investigación, los recursos insuficientes para responder a los casos sospechosos fue también una de las razones por las que dudarían antes de informar (17% de los trabajadores sociales y el 23,6% de los profesionales sanitarios).

En relación a lo anterior, en el estudio realizado en 2007 en España por Montserrat y cols. en el que participaron 27 sanitarios de Atención primaria, había consenso en que en la actualidad los recursos sociales son insuficientes, lo que limitaba las posibilidades de intervención y hacía infructuosa la detección. Entre los recursos necesarios, unos eran de tipo sociosanitario, como el factor básico para prevenir e intervenir, y otros de tipo estructural, como un buen nivel educativo y económico de la población y una sociedad que contemple más las necesidades de los ancianos. La formación, la supervisión y el asesoramiento de los profesionales orientada a capacitarlos en el manejo del problema se consideró también un recurso necesario.

En cuanto a las razones de la falta de casos detectados por profesionales de la salud, y por tanto notificados, los estudios publicados incluyen la falta de conocimiento sobre el maltrato de ancianos, sobre su prevalencia, los signos y síntomas, los factores de riesgo y la información sobre los autores (McCreadie, y cols., 2000; McCreadie, y cols., 1998; Taylor y cols., 2006).

Esta falta de conocimientos también se pone de manifiesto entre las razones que indican los profesionales de nuestro estudio. Los profesionales sanitarios, dentro de las 5 razones más frecuentes indicaron *no tener claras las definiciones de malos tratos y negligencia en ancianos* (36,6%). Significativamente menor fue el porcentaje de trabajadores sociales (15,2%) que indicó esta razón. Otra razón de la falta de conocimientos fue que *ignoraban las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España*, más profesionales sanitarios (52,2%) que trabajadores sociales (34,3%). Es también superior el porcentaje de profesionales sanitarios (42,9%) que de trabajadores

sociales (17,1%) que indicó no *estar seguro de cómo informar/denunciar casos de sospecha*.

En el estudio de Taylor y cols. (2006) en Estados Unidos realizado a médicos de Atención primaria, con respecto a la evaluación de las barreras para informar casos de maltrato, la falta de comprensión acerca de los procedimientos de presentación de informes fue considerado el obstáculo mas importante. También hubo un acuerdo firme sobre la necesidad de una educación adicional de los médicos.

En esta línea, en el estudio de Montserrat y cols. (2007) los sanitarios de Atención primaria indicaron poca experiencia y formación frente a situaciones de valoración compleja, ante las que el profesional se siente inseguro, moviéndose entre la objetividad de los hechos, la subjetividad de cómo son vividos por los implicados y la intimidad de las familias. Ante tales dificultades, los participantes reconocieron desinterés, en ocasiones inconsciente, dada su impotencia para confirmar las sospechas. También manifestaron su falta de formación.

Si bien las leyes exigen que se informe sin tener en cuenta las circunstancias atenuantes, muchos profesionales consideran el contexto más amplio del paciente antes de la presentación de un informe, incluyendo la autonomía del paciente y derechos fundamentales, la confidencialidad médico-paciente, la calidad de vida, y las futuras relaciones profesional-paciente. Un estudio realizado en 2006 puso de manifiesto que muchos médicos se encuentran con tres claves fundamentales cuando deciden informar: se preocupan por el futuro de la buena relación y de confianza con el paciente, la calidad de vida del paciente, y el manejo de la situación (Rodríguez y cols., 2006).

Los resultados de nuestro estudio también confirman lo expuesto anteriormente. En relación a la autonomía y derechos del paciente, que *la víctima niegue los malos tratos* y que *el paciente no de su consentimiento para la denuncia*, se encontraban, como ya indicamos, entre las cinco razones que reconocen los profesionales de nuestro estudio como barreras para la notificación. *Razones de confidencialidad entre el profesional y el anciano* también se encuentran entre las razones que más preocupan a nuestros profesionales antes de informar un caso sospechoso de maltrato, en un porcentaje superior los trabajadores sociales respecto a los profesionales sanitarios.

En la bibliografía consultada se evidencia en diferentes investigaciones que los médicos opinan que el miedo de la responsabilidad les impide informar excepto en casos de absoluta evidencia (Rodríguez y cols., 2006; Wei y Herbers, 2003). En este sentido, en nuestro estudio un 9,5% de los trabajadores sociales y un porcentaje mayor en el caso de los profesionales sanitarios (21,1%) señalaron *el miedo a la denuncia por si se*

equivocaban como razón por la que dudarían antes de notificar un caso. Los profesionales sanitarios, aunque en un pequeño porcentaje (6,8%), señalaron como razón que *no querían verse implicados en un proceso judicial*.

A este respecto, los profesionales sanitarios de Atención primaria que participaron en el estudio realizado en 2007 en España por Montserrat y cols. indicaron que se sentían obligados a intervenir en las situaciones graves, contemplando la denuncia judicial, que se valoraba como una actitud valiente pero poco resolutive, además de una fuente de problemas, ya que podía empeorar una relación ya de por sí conflictiva. Aunque en casos flagrantes de malos tratos potenciales o consumados consideraban que su intervención podía ser efectiva, manifestaban sus limitaciones frente a situaciones menos graves y actuaciones preventivas.

Por otra parte, otros autores señalan que también existen casos no denunciados porque muchos médicos ni siquiera pueden abordar el tema con sus pacientes. Los resultados del estudio de Kennedy (2005) realizado en Ohio (Estados Unidos) mostraron que más del 60% de los médicos nunca había preguntado a sus pacientes de edad avanzada sobre el maltrato.

Los dos grupos de profesionales de nuestro estudio (profesionales sanitarios y trabajadores sociales) coincidieron en tres de las cinco principales barreras para informar un caso sospechoso: *que la víctima niegue los malos tratos* (54,7% de los profesionales y 58,1% de los trabajadores sociales), *ignorar las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España*, elegida por más profesionales sanitarios que trabajadores sociales (52,2% y 34,3% respectivamente); y *que el paciente no de su consentimiento para la denuncia*, seleccionada por más trabajadores sociales que profesionales sanitarios (57,1% y 39,8% respectivamente).

Sin embargo, los profesionales sanitarios, en mayor medida que los trabajadores sociales, presentan barreras para la notificación relacionadas con la falta de conocimiento sobre el abordaje del maltrato, la legislación y la propia definición. Sin embargo, los trabajadores sociales muestran más preocupación por razones relacionadas con la autonomía del paciente y derechos, la confidencialidad médico-paciente, la calidad de vida, y las futuras relaciones profesional-paciente.

Un trabajo publicado en 2012 en Estados Unidos, sobre las barreras de los profesionales de la salud en la detección y notificación del maltrato a las personas mayores, y en el que, participaron médicos, enfermeros/as y trabajadores sociales de atención primaria, mostró que las enfermeras tendían a percibir el maltrato a las personas mayores como poco común y que no era responsabilidad suya, ni tenían tiempo para

evaluar a los pacientes y detectar posibles casos de maltrato. Los médicos, por su parte, consideraban que otros temas médicos del paciente, las limitaciones de tiempo y el mantenimiento de la confianza relación médico-paciente superan la importancia de detectar y perseguir casos sospechosos de maltrato a las personas mayores. Los trabajadores sociales, a pesar de tener más conocimiento y experiencia relacionada con este tema, confiaban en las enfermeras y los médicos para detectar situaciones sospechosas de maltrato y trabajar con ellos en la toma de derivaciones apropiadas. Los tres grupos coincidieron en la necesidad de una mayor y mejor educación sobre la detección y la notificación del maltrato a personas mayores (Schmeidel y cols., 2012).

En la elección de la principal barrera de los profesionales sanitarios para informar un caso de maltrato, *la víctima niega los malos tratos*, observamos diferencias en relación a la edad, siendo los mayores de 45 años los que indicaron en mayor porcentaje que sería una razón por la que dudarían antes de informar. Además, se encontraron diferencias según el sexo del profesional, seleccionando esta razón el 66,2% de los hombres frente al 45,6% de las mujeres. Encontramos diferencias también entre los dos grupos de profesionales sanitarios, los médicos apoyaron más esta razón que los enfermeros. Además, los profesionales que trabajan en Atención primaria la seleccionaron en mayor proporción que los que desarrollan su actividad profesional en un hospital.

La selección de esta barrera para la notificación, *la víctima niegue los malos tratos*, por los trabajadores sociales se asoció significativamente a características sociodemográficas. A diferencia de los profesionales sanitarios, los mayores de 45 años la seleccionaron en un menor porcentaje (30,8% y 62,0% respectivamente) y fue elegida en mayor proporción por los profesionales en situación de desempleo.

Los resultados de nuestra investigación ponen de manifiesto que el estudio sobre el maltrato al anciano es un problema social y sanitario complejo con múltiples obstáculos que dificultan su diagnóstico y notificación, debido entre otros factores a la poca o nula formación acerca de cómo reconocerlo, la actitud social desfavorable hacia el adulto mayor, la escasa información en la bibliografía sobre el mismo, la incredulidad y la desgana para atribuir signos al maltrato, la presentación sutil de los casos (deshidratación, higiene deficiente, etc.), el miedo a descubrir o enfrentarse al abusador, la resistencia a comunicar las sospechas, la negativa de la persona maltratada a denunciar el abuso, la falta de conocimientos sobre los procedimientos a llevar a cabo para la denuncia del hecho y el temor a arriesgar la relación con el anciano-familia y anciano-profesional.

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones más importantes en nuestro estudio se relaciona con el tipo de herramienta utilizada, la encuesta autoadministrada. Esta técnica de investigación presenta un índice de respuesta menor y una devolución tardía que perjudica el calendario del estudio o su utilización. Estas limitaciones han impedido alcanzar una muestra mayor de profesionales y población general. Sería deseable para investigaciones futuras aumentar el tiempo de estudio, con el fin de aumentar el tamaño de la muestra y así lograr una representatividad mayor de la población a estudio.

5.6. CONSIDERACIONES FINALES

Desde nuestro punto de vista, nuestros resultados confirman la magnitud e importancia del problema ya identificado en otros estudios y la necesidad de intervención.

Los cambios en la estructura social, en el contexto familiar, en las actitudes y en los valores de la sociedad actual, se encuentran en el trasfondo del problema del maltrato a las personas mayores, al no haberse visto acompañados de la adaptación de recursos requerida para dar respuesta a las nuevas necesidades creadas. Para un abordaje realmente efectivo del mismo, en nuestra opinión son acciones fundamentales :

- Sensibilizar a la sociedad, para combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos negativos sobre las personas mayores.
- Estructurar servicios de apoyo y programas específicos de atención, tanto para el anciano maltratado como para los cuidadores maltratados, que ayuden a romper el aislamiento social al que habitualmente se ven sometidas las víctimas.
- Crear un marco legal específico que ampare las actuaciones de los profesionales, dé protección a la víctima y asista al maltratador.
- Capacitar a los profesionales sanitarios en el manejo del problema, por medio de una formación específica que les permita: familiarizarse con las definiciones, la epidemiología, etc.; ser capaces de reconocer factores de riesgo, signos indicadores y diagnósticos relacionados; utilizar estrategias y herramientas de diagnóstico e intervención adecuadas; y, conocer cómo derivarlo hacia un procedimiento legal, ágil y satisfactorio. Esta educación para los profesionales debe incluir estrategias para los cuidadores para poder manejar situaciones difíciles como las descritas en el instrumento utilizado por nosotros.
- Diseñar protocolos de actuación frente al problema, que faciliten una intervención

rápida y eficaz y una mayor coordinación entre los distintos niveles asistenciales, tanto sociales como sanitarios.

- Perfeccionar los instrumentos de cribado, de modo que permitan un diagnóstico preciso y fiable del maltrato.

El desarrollo de respuestas apropiadas a maltrato a personas mayores, incluida la educación para las personas mayores, los cuidadores familiares, cuidadores profesionales y profesionales de la salud es difícil sin un consenso sobre lo que constituye el abuso de ancianos.

Aunque en los últimos años se han incrementado el número de investigaciones realizadas con respecto a este tema, especialmente en el ámbito anglosajón, en algunos países, como el nuestro, es una cuestión que se ha empezado a abordar recientemente y sobre la que hay que continuar investigando, en especial porque muchos de los resultados provenientes de los estudios llevados a cabo entre la población anglosajona no se pueden extrapolar a la nuestra, debido a las marcadas diferencias psicosociales y culturales.

Sólo de este modo se podrán establecer pautas consensuadas de actuación que mejoren el manejo de un problema social y de salud emergente, que habrá que tener cada vez más en cuenta a la hora de planificar los recursos, dado su previsible empeoramiento con el envejecimiento progresivo de la población.

Así, a uno de los logros más extraordinarios del siglo XX, el de vivir hasta llegar a viejos, se añadirá el de ser viejo y vivir con dignidad, libre de cualquier forma de abuso o violencia, en las sociedades del siglo XXI.

6. Conclusiones

1. La identificación del maltrato en los adultos mayores resulta difícil, aumentando el riesgo con el aislamiento social, la incapacidad para el autocuidado o deterioro cognitivo. La probabilidad de identificar situaciones de maltrato es significativamente superior en los profesionales sociosanitarios frente a la población general.
2. Los factores asociados a identificar con mayor probabilidad como abuso la contención mecánica junto al abandono del anciano fue ser menor de 45 años, tener estudios universitarios y ser trabajador social. Sin embargo, los factores asociados a identificar como maltrato el aislamiento y la negligencia física fue la experiencia previa de contacto con una persona con demencia.
3. Los profesionales valoran de forma negativa la cantidad y la calidad de la formación recibida sobre malos tratos en las personas mayores, ya que el 83% de los profesionales sociosanitarios indicó que había recibido poca o ninguna formación y, solamente el 12% señaló que la formación recibida le había proporcionado las competencias necesarias para actuar en estos casos.
4. Los resultados de nuestra investigación evidencian una tendencia general en las actitudes de los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales de inseguridad e indefinición hacia los recursos disponibles, la legislación existente, la existencia de protocolos, las consecuencias de la notificación y la delimitación de responsabilidades en el abordaje del maltrato. No obstante, cabe resaltar que los profesionales se consideraron a sí mismo un recurso imprescindible de actuación y en ningún caso rehusaron su implicación.
5. En nuestra investigación y en la bibliografía consultada los profesionales reconocen la escasez de formación y experiencia en el maltrato al anciano y la necesidad de intervenciones para mejorar la gestión de estos casos. El déficit de conocimientos es la principal razón del bajo nivel de la detección, notificación del maltrato y de las actitudes de indefinición hacia este tema. Consideramos un objetivo prioritario capacitar a los profesionales mediante una formación específica que les permita familiarizarse con las definiciones, ser capaces de reconocer factores de riesgo, signos indicadores y utilizar estrategias y herramientas de diagnóstico e intervención adecuadas; y,

conocer cómo derivar estos casos hacia un procedimiento legal, ágil y satisfactorio.

6. La negativa de la persona mayor a denunciar el maltrato fue la principal razón argumentada por los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales para no informar casos sospechosos de abuso. Sin embargo, precisamente el principal obstáculo para la detección es la negación del problema por parte de las víctimas y los profesionales.
7. Los profesionales sanitarios, en mayor medida que los trabajadores sociales, presentan barreras para la notificación relacionadas con la falta de conocimientos sobre la definición de maltrato, su abordaje y las implicaciones médico-legales. Sin embargo, los trabajadores sociales muestran más preocupación por razones relacionadas con la autonomía del paciente, la confidencialidad, la calidad de vida del anciano, y las futuras relaciones paciente-profesional.
8. La prevención es un objetivo clave en el maltrato al anciano por lo que sensibilizar a la sociedad para combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos negativos sobre las personas mayores debe ser una estrategia prioritaria para humanizar y promover el buen trato en la atención a personas mayores.

7. Referencias bibliográficas

- Adelman, R. D., Siddiqui, H., & Foldi, N. (1998). Approaches to diagnosis and treatment of elder abuse and neglect. In Handbook of clinical geropsychology (pp. 557-567). Springer US.
- Ahmad, M., & Lachs, M. S. (2002). Elder abuse and neglect: what physicians can and should do. Cleveland Clinic journal of medicine, 69 (10), 801-808.
- Ajzen, I., (2006). Behavioral interventions based on the theory of planned behavior. Designing a TpB intervention. In: Ajzen, I. (Ed.), Theory of Planned Behavior.
- Almogue, A., Weiss, A., Marcus, E. L., & Beloosesky, Y. (2010). Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. Archives of gerontology and geriatrics, 51(1), 86-91.
- Almquist, E., Stein, S., Weiner, A., & Linn, M. W. (1981). Evaluation of Continuing Education for Long-Term Care Personnel: Impact upon Attitudes and Knowledge. Journal of the American Geriatrics Society, 29(3), 117-122.
- Alon, S. (2004). The intention of social workers working with elderly to initiate law and treatment interventions in Elder abuse cases. Unpublished dissertation for Ph. D. University of Haifa, Haifa, Israel.
- American Medical Association. (1994). Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. In Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. AMA.
- American Public Human Services Association (1998). The National Elder Abuse Incidence Study. Washington, DC: American Public Human Services Association.
- Anetzberger, G. J. (2005). Clinical management of elder abuse: General considerations. Clinical gerontologist, 28(1-2), 27-41.
- Ansello, E.F. (1996). Causes and Theories. En, L.A. Baumhover & S. Colleen. Abuse, Neglect, and Exploitation of Older Persons. Strategies for Assessment and Intervention (pp. 9-30). London: Health Professions Press.
- Antón Jiménez, M. (2010). Situación de la asistencia a pacientes con enfermedad de Alzheimer grave. Alzheimer, 83-87.
- Asamblea Médica Mundial. (1989). Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato a Ancianos. Hong Kong, septiembre de 1989.
- Baker, A.A. (1975). Granny battering. Modern Geriatrics, 5(8), 20-24
- Baker, M.W. (2007). Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early Mortality. Journal of American Psychiatric Nurses Association, 12(6): 313-321.
- Barba Martínez, J. M., Ferrer Prior, V., Gea Serrano, A., Guillén Martínez, R. M., López Asensio, C., & Tourné García, M. Protocolo Regional de Prevención y detección de Violencia en la Mujer Mayor de 65 años. Instituto de la Mujer de la Región de Murcia.
- Barter, C., & Renold, E. (1999). The use of vignettes in qualitative research. Social research update, 25(9), 1-6.

- Bass, D.M., Anetzberger, G.P., Ejaz, F.K. & Nagpaul, K. (2001). Screening Tools and Referral Protocol for Stopping Abuse Against Older Ohioans: A Guide for Service Providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13(2), 23-38.
- Bazo, M. T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista española de geriatría y gerontología*, 36 (1), 8-14.
- Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychology and aging*, 15(2), 259.
- Bird, P. E., Harrington, D. T., Barillo, D. J., McSweeney, A., Shirani, K. Z., & Goodwin, C. W. (1998). Elder abuse: a call to action. *Journal of Burn Care & Research*, 19(6), 522-527.
- Block, M. R., & Sinnott, J. D. (Eds.). (1979). *The battered elder syndrome: An exploratory study* (pp. 67-84). College Park, MD: Center on Aging, University of Maryland.
- Bomba, P.A. (2006). Use of a Single Page Elder Abuse Assessment and Management Tool: A Practical Clinician's Approach to Identifying Elder Mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3/4), 103-122.
- Bonomi, A.E., Anderson, M.L., Reid, R.J., Carrell, D., Fishman, P.A., Rivara, F.P. & Thompson, R.S. (2007). Intimate Partner Violence in Older Women. *The Gerontologist*, 47(1), 34-41.
- Bover, A. B., Sancho, M. M., Magaña, S. M., & Aparicio, J. T. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atención primaria*, 32(9), 541-551.
- Boydston, L. S., & Mc Nairn, J. A. (1981). Elder abuse by adult caretakers: an exploratory study. In *Physical and financial abuse of the elderly*. US Government Printing Office Washington, DC.
- Brandl, B., & Horan, D. L. (2002). Domestic violence in later life: An overview for health care providers. *Women & health*, 35(2-3), 41-54.
- Brauer, P. M., Hanning, R. M., Arocha, J. F., Royall, D., Goy, R., Grant, A., ... & Horrocks, J. (2009). Creating case scenarios or vignettes using factorial study design methods. *Journal of advanced nursing*, 65(9), 1937-1945.
- Brodaty, H., Breteler, M., DeKosky, S. T., Dorenlot, P., Fratiglioni, L., Hock, C., ... & De Strooper, B. (2011). The world of dementia beyond 2020. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(5), 923-927.
- Browne, K. y Herbert, M. (1997) *Preventing Family Violence*. Chichester: Wiley and Sons.
- Burston, G. R. (1975). Letter: Granny-battering. *Bmj*, 3(5983), 592-592.
- Butler, R. N. (1975). *Why survive? Being old in America*.
- Caciula, I., Livingston, G., Caciula, R., & Cooper, C. (2010). Recognition of elder abuse by home care workers and older people in Romania. *International Psychogeriatrics*, 22(03), 403-408.

- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination.(1994). update: Secondary prevention of elder abuse and mistreatment. *Canad Med Assoc J*, 151,1413-1420.
- Castellano Arroyo, M. (1998). Violencia en el medio familiar. *Medicina Legal y Toxicología*, 5ª ed.; Coord. JA Gisbert Calabuig, 444-454.
- Sofía, C. R. (2002). Maltrato infantil en la familia: España (1997/1998). *Serie documentos*.
- Cerdá, J. M., Rodríguez, M. P., García, M. H., & Gaspar, O. S. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, 13(4), 312-319.
- Childs, H. W., Hayslip Jr, B. E. R. T., Radika, L. M., & Reinberg, J. A. (2000). Young and middle-aged adults' perceptions of elder abuse. *The Gerontologist*, 40(1), 75-85
- Choi, N.G. y Mayer, J. (2000). Elder Abuse, Neglect, and Exploitation: Risk Factors and Prevention Strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 33(2), 5-25
- Clancy, M., McDaid, B., O'Neill, D., & O'Brien, J. G. (2011). National profiling of elder abuse referrals. *Age and ageing*, afr023.
- Clark-Daniels, C. L., Daniels, R. S., & Baumhover, L. A. (1990). Physicians' and nurses' responses to abuse of the elderly: A comparative study of two surveys in Alabama. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1(4), 57-72.
- Clark-Daniels, C.L., Baumhover, L.A., Daniels, R.S. (1990a). To report or not to report. Physicians' response to elder abuse. *J. Health Hum. Resour. Adm.* 13, 52–70.
- Clark-Daniels, C.L., Daniels, R.S., Baumhover, L.A. (1990b). Physicians' and nurses' responses to abuse of the elderly: a comparative study of two surveys in Alabama. *J. Elder Abuse Negl.* 1, 57–72.
- Clark-Daniels, C.L., Daniels, R.S., Baumhover, L.A. (1990c). Abuse and neglect of the elderly: are emergency department personnel aware of mandatory reporting laws? *Ann. Emerg. Med.* 19, 970–977.
- Coduras, A., Rabasa, I., Frank, A., Bermejo-Pareja, F., López-Pousa, S., López-Arrieta, J. M., ... & Rejas, J. (2009). Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer's disease type in Spain: the ECO study. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 19(2), 601-615.
- Cohen, M. Levin, S.H., Gagin, R y Friedman, G. (2007). Elder Abuse: Disparities Between Older People's Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1224-1230.
- Comijs, H.C., Pot, A.M., Smit, J.H. y Jonker, C. (1998). Elder abuse in the Community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*; 46, 885-888.
- Comisión Europea. (1994). Política Social Europea. Un paso adelante para la Unión. Libro Blanco, Bruselas: COM (94) 333 final.

- Consejo de Europa. (1995). Tercera conferencia europea sobre derechos de la familia. Estrasburgo, Francia.
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2009b). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 826-838.
- Costa, A.J. (1993). Elder Abuse. *Prim Care*, 20, 375-389.
- Cruz-Jentoft, A. J., & Gutiérrez, B. (2010). Upper age limits in studies submitted to a research ethics committee. *Aging clinical and experimental research*, 22(2), 175-178.
- Cruz-Jentoft, A. J., Carpena-Ruiz, M., Montero-Erasquin, B., Sánchez-Castellano, C., & Sánchez-García, E. (2013). Exclusion of older adults from ongoing clinical trials about type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 734-738.
- Crome, P., Moulias, R., Sánchez-Castellano, C., Tilvis, R., Arora, A., Busby, F., ... & Cruz-Jentoft, A. J. (2014). Elder abuse in Finland, France, Spain and United Kingdom. *European Geriatric Medicine*, 5(4), 277-284.
- Daly, J. M., & Jogerst, G. J. (2005). Association of knowledge of adult protective services legislation with rates of reporting of abuse in Iowa nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 6(2), 113-120.
- De Leeuw, E. D. (1992). Data Quality in Mail, Telephone and Face to Face Surveys. TT Publikaties, Plantage Daklaan 40, 1018CN Amsterdam.
- Declaración de Hong Kong sobre el Maltrato de los Ancianos. Adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989, y revisada en la 126 Sesión del Consejo, Jerusalén, Israel, mayo de 1990
- Department of Health and Home Office. (2000). No Secrets: Guidance on Developing and Implementing Multi-Agency Policies and Procedures to Protect Vulnerable Adults from Abuse. London: The Stationery Office, 2000.
- Department of Health and Home Office. (2002). No Secrets: Guidance on Developing and Implementing Multi-Agency Policies and Procedures to Protect Vulnerable Adults from Abuse. London: The Stationery Office.
- Dong, X., Chen, R., & Simon, M. A. (2014). Elder abuse and dementia: A review of the research and health policy. *Health Affairs*, 33(4), 642-649.
- Douglas, R.L. (1980). Domestic mistreatment of the elderly – toward prevention. Washington, D.C.: Criminal Justices Services Program Department, American Association of Retired Persons.
- Dow, B., Hempton, C., Cortes-Simonet, E. N., Ellis, K. A., Koch, S. H., LoGiudice, D., & Ames, D. (2013). Health professionals' and students' perceptions of elder abuse. *Australasian journal on ageing*, 32(1), 48-51.
- Dunkin, J. J., & Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(1 Suppl 1), S53-S60.

- Dunn K. (2001). The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalised. *J Gerontol Nurs* 27: 40–48.
- Erdos, P. L., & Morgan, A. J. (1970). *Professional mail surveys*. New York: McGraw-Hill.
- Ferguson, D., & Beck, C. (1983). A tool to assess elder abuse within the family. *Geriatric Nursing*, 4(5), 301-304.
- Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención primaria*, 37(1), 56-59.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... & Scazufca, M. (2006). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The lancet*, 366(9503), 2112-2117.
- Förstl, H., Maelicke, A., Weichel, C. (2007). Prólogo: Epidemiología. In: Förstl H, Maelicke A, Weichel C, editors. *Demencia: J & C Ediciones Médicas*, p. 2-7
- Fulmer, T. (2002). Elder mistreatment. *Annu Rev Nurs Res*, 20, 369-95.
- Fulmer, T. y O'Malley, T.A. (1987). *Inadequate care of the elderly: A healthcare perspective on abuse and neglect*. New York: Springer Publications.
- Fulmer, T., & Wetle, T. (1986). Elder abuse screening and intervention. *The Nurse Practitioner*, 11(5), 33-hyhen.
- Fulmer, T., Guadagno, L., & Connolly, M. T. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 297-304.
- Fulmer, T., Street, S. y Carr, K. (1984). Abuse of the elderly: Screening and detection. *Journal of emergency nursing*, 10(3), 131-140.
- Fundación Cuidados Dignos. *Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios [monografía en Internet]* Guernica: Fundación Cuidados Dignos; 2011.
- Fundación Nacional de Gerontología. (1989). Carta de derechos y libertades de la persona de edad dependiente. *JANO*, 37(19), 874.
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S., Juvinyà, D., Vilà, A., & Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), 815-822.
- Generalitat de Catalunya. *Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores [monografía en Internet]*. Gerona: Generalitat de Catalunya; 2007.
- Georges, J., Jansen, S., Jackson, J., Meyrieux, A., Sadowska, A., & Selmes, M. (2008). Alzheimer's disease in real life—the dementia carer's survey. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(5), 546-551.
- George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253-259.

- Gioglio, G. R., & Blakemore, P. (1983). Elder abuse in New Jersey: The knowledge and experience of abuse among older New Jerseyans. New Jersey: New Jersey Division of Youth and Family Services.
- Giordano, N.H. y Giordano, J.A. (1984). Elder abuse: A review of the literature. *Social Work* 29, 232–236.
- Glendenning, F. (1993). What is Elder Abuse and Neglect. En: P. Decalmer y F. Glendenning. *The Mistreatment of Elderly People* (pp. 13-41). London-Newbury Park-New Delhi: SAGE Publications.
- Gordon, R.M. y Brill, D. (2001). The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197.
- Gracia, D., & Entralgo, P. L. (1990). Primum non nocere: el principio de no-maleficencia com fundamento de la ética médica: discurso para la recepción pública del académico electo Diego Gracia Guillén y contestación del Pedro Laín Entralgo leídos el 3 de abril de 1990. Real Academia Nacional de Medicina.
- Hegland, A. (1992). Defusing conflict. Abuse prevention strategies. *Contemp Longterm Care*, 15(11), 60-62.
- Hempton, C., Dow, B., Cortes-Simonet E. N., Ellis K., Koch S., LoGiudice D., Mastwy M., Livingston G., Cooper C. and Ames D. (2010). Contrasting perceptions of health professionals and older people in Australia: what constitutes elder abuse? Australia. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (5): 466-472
- Henderson, D., Buchanan, J.A. y Fisher, J.E. (2002). Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: P.A. Schewe (Ed). *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span* (pp. 223-245). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Homer, A. & Guilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their careers, *Br. Med. J*, 301, 1359-62.
- Hudson, M. F. (1986). Elder mistreatment: Current research. *Elder abuse: Conflict in the family*, 125-166.
- Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of advanced nursing*, 37(4), 382-386.
- Iborra, I. (2005). *Violencia contra personas mayores*. Barcelona: Ariel. 1966 (166-167), 39-42
- Iborra, I. (2008). *Elder abuse in the family in Spain*. Valencia: Queen Sofia Centre.
- INE (2014) <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2852>.
- Informe de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento. (2002). Plan de Acción
- Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. Naciones Unidas. Nueva York: Naciones Unidas.
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). *Indicadores Sociales en España*.

- Jayawardena, K.M. y Liao, S. (2006). Elder Abuse at End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 127-136.
- Jiménez, P., & Jiménez-Poyato, I. (2003). Algunos aspectos legales sobre el maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(1), 46-53.
- Johnston, T. (1986). *Critical issues in the definition of elder abuse*. Elder Abuse. Dover, Massachusetts: Auburn House Publications, 167-96.
- Jones J.S, Holstege C y Holstege H. (1997) Elder abuse and neglect: understanding the neglect: a nine year observational cohort study. *Gerontologist*, 37, 469-474
- Jones, J. S., Veenstra, T. R., Seamon, J. P., & Krohmer, J. (1997). Elder mistreatment: national survey of emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 30(4), 473-479.
- Jürschik, P., Viladrosa, M., Botigué, T., Lavedán, A., Vena, A. B., & Noguera, T. (2013). Prevalencia y factores asociados a sospecha de malos tratos en la unidad geriátrica del área de urgencias del hospital. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(2), 55-58.
- Kennedy, R.D., (2005). Elder abuse and neglect: the experience, knowledge and attitudes of primary care physicians. *Fam. Med.* 37, 481–485.
- Kessel, H., Marín, N. y Maturana, N. (1996). Declaración Almería sobre el anciano maltratado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 31, 367- 372.
- Kessel, H., Marín, N., Maturana, N., Castañeda, L., Pageo, M., & Larrión, J. L. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 31(6), 367-372.
- Kingston, P. y Reay, A. (1996). Elder abuse and neglect. En R. Woods. *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (pp. 423–438). Chichester: John Wiley & Sons.
- Kosberg, J.I. (1988). Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions. *The Gerontologist*, 28(1), 43-50.
- Krueger, P., & Patterson, C. (1997). Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 1095-1100.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. (2002). *WorldReport on Violence and Health*. World Health Organization, Geneva Retrieved October 15, 2007: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf.
- Kruger, R. M., & Moon, C. H. (2000). ¿ Puede descubrir los signos de maltrato de ancianos. *Postgraduate Medicine*, 4(4), 65-73.
- Lachs, M. S., & Fulmer, T. (1993). Recognizing elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, 9(3), 665-681.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 332(7), 437-443.

- Lachs, M. S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*, 37(4), 469-474.
- Lafata, M. J., & Helfrich, C. A. (2001). The occupational therapy elder abuse checklist. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(3-4), 141-161.
- Larrión Zugasti, J. L., & Paúl Ochotorena, J. D. (1994). El síndrome del anciano maltratado [Editorial]. *Medicina clínica*, 102(6), 216-219.
- Lau, E. y KoSberG, J.I. (1979): Abuse of the Elderly by Informal Care Providers. *Aging*, 297,10-15
- Lázaro del Nogal M. (2012). Manual de detección y seguimiento de los malos tratos a personas mayores en instituciones sanitarias. Madrid: Fundación MAPFRE.
- López Pousa, S., & Garre-Olmo, J. (2006). La demencia: concepto y epidemiología. Al berca R, López Pousa S (eds.). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (3ª ed.)*. Madrid: Panamericana, 33-42.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., & Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 13(9), 795-801.
- Marin, N., Delgado, M., Aguilar, J. L., Martínez, M. A., Diez, A., Soto, J. A., & Rodríguez, R. (1991). Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 26(1), 40-46.
- Marshall, C. E., Benton, D., & Brazier, J. M. (2000). Abuso del anciano: cómo identificarlo. *Modern Geriatrics*, 12(6), 190-196.
- Martínez-Maroto, A. (2003). Malos tratos y personas mayores. Un enfoque jurídico. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(3), 129-131.
- McCreadie, C., Bennett, G., & Tinker, A. (1998). General practitioners' knowledge and experience of the abuse of older people in the community: report of an exploratory research study in the inner-London borough of Tower Hamlets. *British journal of general practice*, 48(435), 1687-1688.
- McCreadie, C., Bennett, G., Gilthorpe, M. S., Houghton, G., & Tinker, A. (2000). Elder abuse: do general practitioners know or care?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93(2), 67-71.
- McCreadie, C., Bennett, G., Gilthorpe, M. S., Houghton, G., & Tinker, A. (2000). Elder abuse: do general practitioners know or care?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93(2), 67-71.
- Memoria de la Fiscalía General del Estado. (2004). *Violencia doméstica*. Accesible online.
- Miret-Mestre, T. (2014). La denominación de las profesiones sanitarias en masculino y femenino: ¿ cuestión de género o de sexo?. *Panace*, 15(39), 103-108.

- Montserrat, C., Muñoz, J., Postigo, P., Ayuso, M., Sierra, C., & Sayrol, T. (2007). Primary care doctors' and nurses' opinion of elder abuse and neglect. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 235-241.
- Moya, A., & Barbero, J. (2005). *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.*
- Muñoz Cobos, F., Burgos Varo, M. L., Rogero Anaya, P., & García España, F. (1995). Detección de factores predictores de abandono de pacientes incapacitados de una zona básica de salud. *Atención primaria*, 15(1), 21-27.
- Murray, C. J. L., & López, A. D. (1996). Summary: The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva and Boston: World Health Organization and Harvard School of Public Health.
- Naciones Unidas (2005). *World population prospects: the 2004 revision. Highlights.*
- National Center of Elder Abuse. (1995). *Understanding the nature and extent of Elder Abuse in domestic settings, Washington DC.*
- National Center on Elder Abuse. (1998). *The national elder abuse incidence study: Final report.*
- Nay R, Koch S. (2006). Overcoming restraint use: examining barriers in Australian aged care facilities. *J Gerontol Nurs*, 32: 33–3.
- Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., Sengstock, M. C., & Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *Journal of applied gerontology*, 10(4), 406-418.
- O'Malley, H., Segars, H., Perez, R., Mitchell, V. y - Knuepfel, G. (1979). *Elder abuse in Massachusetts: A survey of professionals and paraprofessionals. Boston, Massachusetts: Legal Research and Service for the Elderly.*
- O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., McCreadie, C., ScholeS, S., Constantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S. y Erens, B. (2007): *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence survey report. National Centre for Social Research.*
- Oh, J., Kim, H.S., Martins, D. y Kim, H. (2006). *International Journal of Nursing Studies*, 43, 203-214.
- OMS (2015 a) <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/> Pagina visitada fecha...
- OMS, (2015 b). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- OMS (2015 c) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Declaración de Toronto.* http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf
- Oswald, R. A., Jogerst, G. J., Daly, J. M., & Bentler, S. E. (2005). Iowa family physician's reporting of elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16(2), 75-88.

- Paddam, A., Barnes, D., & Langdon, D. (2010). Constructing vignettes to investigate anger in multiple sclerosis: Anisha Paddam, David Barnes and Dawn Langdon explain how to use vignettes effectively. *Nurse researcher*, 17(2), 60-73.
- Papadopoulos, A. y La Fontaine, J. (2000). *Elder Abuse. Therapeutic Perspectives in Practice*. United Kingdom: Winslow Press Ltd.
- Pedrick-Cornell, C. y Gelles, R. (1982). Elder Abuse: The Status of Current Knowledge, *Family Relations*, 31, 457- 465.
- Pelotti, S., D'Antone, E., Ventrucci, C., Mazzotti, M. C., Salsi, G., Dormi, A., & Ingravallo, F. (2013). Recognition of elder abuse by Italian nurses and nursing students: evaluation by the Caregiving Scenario Questionnaire. *Aging clinical and experimental research*, 25(6), 685-690.
- Pérez-Cárceles, M. D., Rubio, L., Pereniguez, J. E., Pérez-Flores, D., Osuna, E., & Luna, A. (2009). Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(1), 132-137.
- Pérez-Rojo, G., Castiello, M. T. S., & Jaquotot, M. T. A. (2008). Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(3), 180-188.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M. y Montorio, I. (2005). Factores de riesgo de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores dependientes en el ámbito familiar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(Supl 3), 69-73
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I. y Nuevo. R. (2008) .Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Sancho, M. T., & Bien, G. D. I. T. (2010). Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(4), 213-218.
- Pérez, G. (2004). Dificultades para definir el maltrato a personas mayores. Madrid. Portal Mayores [<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/perez-dificultades-01.pdf>].
- Pillemer, K. y Suitor, J.J. (1988). Elder Abuse. En: V. B. Van Hasselt (Ed) y R. L. Morrison (Ed). *Handbook of Family Violence* (pp. 247-270). New York, NY, US: Plenum Press.
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The gerontologist*, 28(1), 51-57.
- Podnieks, E. National survey on the abuse of the elderly in Canada, 1992. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5(2), 27-36.
- Rathbone-McCuan, E., & Voyles, B. (1982). Case detection of abused elderly parents. *The American journal of psychiatry*.

- Reay, A. M., & Browne, K. D. (2002). The effectiveness of Psychological Interventions with Individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence*, 17 (4), 416-431.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 14(S2), 45-60.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). When seniors are abused: an intervention model. *The Gerontologist*, 35(5), 666-671.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.
- Ribera Casado, JM. (2012). Los tiempos de la geriatría. Cien años de compromiso con la salud del anciano. Discurso para la recepción pública del Académico Electo. Leído el día 24 de enero de 2012. Instituto de España Real Academia Nacional de Medicina. Senda Editorial. 24-32.
- Rinker, A. G. (2009). Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Archives of gerontology and geriatrics*, 48(1), 110-115.
- Rodríguez, M. A., Wallace, S. P., Woolf, N. H., & Mangione, C. M. (2006). Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *The Annals of Family Medicine*, 4(5), 403-409.
- Rodríguez, M. A., Wallace, S. P., Woolf, N. H., & Mangione, C. M. (2006). Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *The Annals of Family Medicine*, 4(5), 403-409.
- Rosenblatt, D. E., Cho, K. H., & Durance, P. W. (1996). Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(1), 65-70.
- Sánchez del Corral Usaola, F., & Ruipérez Cantero, I. (2004). Violencia en el anciano. *Portal Mayores*.
- Sánchez del Corral, F., & Sancho Castiello, M. T. (2004). Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales. Investigación cualitativa de la SEGG e IMSERSO). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Sanmartín, A. R., Torner, J. A., Martí, N. P., Izquierdo, P. D., Solé, M. C., & Torrellas, N. R. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, 27(5), 331-334.
- Sasaki, M., Arai, Y., Kumamoto, K., Abe, K., Arai, A. & Mizuno, Y. (2007). Factors related to potentially harmful behaviors toward disabled older people by family caregivers in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 250-257
- Schiamberg, L. B., & Gans, D. (2000). Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 329-359.

- Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuck, G. A., & Jogerst, G. J. (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(1), 17-36.
- Schoenberg, N. E., & Ravdal, H. (2000). Using vignettes in awareness and attitudinal research. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(1), 63-74.
- Selwood, A., Cooper, C., & Livingston, G. (2007). What is elder abuse-who decides?. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(10), 1009-1012.
- Sengstock, M. C., & OBrien, J. G. (2002). Identifying and treating domestic abuse in the elderly: A training program for health and social service professionals.
- Shugarman, L.R., Fries, B.E., Wolf, R.S. & Morris, J.N. (2003). Identifying Older People at Risk of Abuse During Routine Screening Practices. *Journal of American Geriatrics Society*, 51, 24-31.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2004). La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(4), 240-254.
- Solís de Ovando, R. (2003): Los malos tratos a la infancia: aproximación al problema, identificación de factores de riesgo y el reto de la prevención, *El observador*, 23: 8-37.
- Strasser, S.M. y Fulmer, T. (1997). The Clinical Presentation of Elder Neglect: What We Know and What We Can Do. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 340-349
- Taylor, D. K., Bachuwa, G., Evans, J., & Jackson-Johnson, V. (2006). Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. *Journal of the National Medical Association*, 98(3), 403.
- Taylor, D. K., Dodd, K. (2003). "Knowledge and attitudes of staff towards adult protection", *The Journal of Adult Protection*, Vol. 5 Iss: 4, pp.26 - 32
- Thies, W., Bleiler, L. (2011). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*, 7(2),208-44.
- Tomlin, S. (1989). Abuse of elderly people: an unnecessary and preventable problem (Vol. 1). London: British Geriatrics Society.
- U.S. Select Committee on Aging. (1981). Elder Abuse: An examination of a hidden problem. Washington DC. Government Printing Office.
- VandeWeerd, C., Paveza, G. J., & Fulmer, T. (2006). Abuse and neglect in older adults with Alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North America*, 41(1), 43-55
- Victorian Departamento of Human Services (2009). *With Respect to Age - 2009*. Department of Human Services, Aged Care Branch, Melbourne.
- Waite, A., Bebbington, P., Skelton-Robinson, M., & Orrell, M. (2004). Social factors and depression in carers of people with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 19(6), 582-587.

- Wei, G. S., & Herbers Jr, J. E. (2003). Reporting elder abuse: a medical, legal, and ethical overview. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), 59(4), 248-254.
- Weiner, A. (1991). A Community-Based Education Model for Identification and Prevention of Elder Abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 16(3/4), 107-119.
- WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO/INPEA. (2002). *Missing Voices: views of older persons on elder abuse*, Geneva: World Health Organization.
- Wolf RS, McMurray S. (1989). Perspectives: The editors' view. *J Elder Abuse Neglect*, 1 (1):1-5
- Wolf, R. (2000). Risk assessment instruments. *National Center on Elder Abuse Newsletter*.
- Wolf, R. S., Strugnell, C. P., & Godkin, M. A. (1982). Preliminary findings from three model projects on elderly abuse. University Center on Aging, University of Massachusetts Medical Center.
- Wolf, R.S. (1997). Elder abuse and neglect: An update. *Review in Clinical Gerontology*, 7(2), 177-182.
- Wolf, R.S. (1998). Domestic Elder Abuse and Neglect. En: I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt, editors. *Clinical Geropsychology* (pp. 161- 165). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- World Health Organization & International Network for the Prevention of Elder Abuse. (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Genève: WHO; 2002.
- Yaffe, M. J., Wolfson, C., & Lithwick, M. (2009). Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: Implications for training and interprofessional care. *Journal of interprofessional care*, 23(6), 646-654.
- Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of elder abuse & neglect*, 20(3), 276-300.
- Yan, E. y Tang, C. (2004): Elder Abuse by Caregivers: A Study of Prevalence and Risk Factors in Hong Kong Chinese Families. *Journal of Family Violence*, 19(5), 269-277
- Zúñiga-Santamaría, S. T., Rodríguez-García, R., Torres-Pizano, P., Mendoza-Martínez, L., Galicia-Tapia, J., & Hernández-Tapia, N. (2004). Prevalencia del agotamiento del cuidador primario en el Servicio de Geriatria. *Psiquis*, 13, 147-154.
- Zúñiga-Santamaría, T., Sosa-Ortiz, A. L., Alonso-Vilatela, M. E., Acosta-Castillo, I., & de la Luz Casas-Martínez, M. (2010). Dependencia y maltrato en el anciano con demencia. *Persona y Bioética*, 14(1), 56-66.

8. Anexos

8.1. ANEXO 1. Cuestionario población general.

Estamos interesados en saber cómo piensa usted sobre aquellas dificultades que pueden surgir durante el cuidado de personas ancianas y cómo considera que podrían manejarse. Nos gustaría consultar su opinión sobre una situación hipotética que le exponemos a continuación.

El estudio es totalmente confidencial.

El Sr. Martínez vive con su madre, Carmen, quien tiene demencia. Su memoria es ahora muy pobre y ella hace las mismas preguntas una y otra vez. Con regularidad olvida donde ha puesto su cartilla del banco y lo acusa de robársela. Ella a menudo se agita de noche y a veces despierta a su hijo entrando en su habitación para vaciar los cajones.

El Sr. Martínez trabaja de las 8h00 a las 18h00 y Carmen está normalmente sola en casa. Ella por lo general no sale sola porque olvida el camino para volver a casa. El mes pasado le ocurrió dos veces, Carmen salió de casa sola durante el día y se perdió, y en una ocasión la policía la llevó a casa.

Últimamente Carmen se ha vuelto cada vez más hostil hacia su hijo cuando él le pide que se de un baño y su higiene personal se deteriora. Su médico de familia le ha prescrito algunas pastillas sedantes, pero ella a menudo rechaza tomarlas.

El Sr. Martínez quiere seguir cuidando de su madre en casa pero tiene muchas dudas sobre cómo actuar con ella.

A continuación señale cómo considera cada una de las actuaciones realizadas por el hijo de Carmen (Rodee con un círculo la respuesta que considere más adecuada):

1. Aceptar la decisión de su madre de no asearse

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

2. Encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

3. Atarla en una silla para que ella no pueda levantarse mientras que él está de compras

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

4. No contestarle cuando ella le pregunta por su cartilla del banco, porque cualquier cosa que le dice hace que esté más enfadada

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

5. Decirle que no puede desayunar hasta que no se haya bañado

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

6. Decirle que si la situación sigue por el mismo camino y no mejora tendrá que ir a vivir a otra parte

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

7. Ocultar medicamentos en sus comidas para que ella no se niegue a tomarlos

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

8. No la llevará a las reuniones familiares como el cumpleaños de su nieta, ya que es probable que su comportamiento le haga sentirse avergonzado

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

9. Poner a su madre una pulsera con su identificación para que pueda ser ayudada si ella se pierde por la calle

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

10. Camuflar la puerta de entrada de la casa al cubrirla con una cortina para evitar que salga de la casa

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

11. Consultar con su médico de familia sobre alguna medicación para su madre que pudiera mejorar la situación

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

12. Ponerse en contacto con servicios sociales para solicitar plaza en un centro de día ya que ella no está segura cuando se queda sola en casa

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

13. Poner una nota diaria en su habitación para recordarle que debe bañarse

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

A CONTINUACIÓN POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**14. Ha ayudado/cuidado o ayuda/cuidas a familiares, amigos, o vecinos por problemas relacionados con la vejez?**

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

15. Trabaja o ha trabajado como cuidador profesional de una persona anciana?

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

16. Tiene contacto en su vida personal con una persona con demencia?

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

17. En su actividad profesional tiene o ha tenido contacto con alguna persona con demencia?

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

18. Edad.....

19. Sexo

1. Hombre 2. Mujer

20. Lugar de nacimiento:

1. España 2. Otro país.

21. Nivel máximo de estudios alcanzado:

1. No ha finalizado estudios primarios
2. Estudios primarios
3. Estudios medios (BUP, ESO, Bachiller)
4. Estudios universitarios

22. Trabaja en la actualidad?

1. Sí 2. No

23. Profesión... .. Años de experiencia profesional.....

8.2. ANEXO 2. Cuestionario profesionales sanitarios

Estamos interesados en saber cómo piensan los profesionales sanitarios sobre aquellas dificultades que pueden surgir durante el cuidado de personas ancianas y cómo consideras que podrían manejarse. Nos gustaría consultar tu opinión sobre una situación hipotética que te exponemos a continuación. El instrumento utilizado ha sido validado.

El estudio es totalmente confidencial.

El Sr. Martínez vive con su madre, Carmen, quien tiene demencia. Su memoria es ahora muy pobre y ella hace las mismas preguntas una y otra vez. Con regularidad olvida donde ha puesto su cartilla del banco y lo acusa de robársela. Ella a menudo se agita de noche y a veces despierta a su hijo entrando en su habitación para vaciar los cajones.

El Sr. Martínez trabaja de las 8h00 a las 18h00 y Carmen está normalmente sola en casa. Ella por lo general no sale sola porque olvida el camino para volver a casa. El mes pasado le ocurrió dos veces, Carmen salió de casa sola durante el día y se perdió, y en una ocasión la policía la llevó a casa.

Últimamente Carmen se ha vuelto cada vez más hostil hacia su hijo cuando él le pide que se de un baño y su higiene personal se deteriora. Su médico de familia le ha prescrito algunas pastillas sedantes, pero ella a menudo rechaza tomarlas.

El Sr. Martínez quiere seguir cuidando de su madre en casa pero tiene muchas dudas sobre cómo actuar con ella.

A continuación señala cómo consideras cada una de estas actuaciones realizadas por el hijo de Carmen (Rodea con un círculo la respuesta que consideres más adecuada):

1. Aceptar la decisión de su madre de no asearse

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

2. Encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

3. Atarla en una silla para que ella no pueda levantarse mientras que él está de compras

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

4. No contestarle cuando ella le pregunta por su cartilla del banco, porque cualquier cosa que le dice hace que esté más enfadada

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

5. Decirle que no puede desayunar hasta que no se haya bañado

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

6. Decirle que si la situación sigue por el mismo camino y no mejora tendrá que ir a vivir a otra parte

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

7. Ocultar medicamentos en sus comidas para que ella no se niegue a tomarlos

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

8. No la llevará a las reuniones familiares como el cumpleaños de su nieta, ya que es probable que su comportamiento le haga sentirse avergonzado

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

9. Poner a su madre una pulsera con su identificación para que pueda ser ayudada si ella se pierde por la calle

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

10. Camuflar la puerta de entrada de la casa al cubrirla con una cortina para evitar que salga de la casa

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

11. Consultar con su médico de familia sobre alguna medicación para su madre que pudiera mejorar la situación

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

12. Ponerse en contacto con servicios sociales para solicitar plaza en un centro de día ya que ella no está segura cuando se queda sola en casa

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

13. Poner una nota diaria en su habitación para recordarle que debe bañarse

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

A CONTINUACIÓN POR FAVOR, RESPONDE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**14. Has ayudado o ayudas a familiares, amigos, o vecinos a causa de problemas relacionados con la vejez?**

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

15. Trabajas o has trabajado como cuidador profesional de una persona anciana?

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

16. Tienes contacto en tu vida personal con una persona con demencia?

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

17. En tu actividad profesional tienes o has tenido contacto con alguna persona con demencia?

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

18. En tu actividad profesional en qué proporción estás en contacto con personas mayores de 65 años?

1. 0 2. <25% 3. 25-50% 4. 50-75% 5. >75%

19. ¿Cuánta formación has recibido sobre Malos tratos a Ancianos?

1. Ninguna 2. Poca 3. Suficiente 4. Mucha 5. Muchísima

20. ¿Cómo valorarías la calidad de la formación que has recibido sobre los Malos tratos a Ancianos?

0. No he recibido formación 1. Muy mala 2. Mala 3. Media 4. Buena 5. Muy buena

21. ¿Cree usted que la formación que ha recibido hasta el día de hoy te ha preparado lo suficiente para actuar ante casos de Malos tratos a ancianos?

0. No he recibido formación 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro/a

A CONTINUACIÓN POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE DIFERENTES ACTUACIONES EN RELACIÓN AL MALTRATO DE ANCIANOS:

22. Sólo el buen funcionamiento del sistema judicial podrá parar el maltrato a personas mayores

Absolutamente no 1 2 3 4 5 Absolutamente sí

23. Internar a la víctima mayor de maltrato en un hogar de ancianos es:

Inútil 1 2 3 4 5 Muy útil

24. Es útil para una persona mayor maltratada emitir una orden de alejamiento al maltratador:

Inútil 1 2 3 4 5 Muy útil

25. Internar a una víctima de malos tratos en una residencia de ancianos en contra de su voluntad

Nada recomendable 1 2 3 4 5 Muy recomendable

26. España cuenta con servicios suficientes para satisfacer las necesidades de los ancianos maltratados:

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

27. Denunciar el maltrato hará que aumente la furia del agresor y la intensidad del maltrato

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

28. Las familias de las víctimas de malos tratos van a creer que yo como profesional sanitario soy el que informé sobre el maltrato

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

29. Si informo sobre un caso de maltrato a personas mayores, creo que con el tiempo se conocerá que he sido yo quien informé el caso y mi relación con el paciente se dañará:

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

30. El manejo del maltrato a los ancianos es principalmente responsabilidad del profesional sanitario

Absolutamente no 1 2 3 4 5 Absolutamente sí

31. No hay nada que hacer en los casos crónicos de maltrato a personas mayores

Totalmente en desacuerdo 1 2 3 4 5 Totalmente de acuerdo

32. Las administraciones públicas tienen que estar involucradas y proteger en todos los casos a las personas mayores víctimas de malos tratos

Absolutamente no 1 2 3 4 5 Absolutamente sí

33. En mi opinión, la intervención del sistema judicial en casos de maltrato a personas mayores es:

Totalmente inútil 1 2 3 4 5 Totalmente útil

34. Muy pocos adultos mayores son maltratados

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

35. Muy pocos adultos mayores están en situación de negligencia

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

36. Los adultos mayores son más propensos al maltrato que los niños

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

37. Personas con experiencia en mi profesión pueden diagnosticar casos de maltrato a personas mayores

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

38. El mayor número de casos de maltrato a personas mayores implica sólo lesiones leves

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

39. La mayoría de los casos de maltrato a personas mayores nunca son vistos por el médico u otros profesionales sanitarios

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

40. La mayoría de personas mayores maltratadas pueden obtener ayuda si la necesitan

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

41. Todos los profesionales sociosanitarios en España tienen una responsabilidad legal para informar casos de malos tratos

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

42. Sólo los médicos están obligados a informar del maltrato a los ancianos

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

43. Existen protocolos para detectar el maltrato a los ancianos

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

44. En España existe una posible sanción si el maltrato no se informa a las autoridades

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

45. Informar casos de maltrato a personas mayores no es responsabilidad mía como profesional sanitario

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

46. Tengo que estar absolutamente seguro de que el maltrato se ha producido antes de informar

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

47. Informar casos de maltrato a personas mayores es una violación de los derechos de la persona anciana

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

48. Razones por las cuales podrías dudar antes de informar un caso de maltrato al anciano (señala con un círculo como máximo 5 razones de las siguientes):

1. Si en el maltrato solamente existen lesiones leves o signos sutiles
2. La víctima niega los malos tratos
3. No estoy seguro/a cómo informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos
4. No tengo claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos
5. No haber identificado la situación de maltrato en el primer encuentro con el anciano
6. Ignoro las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España
7. Los recursos que existen para responder ante los casos identificados son insuficientes
8. Razones de confidencialidad profesional-anciano
9. El maltrato debe ser informado/denunciado por otros profesionales (ej: policía)
10. No quiero verme implicado en un proceso judicial
11. El paciente se encuentra ingresado en un hospital o centro hospitalario de larga duración
12. Es responsabilidad del paciente denunciar el maltrato
13. Miedo de que me denuncien si me equivoco
14. El paciente no da su consentimiento para la denuncia
15. El maltrato ocurre en una residencia de ancianos

49. Edad

50. Sexo

1. Hombre 2. Mujer

51. Lugar de nacimiento: 1. España 2. Otro país
52. Profesión: 1. Médico 2. Enfermero/a
53. Especialidad médica.....
54. Vía de formación de especialidad: 1. MIR 2. No MIR 3. Extranjero
55. Ámbito de trabajo: 1. Público 2. Privado 3. Ambos
56. Lugar de trabajo: 1. Centro de Salud 2. Hospital 3. SUAP/061 4. ESAD
57. Si trabaja en Atención Primaria N° de tarjetas sanitarias en su cupo.....
58. Tipo Centro de salud: 1. Urbano 2. Rural 3. Semiurbano
59. Médico Residente: 1. Sí 2. No
60. Año de residencia: 1. R1 2. R2 3. R3 4. R4 5. R5
61. Centro docente: 1. Sí 2. No
62. Años de experiencia profesional (incluir años de MIR).....
63. Trabaja en la actualidad? 1. Sí 2. No

8.3. ANEXO 3. Cuestionario trabajadores sociales

Estamos interesados en saber cómo piensan los trabajadores sociales sobre aquellas dificultades que pueden surgir durante el cuidado de personas ancianas y cómo consideras que podrían manejarse. Nos gustaría consultar tu opinión sobre una situación hipotética que te exponemos a continuación. El instrumento utilizado ha sido validado.

El estudio es totalmente confidencial.

El Sr. Martínez vive con su madre, Carmen, quien tiene una demencia. Su memoria es ahora muy pobre y ella hace las mismas preguntas una y otra vez. Con regularidad olvida donde ha puesto su cartilla del banco y lo acusa de robársela. Ella a menudo se agita de noche y a veces despierta a su hijo entrando en su habitación para vaciar los cajones.

El Sr. Martínez trabaja de las 8h00 a las 18h00 y Carmen está normalmente sola en casa. Ella por lo general no sale sola porque olvida el camino para volver a casa. El mes pasado le ocurrió dos veces, Carmen salió de casa sola durante el día y se perdió, y en una ocasión la policía la llevó a casa.

Últimamente Carmen se ha vuelto cada vez más hostil hacia su hijo cuando él le pide que se de un baño y su higiene personal se deteriora. Su médico de familia le ha prescrito algunas pastillas sedantes, pero ella a menudo rechaza tomarlas.

El Sr. Martínez quiere seguir cuidando de su madre en casa pero tiene muchas dudas sobre cómo actuar con ella.

A continuación señala cómo consideras cada una de estas actuaciones realizadas por el hijo de Carmen (Rodea con un círculo la respuesta que consideres más adecuada):

1. Aceptar la decisión de su madre de no asearse

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

2. Encerrarla en casa sola mientras él está en el trabajo

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

3. Atarla en una silla para que ella no pueda levantarse mientras que él está de compras

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

4. No contestarle cuando ella le pregunta por su cartilla del banco, porque cualquier cosa que le dice hace que esté más enfadada

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

5. Decirle que no puede desayunar hasta que no se haya bañado

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

6. Decirle que si la situación sigue por el mismo camino y no mejora tendrá que ir a vivir a otra parte

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

7. Ocultar medicamentos en sus comidas para que ella no se niegue a tomarlos

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

8. No la llevará a las reuniones familiares como el cumpleaños de su nieta, ya que es probable que su comportamiento le haga sentirse avergonzado

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

9. Poner a su madre una pulsera con su identificación para que pueda ser ayudada si ella se pierde por la calle

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

10. Camuflar la puerta de entrada de la casa al cubrirla con una cortina para evitar que salga de la casa

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

11. Consultar con su médico de familia sobre alguna medicación para su madre que pudiera mejorar la situación

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

12. Ponerse en contacto con servicios sociales para solicitar plaza en un centro de día ya que ella no está segura cuando se queda sola en casa

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

13. Poner una nota diaria en su habitación para recordarle que debe bañarse

1. Buena idea y puede ser de ayuda
2. Posiblemente útil
3. No estoy seguro/a
4. Es poco probable que sea una idea útil
5. Mala idea pero no maltrato
6. Maltrato

A CONTINUACIÓN POR FAVOR, RESPONDE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

14. Has ayudado o ayudas a familiares, amigos, o vecinos a causa de problemas relacionados con la vejez?

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

15. Trabajas o has trabajado como cuidador profesional de una persona anciana?

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

16. Tienes contacto en tu vida personal con una persona con demencia?

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

17. En tu actividad profesional tienes o has tenido contacto con alguna persona con demencia?

1. Sí, actualmente 2. Sí, anteriormente 3. Nunca

18. En tu actividad profesional en qué proporción estás en contacto con personas mayores de 65 años?

1. 0 2. <25% 3. 25-50% 4. 50-75% 5. >75%

19. ¿Cuánta formación has recibido sobre Malos tratos a Ancianos?

1. Ninguna 2. Poca 3. Suficiente 4. Mucha 5. Muchísima

20. ¿Cómo valorarías la calidad de la formación que has recibido sobre los Malos tratos a Ancianos?

0. No he recibido formación 1. Muy mala 2. Mala 3. Media 4. Buena 5. Muy buena

21. ¿Cree usted que la formación que ha recibido hasta el día de hoy te ha preparado lo suficientemente para actuar ante casos de Malos tratos a ancianos?

0. No he recibido formación 1. Sí 2. No 3. No estoy seguro/a

A CONTINUACIÓN POR FAVOR RESPONDA A LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE DIFERENTES ACTUACIONES EN RELACIÓN AL MALTRATO DE ANCIANOS:

22. Sólo el buen funcionamiento del sistema judicial podrá parar el maltrato a personas mayores

Absolutamente no 1 2 3 4 5 Absolutamente sí

23. Internar a la víctima mayor de maltrato en un hogar de ancianos es:

Inútil 1 2 3 4 5 Muy útil

24. Es útil para una persona mayor maltratada emitir una orden de alejamiento al maltratador:

Inútil 1 2 3 4 5 Muy útil

25. Internar a una víctima de malos tratos en una residencia de ancianos en contra de su voluntad

Nada recomendable 1 2 3 4 5 Muy recomendable

26. España cuenta con servicios suficientes para satisfacer las necesidades de los ancianos maltratados:

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

27. Denunciar el maltrato hará que aumente la furia del agresor y la intensidad del maltrato

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

28. Las familias de las víctimas de malos tratos van a creer que yo soy el que denunció el maltrato

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

29. Si informo sobre un caso de maltrato a personas mayores, creo que con el tiempo se conocerá que he sido yo quien informé el caso y mi relación con el paciente se dañará:

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

30. El manejo del maltrato a los ancianos es principalmente responsabilidad del trabajador social

Absolutamente no 1 2 3 4 5 Absolutamente sí

31. No hay nada que hacer en los casos crónicos de maltrato a personas mayores

Totalmente en desacuerdo 1 2 3 4 5 Totalmente de acuerdo

32. Las administraciones públicas tienen que estar involucradas y proteger en todos los casos a las personas mayores víctimas de malos tratos

Absolutamente no 1 2 3 4 5 Absolutamente sí

33. En mi opinión, la intervención del sistema judicial en casos de maltrato a personas mayores es:

Totalmente inútil 1 2 3 4 5 Totalmente útil

34. Muy pocos adultos mayores son maltratados

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

35. Muy pocos adultos mayores están en situación de negligencia

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

36. Los adultos mayores son más propensos al maltrato que los niños

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

37. Personas con experiencia en mi profesión pueden diagnosticar casos de maltrato a personas mayores

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

38. El mayor número de casos de maltrato a personas mayores implica sólo lesiones leves

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

39. La mayoría de los casos de maltrato a personas mayores nunca son vistos por el médico u otros profesionales sanitarios

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

40. La mayoría de personas mayores maltratadas pueden obtener ayuda si la necesitan

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

41. Todos los profesionales sociosanitarios en España tienen una responsabilidad legal para informar casos de malos tratos

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

42. Sólo los médicos están obligados a informar el maltrato a los ancianos

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

43. Existen protocolos para detectar el maltrato a los ancianos

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

44. En España existe una posible sanción si el maltrato no se informa/denuncia a las autoridades

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

45. Informar casos de maltrato a personas mayores no es responsabilidad mía como trabajador social

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

46. Tengo que estar absolutamente seguro de que el maltrato se ha producido antes de informar

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

47. Informar casos de maltrato a personas mayores es una violación de los derechos de la persona anciana

1. Falso 2. No estoy seguro/a 3. Verdadero

48. Razones por las cuales podrías dudar antes de informar un caso de maltrato al anciano (señala con un círculo como máximo 5 razones de las siguientes):

1. Si en el maltrato solamente existen lesiones leves o signos sutiles
2. La víctima niega los malos tratos
3. No estoy seguro/a cómo informar/denunciar casos de sospecha de malos tratos
4. No tengo claras las definiciones de malos tratos y negligencia a ancianos
5. No haber identificado la situación de maltrato en el primer encuentro con el anciano
6. Ignoro las leyes que regulan el maltrato a los ancianos en España
7. Los recursos que existen para responder ante los casos identificados son insuficientes
8. Razones de confidencialidad profesional-anciano
9. El maltrato debe ser informado/denunciado por otros profesionales (ej: policía)
10. No quiero verme implicado en un proceso judicial
11. El paciente se encuentra ingresado en un hospital o centro hospitalario de larga duración
12. Es responsabilidad del paciente denunciar el maltrato
13. Miedo de que me denuncien si me equivoco
14. El paciente no da su consentimiento para la denuncia
15. El maltrato ocurre en una residencia de ancianos

49. Edad

50. Sexo 1. Hombre 2. Mujer

51. Profesión: 1. Trabajador Social
Años de experiencia profesional.....

52. Trabaja en la actualidad? 1. Sí 2. No

53. En caso afirmativo especifique el lugar de trabajo.....