



**Universitat de les  
Illes Balears**

**Títol: “DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LOS  
MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES DESDE  
LOS SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCIÓN  
PRIMARIA”**

**NOM DEL AUTOR:** *MIRIAM GUTIÉRREZ EXPÓSITO*

**DNI AUTOR:** *41540947-A*

**NOM TUTOR:** *MARÍA DEL CARMEN TOUZA GARMA*

**Memoria del Treball de Final de Grau**

Estudis de Grau de TREBALL SOCIAL

Paraules claus:

*Maltrato a ancianos, maltrato domestico, autonegligencia, detección y notificación,  
factor de riesgo, escalas, protocolo, atención primaria.*

de la

UNIVERSITAT DE LAS ILLES BALEARS

Curs Académic 2014 - 2015

*En cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marcau aquesta casella:*



# **DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

Miriam Gutiérrez Expósito

## **RESUMEN**

En el siguiente documento se expone una propuesta de protocolo para la detección y notificación de los malos tratos a personas mayores desde los servicios sanitarios de atención primaria, especialmente de la Unidad de Trabajo Social de Atención Primaria del Ib-Salut.

Esta propuesta de protocolo engloba la justificación de este trabajo de fin de grado donde se explica el porqué de esta elección, incluyendo el objetivo general y los objetivos específicos.

En segundo lugar, se hace referencia a la fundamentación de la propuesta de protocolo conteniendo definiciones, tipologías de maltrato hacia las personas mayores, dificultades en la detección, señales, factores de riesgo, así como también una serie de herramientas que pueden ser necesarias para conocer los indicadores de sospecha de maltrato.

Más adelante podremos tener acceso a una serie de recursos y servicios a los que podemos acudir cuando hablamos de malos tratos a personas mayores.

Seguidamente, se presenta la propuesta en forma de Fluxograma, que ha sido el resultado de analizar, revisar y comparar diferentes protocolos a nivel nacional.

Y finalmente, se presenta el análisis de la propuesta de protocolo a través de la entrevista realizada a un profesional de la atención primaria.

## **PALABRAS CLAVE**

Maltrato a ancianos, maltrato domestico, autonegligencia, detección y notificación, factor de riesgo, escalas, protocolo, atención primaria.

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
1. Justificación, objetivo general y específicos _____	4
2. Metodología _____	5
3. Fundamentación _____	6
3.1 Definiciones _____	6
3.2 Tipologías _____	8
3.3 Dificultades _____	9
3.4 Indicadores _____	10
3.4.1 Señales _____	10
3.4.2 Factores de riesgo _____	13
3.5 Herramientas _____	16
4. Servicios y recursos _____	18
5. Fluxograma _____	19
6. Análisis de la entrevista _____	20
7. Bibliografía _____	21
8. Anexos _____	23
8.1 Escala ESASI _____	24
8.2 Escala EDMA _____	26
8.3 Escala Yesavage _____	30
8.4 Escala Gijón _____	31
8.5 Transcripción de la entrevista _____	33

## 1. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

Los malos tratos han sido un fenómeno oculto durante décadas, al que se le ha prestado poca atención hasta el momento, comenzando el estudio formal y las investigaciones sobre la violencia contra las personas mayores en los años 90, aunque de forma limitada. No es hasta el 2002 cuando las Naciones Unidas, a través de la Organización Mundial de la Salud, impulsan el estudio de los malos tratos hacia las personas mayores.

Aunque se desconoce la dimensión real del problema en nuestro entorno, podemos afirmar que estamos ante un fenómeno complejo, multifactorial, serio y grave (Asociación Vasca de Geriátrica y Gerontología, 2013)

Podemos hacer referencia que, según ha publicado Europa Press el 01 de Octubre del 2014 en Madrid, actualmente, España tiene un 23,4% de ciudadanos que superan los 60 años, conforme recoge el Índice Global de Envejecimiento 2014 de HelpAge International. Por lo que España es uno de los países con la población más envejecida del mundo. La proporción de mayores de 80 años crece muy rápido, y se espera un aumento del 2% actual al 4% de la población mundial para el año 2050.

En el caso de Palma, que cuenta con 427.973 habitantes, encontramos que un 13,3% de la población tiene 65 años o más (Observatori de Palma, 2015). Esto provoca que la gran mayoría de demandas y necesidades que se observan lleguen de la población mayor. La detección de los malos tratos a personas mayores puede hacerse desde varios ámbitos, pero es desde la Atención primaria donde encontramos un mayor porcentaje de detecciones. Los estudios sobre la sospecha (sin confirmación) obtienen prevalencias de un 12% de la población de personas mayores afectadas por malos tratos y se cree que solo un 20% de estos casos son denunciados (Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores, Girona, 2007, 7).

Según Iborra (2009) expone que a partir de los estudios de la OMS se puede afirmar que entre un 4 y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna vez malos tratos por algún miembro de su propia familia.

Tras una amplia lectura sobre esta temática y en mi propia experiencia tras haber realizado las prácticas externas del Grado de Trabajo Social en un centro de salud de Palma he podido observar que los medios de los que se dispone desde la unidad de Trabajo de Social en la Atención primaria son escasos, por no decir inexistentes.

De aquí la necesidad de aprovechar esta oportunidad para realizar una propuesta de protocolo para la detección y notificación de maltrato a personas mayores que, en medida, de lo posible sirva de ayuda a los profesionales que conforman la Unidad de Trabajo Social en Atención Primaria de Palma.

El objetivo general de este trabajo de fin de grado será realizar una propuesta de protocolo para la detección y notificación de maltrato a personas mayores desde la Unidad de Trabajo Social de Palma en la Atención Primaria del Ib-Salut, construido a partir de la revisión de protocolos ya existentes.

Por otra parte, los objetivos específicos serán;

- Definir las diferentes tipologías del maltrato en personas mayores.
- Conocer los factores de riesgo del maltrato en la tercera edad.

- Revisar los diferentes protocolos nacionales de detección del maltrato en personas mayores.
- Proporcionar a las profesionales de la UTS Palma herramientas para la detección de indicadores de maltrato en personas mayores.

## 2. METODOLOGÍA

El contenido que conforma este trabajo se ha estructurado de la siguiente manera; en primer lugar se enmarca la justificación de este trabajo de fin de grado, acompañada del objetivo general y los objetivos específicos. En segundo lugar, se hace referencia a la fundamentación de la propuesta de protocolo englobando definiciones, tipologías de maltrato hacia las personas mayores, dificultades en la detección, señales, factores de riesgo... etc, también se han presentado una serie de herramientas que pueden ser necesarias para conocer los indicadores de sospecha de maltrato, así como la revisión de varios Protocolos existentes a nivel nacional. Seguidamente, se presenta la propuesta de Protocolo, que ha sido el resultado de analizar, revisar y comparar diferentes protocolos a nivel nacional. Y finalmente, se presenta el análisis de la propuesta de protocolo a través de la entrevista realizada a la trabajadora social de los centros de Salud de S'Escorxador y Son Cladera.

El procedimiento seguido en este trabajo de investigación se divide en tres bloques: una fase de planificación y estudio previo, otra fase de redacción, que comprende la discusión de todos los documentos y datos recopilados junto con la elaboración de la propuesta de Protocolo, y por último una fase de revisión a través de realizar una entrevista a un profesional del campo social.

En la primera fase se procedió a crear un primer cuerpo de trabajo provisional sobre el que basar la coordinación con la tutora, distribuyendo los diferentes puntos del trabajo, para ajustarlo al tiempo real disponible y a la limitación de extensión del documento. Le siguió un exhaustivo estudio previo de las cuestiones a documentar (definición de conceptos, protocolos vigentes, datos demográficos, etc.), así como la organización, clasificación y reflexión de los documentos consultados.

En una segunda fase se procedió a dar estructura y solidez al documento a través de la redacción del mismo en base a la documentación revisada, correcciones y directrices sugeridas por la tutora.

Finalmente, una vez realizada la propuesta de protocolo ésta fue presentada a un profesional de la Unidad de trabajo social de Atención Primaria de Palma. Tras su lectura y explicación se realizó una entrevista para poder conocer impresiones, interpretaciones... etc.

La entrevista consta de 5 preguntas, que son las siguientes; (Anexo V)

- *Después de la lectura de esta propuesta de protocolo, y desde un punto de vista profesional, ¿Cuál es tu opinión acerca de él?*
- *¿Crees que se ajusta a la realidad profesional? ¿Por qué?*
- *¿Cuáles serían las dificultades para aplicarlo?*
- *¿Qué cambiarías o añadirías para mejorarlo?*
- *En la actualidad, ¿Qué tipo de herramientas, protocolos, guías... utilizáis para la detección de malos tratos en personas mayores?*

### 3. FUNDAMENTACIÓN

En el siguiente apartado incluiremos y explicaremos los aspectos que hemos considerado convenientes que aparecieran en esta propuesta de protocolo.

En primer lugar ¿qué tenemos que detectar?. Para ello encontraremos el apartado de la definición de malos tratos a personas mayores, en el que se concreta que es lo que se considera malos tratos a una persona mayor.

A continuación encontraremos las tipologías de malos tratos, es decir, los tipos de malos tratos a personas mayores que consideramos esencial incluir. Estos serán las diferentes tipologías que se englobaran en esta propuesta de protocolo para su consiguiente detección.

Más adelante, hallaremos una serie de dificultades propias que se pueden presentar al profesional a la hora de la detección de los posibles malos tratos. Es importante tener conocimiento de estas dificultades, ya que nos enfrentamos a un problema en la mayoría de los casos invisibilizado.

Encontraremos también una serie de señales, factores de riesgo y herramientas que ayudaran al profesional a detectar la existencia de malos tratos domésticos o de autonegligencia.

Además, añadir, que tras la lectura y documentación teórica de varios protocolos y guías he podido observar la necesidad en muchos de ellos de incluir un perfil de la víctima. Donde lo más común es añadir características como la dependencia del cuidador. En nuestro caso, nos parece un error añadir un perfil de la persona maltratada, ya que carece de un soporte empírico e iría en contraposición a los factores de riesgo, explicados más abajo.

#### 3.1 DEFINICIONES

En cuanto a la definición, de malos tratos hacia personas mayores, diferentes autores han elaborado diferentes definiciones que, aunque tienen aspectos comunes también incluyen aspectos diferentes. Esta situación provoca una serie de consecuencias que afectan a las propias personas mayores, como por ejemplo; que ante la misma situación, dos profesionales lleguen a conclusiones diferentes por el hecho de aceptar definiciones distintas (Barbero y Moya, 2007).

Debido a esto no existe una definición universalmente aceptada por toda la comunidad científica sobre lo que se consideran malos tratos a las personas mayores. Las razones que lo podrían explicar serían (Touza, Segura & Prado, 2009, 20):

- *¿Qué se considera un comportamiento adecuado a las personas mayores?* Sería necesario que se estableciera qué comportamientos son aceptables y adecuados en la familia y en las instituciones y en la comunidad en general y qué comportamientos son inaceptables. Variabilidad interindividual en la vejez y no todas las habilidades como las de inteligencia que aumentan (conocimiento de la experiencia).
- *Dificultades culturales y religiosa:* No todo el mundo está de acuerdo en cuáles serían los cuidados de la familia, la misma concepción sobre la vejez.

- *Límite de edad:* A partir de qué edad hablamos de personas mayores, ¿la jubilación - 65 años?, las condiciones de vida van cambiando, ahora hay 4º edad...
- *Perspectiva desde la que se define y utilización de la definición:* Puede afectar a la definición en sí, no es lo mismo la perspectiva jurídica o política para establecer servicios...

Para la elaboración de esta propuesta de protocolo tendremos en cuenta la definición desarrollada por Action on Elder Abuse en 1995, acuñada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA) en ese mismo año y posteriormente promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de Toronto del 2002. Es la más aceptada y ha sido uno de los puntos clave para la aceptación social y profesional de la existencia de los malos tratos hacia las personas mayores como un problema universal. Según esta definición, los malos tratos a personas mayores están considerados como;

“Es la acción única o repetida o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y las cual produzca daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión” (Organización Mundial de la Salud, 2002, 2).

Siguiendo esta definición podemos dar un paso más y hablar de la intencionalidad o no de los malos tratos. Ya que en varias definiciones la intencionalidad es citada para indicar que no es un requisito necesario para que se considere la existencia de una situación de malos tratos. Es importante que los profesionales comprendan que la detección de las situaciones de malos tratos hacia las personas mayores “no intencionales” son igual de necesaria y urgente que la de aquellas en las que el maltrato es intencional (Touza, Segura & Prado, 2009, 23). Solo tendremos en cuenta la intencionalidad a la hora de la intervención, ya que dependiendo de ésta será diferente.

Lo que presentan en común las definiciones, es que en cualquiera de las formas de los malos tratos se tiene que producir un daño o una angustia, o al menos un riesgo de que esto ocurra (Rueda y Martín, 2011).

Para finalizar encontramos que malos tratos se pueden producir por acciones u omisiones con o sin intencionalidad (Rueda y Martín, 2011). Ante esto, se considera que no solo la comunidad debe reconocer los malos tratos, sino que es necesario educar a los profesionales para que ejerzan el rol de protección de los mismos y puedan detectar y notificar los malos tratos a las personas mayores (Starr, 2010).

### 3.2 TIPOLOGÍAS

Esta propuesta de protocolo estará centrada en los malos tratos hacia personas mayores de tipo domestico y la autonegligencia.

Tal y como presenta Touza, Segura & Prado (2009, 30) entendemos por malos tratos domésticos aquellos que “son aquellos en los que la persona mayor es maltratada por una persona con la que tiene una relación de especial confianza (amigo, vecino, familiar...).”

A continuación se presentan las Subtipologías del maltrato domestico siguiendo las categorías propuestas por el Nacional Center on Elder Abuse (2001), ya que son definiciones con un alto grado de consenso.

- **Maltrato o abuso físico:** Toda acción voluntariamente realizada que provoque una pérdida. Pueden haber sido realizadas con o sin intención de dañar. Agresiones, empujar, pellizcar, administración injustificada de medicamentos, alimentación forzada...
- **Abuso emocional o psicológico:** Las aflicciones de angustia, dolor emocional o pena producidas por actos verbales y no verbales. Insultos, amenazas, humillación, aislamiento social...tratamiento silencioso (no hacerla caso, dejarla al margen).
- **Abuso sexual:** Cualquier contacto sexual no consentido con una persona mayor o incapaz de dar consentimiento. Tocamientos indeseados o no consentidos, violación, nudismo forzado o fotografías con contenido sexual.
- **Negligencia:** El rechazo o incumplimiento a la hora de satisfacer cualquiera de las obligaciones o deberes de una persona con un anciano de proveerlo de alimento, agua, ropa, abrigo, higiene personal, medicina, comodidad y seguridad personal. Puede ser activa (con intención de dañar) o pasiva (sin intención). El NCEA también engloba las actuaciones negligentes de los profesionales fuera de una institución (por ejemplo los profesionales de ayuda a domicilio). Pero en nuestra propuesta de Protocolo los malos tratos producidos por un profesional, en el domicilio, lo entenderemos como maltrato institucional. Payne (2013) expone que la negligencia es la forma más común de maltrato a las personas mayores
- **Explotación financiera o material:** Uso ilegal, ilegítimo o incorrecto de los fondos, propiedades o de los activos de un anciano. Robar dinero o posesiones, engañar o forzar a firmar cualquier documento, vivir de sus prestaciones o decidir por él, y no con él.
- **Abandono:** Desamparo de la persona mayor por alguien que había asumido la responsabilidad de cuidarla o la persona a cargo de su custodia. Renuncia total al cuidado de la persona mayor.

Por otra parte encontramos los malos tratos de tipo autonegligentes. Según el Dr. Thomas Gill (2008) es la razón más común por la que alguien es remitido a los servicios de protección para adultos. A causa de esto creo que es importante incluirlos, ya que serán los más comunes.

El NCEA (2001) define la autonegligencia como las situaciones en las que los comportamientos de una persona mayor amenazan su propia salud o seguridad.

Encontramos el problema de que no existe un acuerdo en incluir o no, dentro de la autonegligencia, a aquellas personas que sin tener ninguna dificultad deciden realizar acciones que amenazan su salud y seguridad. Dando solución a este problema encontramos dos posturas diferenciadas; la del NCEA y la de el National Clearinghouse on Family Violence (Public Health Agency of Canada, NCFV).

En NCEA (2001) excluye de la definición de autonegligencia a aquellas personas mentalmente competentes que entienden las consecuencias de sus decisiones. El NCFV defiende la postura contraria. El NCFV (1999) considera que la autonegligencia ocurre cuando las personas mayores, por elección o por falta de conciencia, viven de una forma que amenaza su salud y seguridad.

En esta propuesta de protocolo nos decantaremos por la segunda postura, ya que entendemos que tanto sea una decisión voluntaria como impuesta es necesario que los profesionales detecten las situaciones de amenaza.

### **3.3 DIFICULTADES PARA LA DETECCIÓN Y NOTIFICACION DE LOS MALOS TRATOS**

El profesional a la hora de detectar el posible maltrato se puede encontrar con una serie de dificultades que harán que esta transcendental tarea se complique. Tenemos que tener en cuenta, tal y como presenta Touza y March (2009, 39), que nos encontraremos frente un problema que, en la mayoría de los casos, permanece oculto, que es difícil de detectar o que, en caso de serlo puede no ser notificado por diversas razones.

En este apartado se van a exponer las principales dificultades para la detección;

- La gran diversidad de definiciones de malos tratos y en contraposición la falta de una concepción clara de lo que se considera un trato adecuado.
- Falta de consenso en cuáles son los indicadores más adecuados.
- El hecho de que no todas las tipologías son igualmente reconocibles, algunas son más fáciles o difíciles de detectar.
- También nos encontramos con problemas de salud de las personas mayores, el miedo al agresor, a la vergüenza de que se haga público, a las consecuencias, a quedarse solo, a tener que abandonar su casa.
- La escasez de protocolos e instrumentos de detección.
- Problemas éticos profesionales de notificación: El código deontológico por el que ejercen los psicólogos y trabajadores sociales hace que se planteen problemas éticos para poder notificar los malos tratos a ancianos cuando estos son detectados. Muchos profesionales creen que notificar pueda destruir la relación terapéutica entre el profesional y la persona mayor y que la posibilidad de llegar a producir cambios en familias consideradas como disfuncionales, podría perderse (Zeranski y Halgin, 2011).

### **3.4 INDICADORES DE RIESGO**

En el siguiente apartado incluiremos las señales y los factores de riesgo que pueden ayudar al profesional en la detección;

#### **3.4.1 SEÑALES**

En las siguientes tablas se muestran una serie de señales que pueden ayudar al profesional a detectar la existencia de malos tratos domésticos o de autonegligencia.

<b>MALTRATO FÍSICO</b>	
<b>Hematomas y contusiones sin explicación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- En la cara, los labios y boca, en la espalda, torso, nalgas y muslos.</li><li>- Señales de mordiscos humanos en diferentes estados de curación.</li><li>- Agrupación de señales, por ejemplo, formando patrones repetidos.</li><li>- Huellas de formas de los objetos utilizados para infligir daños.</li><li>- Diferentes zonas afectadas por señales.</li><li>- Pauta repetida de aparición tras las ausencias de fines de semana o vacaciones.</li></ul>
<b>Quemaduras sin explicación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Quemaduras de cigarrillos o puros, especialmente en las plantas de los pies, las palmas de las manos, la espalda o las nalgas.</li><li>- Quemaduras por inmersión (en forma de guante o de calcetín en las nalgas o los genitales)</li><li>- Señales reconocibles de fogones eléctricos, planchas...</li><li>- Quemaduras o señales de cuerdas en brazos, piernas, cuello o espalda.</li></ul>

Decalmer, 2000; Erlingsson et al., 2003; NCEA, 2001 cit. en Touza y March 2009, 48

<b>MALTRATO FÍSICO</b>	
<b>Fracturas sin explicación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Craneales, nasales, en la oreja, en la estructura facial.</li><li>- En distintas etapas de curación.</li><li>- Fracturas múltiples o en espiral.</li></ul>
<b>Laceraciones o abrasiones sin explicación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- En la boca, labios, encía, ojos, orejas.</li><li>- En los genitales externos.</li></ul>
<b>Perdida de cabello sin explicación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hemorragias en el cuello cabelludo</li><li>- Posible arrancamiento del cabello, por uno mismo o por otra persona.</li><li>- Posible evidencia de heridas internas graves en la cabeza.</li></ul>

<b>Evidencias de lesiones antiguas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deformidades: cráneo, nariz, oreja, manos (reflejo de torsión)</li> <li>- Contracturas resultantes de la inmovilización y demora en la petición de tratamiento.</li> <li>- Dislocación, dolor, molestia e hinchazón (la dislocación puede ser producida al levantar al paciente de forma incorrecta)</li> </ul>
<b>Evidencias de errores en la medicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobremedicación o infrautilización de los medicamentos prescritos.</li> </ul>
<b>Indicadores conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La persona mayor informa de los abusos</li> <li>- Cambios repentinos en el comportamiento de la persona mayor.</li> <li>- El maltratador no permite las visitas a la persona mayor.</li> <li>- Las explicaciones que ofrece sobre las lesiones de la persona mayor son vagas, inconscientes o no son plausibles.</li> </ul>

Decalmer, 2000; Erlingsson et al., 2003; NCEA, 2001 cit. en Touza y March 2009, 49

<b>ABUSO SEXUAL</b>
- Dificultad para andar o sentarse.
- Ropa interior rasgada o manchada de sangre.
- Dolor o picor en las zonas genitales.
- Enfermedades venéreas e infecciones genitales.
- Contusiones o hemorragias en el pecho, en los genitales externos, en las áreas anal o vaginal.
- Rechazo sin explicaciones a cooperar en la higiene o examen físico de los genitales.
- La persona mayor informa de los abusos.

Declamer 2000; NCEA, 2001 cit. en Touza y March 2009, 49

<b>MALTRATO EMOCIONAL</b>
- Conductas inusuales atribuidas generalmente a demencias (chupar, morderse...)
- Conductas antisociales, autodestructivas o heterodestructivas.
- Reacciones psicóticas o neuróticas.
- Pasividad, depresión, vergüenza desesperación, pensamientos suicidas, desorientación, explicaciones poco creíbles.
- Temblar, evitar el contacto visual, hipervigilancia, aislamiento.
- La persona informa de los malos tratos.

Declamer 2000; NCEA, 2001; Quinn y Tomita, 1997; Wolf, 1998 cit. en Touza y March 2009, 50

## NEGLIGENCIA

- Deshidratación, malnutrición, hambre.
- Hipotermia o hipertermia.
- Problemas físicos o necesidades medicas desatendidas.
- Sobremedicacion o medicación insuficiente.
- Falta continuada de vigilancia.
- Carencia o materiales auxiliares deficientes: gafas, dentaduras, silla de ruedas...
- Falta de higiene y condiciones insalubres en la vivienda, falta de higiene personal
- Constante cansancio o desgana, confusión creciente o inexplicable.
- Abandono, inmovilidad.
- La persona informa del trato recibido.

Declamer 2000; NCEA, 2001; Quinn y Tomita, 1997 cit. en Touza y March 2009, 50

## EXPLOTACIÓN ECONÓMICA

- La forma de vida de la persona mayor no se ajusta a su capacidad económica o no se pagan facturas a pesar de poseer los recursos económicos necesarios.
- Falta de conocimiento en materia de finanzas.
- Rechazo a tomar decisiones o pagar facturas sin consultar a otra persona.
- Extractos de cuentas inusuales.
- Desaparición inexplicable de dinero u otras posesiones.
- Incluir nombres en la cuenta, utilización por terceros de las tarjetas de crédito.
- Elaboración de documentación para que firme la persona mayor pero sin que ella pueda explicar o entender el propósito de éstos, falsificación de su firma.
- La persona mayor informa de la explotación económica.
- Interés inusual de la familia por lo bienes de la persona mayor.
- Control justificado de las finanzas por otra persona.

Declamer 2000; NCEA, 2001; Wolf, 1998 cit. en Touza y March 2009, 50

## ABANDONO

- Abandono de las persona mayor en instituciones.
- Abandono de las persona mayor en centros comerciales y otros lugares públicos.
- La persona mayor informa haber sido abandonada.

NCEA, 2001 cit. en Touza y March 2009, 51

## AUTONEGLIGENCIA

- Deshidratación, malnutrición, inadecuada atención medica o desatención.
- Vivienda en condiciones peligrosas.
- Vivienda en condiciones higiénicas inadecuadas.
- No viste adecuadamente.

- No tiene vivienda o dispone de un alojamiento muy inadecuado.
- Objetos acumulados y desordenados en la vivienda.
- Pobre higiene personal e indiferencia ante normas sociales sobre el aspecto personal.
- Carencia de ayudas técnicas necesarias (gafas, dentaduras...)
- Número excesivo de animales domésticos en el domicilio.

Dyer et al., 2006; NCEA, 2001 cit. en Touza y March 2009, 51

### 3.4.2 FACTORES DE RIESGO

Debido a que el maltrato a mayores es un problema extremadamente complejo, a continuación, se describen algunos de los posibles factores de riesgo relacionados con el maltrato a mayores (Wolf, 1998; cit. en Barbero, J., Barrio, I., Gutierrez, B., Izal, M., Martinez, A., Moya, A., et al. 20015). Es importante tener en cuenta que el maltrato a mayores no es la consecuencia de un único factor sino que es el resultado de la combinación de factores personales, familiares, sociales y culturales (Kosberg, 1988; Schiamberg y Gans, 2000; cit. en Barbero, J., Barrio, I., Gutierrez, B., Izal, M., Martinez, A., Moya, A., et al. (20015). 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 de cuidado (Pérez-Rojo, Izal y Montorio, 2005).

Al haber falta de unanimidad en los factores de riesgo de los malos tratos domésticos consideramos útil la propuesta de algunos autores (Pillemer 2003, 2005: Lachs y Pillemer, 2004) de clasificarlos teniendo en cuenta el grado de apoyo empírico.

Tal y como presenta Touza, Prado & Segura (2009, 51) según esta clasificación encontramos tres tipos de factores de riesgo; factores de riesgo probables, potenciales o cuestionables.

Para nuestra de protocolo nos centraremos en los factores de riesgo probables, ya que son los que, de momento, tienen un apoyo unánime o casi unánime en los estudios.

#### a) Factores de riesgo probables: apoyo empírico de varios estudios.

<i>Referidos a la persona mayor</i>	<i>Referidos al posible maltratador</i>	<i>Referidos a la relación</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Demencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Enfermedad mental</li> <li>- Hostilidad</li> <li>- Abuso de alcohol y drogas</li> <li>- Dependencia a la persona mayor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones de convivencia</li> </ul>

Analizando estos factores encontramos entre ellos las **condiciones de convivencia**, se refiere a que compartir la vivienda incrementa las situaciones de estar en contacto y, por tanto, los conflictos y el maltrato.

Por otra parte el **aislamiento social**, en las familias con una escasa red social existe menos continuación de los maltratos ya que el conocimiento de situaciones

abusivas puede tener sanciones informales (amigos, familia o vecinos) y formales (policía o juzgados).

En cuanto a la **demencia** se da una posible explicación ante los malos tratos a personas con Alzheimer por sus maltratadores, no es por la enfermedad en sí misma, sino, los problemas de conducta disruptiva resultantes de la demencia los que aumentan el factor de riesgo.

Aunque los que tiene un apoyo empírico son los factores de riesgo probables, también citaremos los factores de riesgo potenciales y cuestionables como forma de consulta para que el profesional tenga una idea más amplia.

**b) Factores de riesgo potenciales:** estudios contradictorios o limitados

<i>Referidos a la persona mayor</i>	<i>Referidos al posible maltratador</i>	<i>Referidos a la relación</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Género</li> <li>- Características o rasgos de personalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de relación entre la víctima y el agresor</li> </ul>

En este apartado encontramos varios factores como; el **género**. Encontramos que existen varias teorías contradictorias. Diversos estudios encuentran que la mayoría de las víctimas son mujeres, pero existen dudas de si ser mujer es un factor de riesgo o si es el mayor número de mujeres en la población lo que influye. Por otra parte es en la población femenina en la que aparecen porcentajes mayores de las mujeres que sufren los casos más graves (conocidos).

En cuanto a la **relación entre la víctima y el agresor**, observamos que algunos estudios dicen que es el cónyuge el que aparece mayoritariamente como agresor y otros que lo son los hijos.

Las **características de las víctimas**: las víctimas muestran mayores tasas de agresividad, aunque, no se ha demostrado si esta agresividad es anterior o fruto de los malos tratos.

Por otra parte la **raza** dos estudios (Lachs et al., 1994, 1997) han encontrado que ser afroamericano es un factor de riesgo. Aunque existen sesgos metodológicos.

**c) Factores de riesgo cuestionables:** no se sustenta con pruebas empíricas

<i>Referidos a la persona mayor</i>	<i>Referidos al posible maltratador</i>	<i>Referidos a la relación</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discapacidad física</li> <li>- Dependencia del cuidador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrés del cuidador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmisión intergeneracional</li> </ul>

Entre estos factores encontramos;

La **Discapacidad física en la persona mayor:** deterioro de las actividades cotidianas. Un estudio indicó que las víctimas de negligencia padecían más discapacidades que las víctimas de maltrato físico o emocional. En cuanto a la **dependencia de la víctima y estrés del cuidador**, podemos decir que las personas mayores se vuelven débiles, difíciles de cuidar y agotadoras, por lo que genera estrés en sus cuidadores. Pero no encuentran estudios que lo confirmen empíricamente.

La **transmisión intergeneracional.** La teoría del aprendizaje social asevera que cuando los individuos experimentan malos tratos u observan comportamientos violentos en la familia o de otros modelos de referencia durante la infancia, tienden a comportamientos violentos. Los estudios no están comprobados empíricamente.

En cuanto a los factores de riesgo en relación con la AUTONEGLIGENCIA, los más citados en la literatura internacional son (Touza, Prado & Segura, 2009, 57);

- **Sufrir depresión:** Algunos estudios tienen las hipótesis; no dan importancia a su salud, valorar negativamente la ayuda de los servicios o de otras persona, tiende a aislarse.
- **Problemas de salud mental:** Como el Alzheimer, malnutrición y otros tipos de demencia que van asociados a comportamientos autonegligentes.
- **Deficiencia de vitamina D:** Posibles variables fisiológicas.
- **Inadecuado apoyo social** o aislamiento social tanto formal (familiares, amigos...) como informal (servicios...)
- **Vivir solo**
- **Mantenimiento de comportamientos autonegligentes en otras épocas de la vida de formas periódicas o continuadas:** Relacionados con problemas de salud mental que no fueron resueltos o ni siquiera diagnosticados.
- **Abuso de alcohol y otras drogas:** Gente que tiene adicciones antes de ser mayor y también hay casos de personas mayores que han ido desarrollando adicciones a determinados medicamentos o tratamientos.
- **La pobreza:** gente con dificultades y no tienen dinero para contratar determinados servicios o tiene miedo de solicitar ayuda a los SS por miedo a ser institucionalizados.

### 3.5 HERRAMIENTAS

En este apartado vamos a incluir una serie de herramientas que consideramos útiles para trabajar en el ámbito de los malos tratos. Primero nos centraremos en las que son específicas para la detección de malos tratos en personas mayores y nos ayudan a medir el índice de sospecha. Y más adelante en las que consideraremos complementarias, ya que nos ayudaran a medir otros ítems.

- *Herramientas específicas:*

Nombre	Autor (año)	Método	Comentario
<b>Visita Domiciliaria</b>			Es una herramienta muy útil en la detección de la Violencia Intrafamiliar, pero debe realizarse por profesionales comprometidos con el bienestar de los Adultos Mayores, y en la búsqueda de vulneración de los derechos de las personas.
<b>Escala EASI (anexo I)</b>	Corral et al., (2009)	5 ítems con 3 posibles respuestas, y en caso de afirmación se suma una pregunta más a cada ítem.	Mide la sospecha de maltrato de forma rápida y directa. Escala diseñada por INPEA. (Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor)
<b>EDMA (Escala de detección de riesgo de malos tratos domésticos y comportamientos autonegligentes en personas mayores) (anexo II)</b>	Touza et al, (2009)	Dos escalas; una sobre la persona maltratada (33 ítems) y otra sobre quien, supuestamente, ejerce el maltrato (21 ítems). Las dos con 5 posibles respuestas, siendo 1 nada y 5 totalmente.	Para detectar situaciones de riesgo de malos tratos domésticos y/o de comportamientos autonegligentes en personas mayores. Estas escalas se enfocan hacia dos destinatarios: hacia la persona que supuestamente ejerce el maltrato y sobre la persona mayor. Estas, permiten detectar los malos tratos domésticos y autonegligentes y permiten determinar si los ancianos se sitúan en un grupo de riesgo o no así como de autonegligencia. Las EDMAs han sido validadas y los resultados que se obtienen de las mismas coinciden con los de otros instrumentos de detección aunque dan una visión más

			amplia al poder enfocarse tanto al trato inadecuado como al maltrato, en los posibles agresores y en los ancianos (Touza, 2010).
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

- **Herramientas complementarias:**

<b>Nombre</b>	<b>Autor (año)</b>	<b>Método</b>	<b>Comentario</b>
<b>Escala Yesavage (anexo III)</b>	Barba et al., (2009)	Versión reducida de 15 preguntas, con respuesta si-no que puntúan 0-1. Resultado de 0-9	Evaluación afectiva de forma breve y fácil. La víctima ha de tener buen nivel cognitivo.
<b>Escala Gijon (anexo IV)</b>	Barba et al., (2009)	5 áreas con 5 aspectos a valorar por área. Interpretación de 5 puntos a más de 15.	Valora el entorno social de la persona mayor. Necesaria aplicación por profesional del Trabajo Social.

Fuente: Elaboración propia

#### 4. SERVICIOS Y RECURSOS

Una vez explicado todo lo anterior nos queda hacer referencia al siguiente paso, *¿Qué hacer cuando hemos detectado un posible maltrato a una persona mayor?* Dentro de Palma se cuenta con varias organizaciones, servicios y/o recursos a los que podemos aludir cuando hablamos de malos tratos.

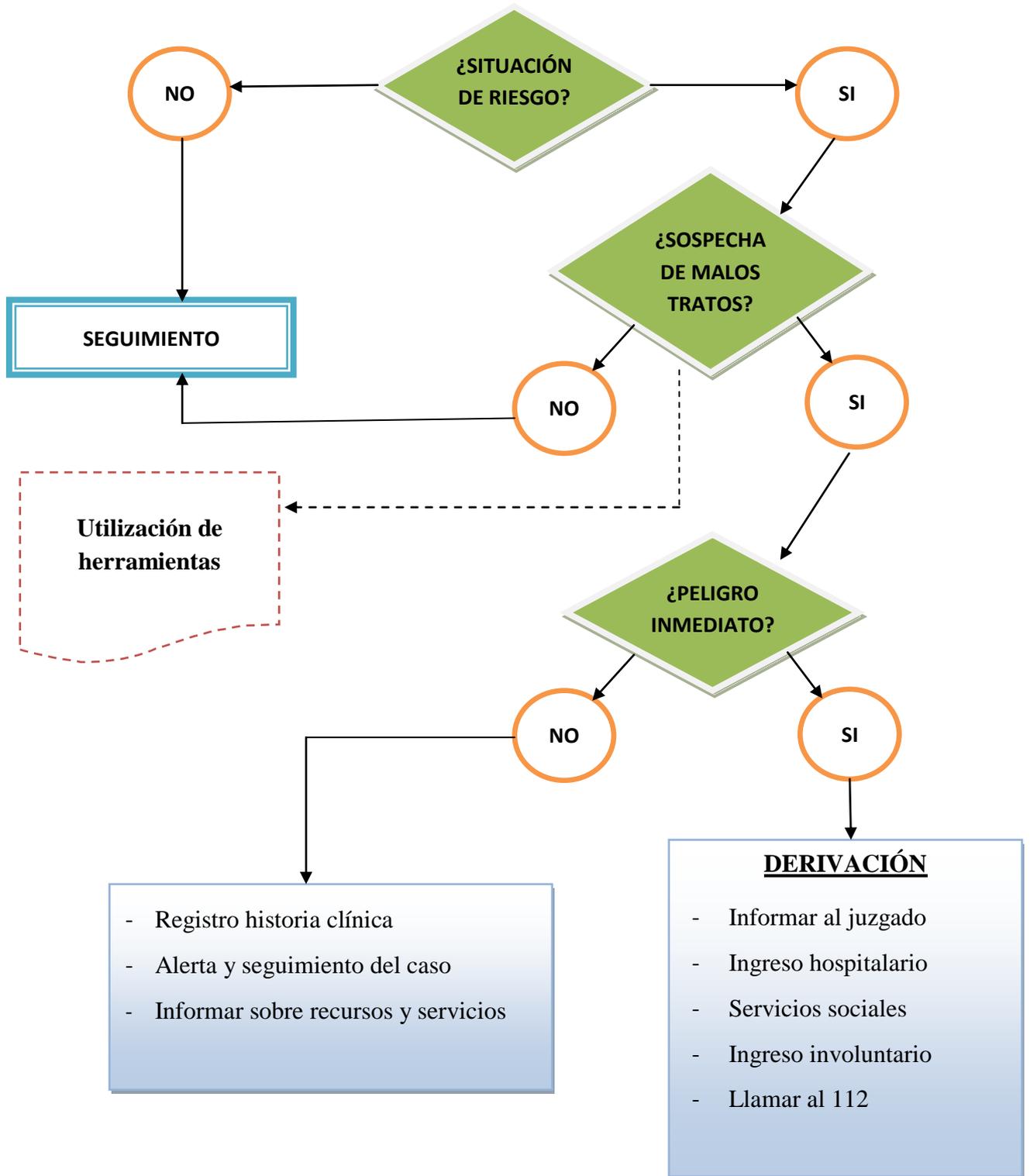
##### TELÉFONOS GENERALES:

- Emergencias 112
- Policía Nacional 091
- Guardia Civil 062

- **DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.**  
Avenida Alemania nº6.  
Tlf: 971 17 70 00 / Fax: 971 17 70 12
- **VALORACIÓN DE PRIORIDAD SOCIAL. PROTECCIÓN AL MAYOR.**  
C/ General Riera, nº 115  
Tlf: 971 76 33 25
- **OFICINA DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS**  
Tlf: 9176565 (ext. 5409 y 6455) / 900 321321 (gratuito)
- **JUZGADOS**  
Via Alemania, nº 5  
Tlf. 971 71 82 24
- **INSTITUT MALLORQUÍ D'AFERS SOCIALS ( IMAS)**  
General Riera, nº 67  
Tlff: 971 76 33 25 (Área de Tercera Edad)
- **CRUZ ROJA**  
Avenida Arquitecte Gaspar Bennasar, nº 73  
Tlf: 971 29 50 00 / 902 22 22 92
- **CARITAS**  
Carrer del Seminari, nº 4  
Tlf: 971 71 01 35 / 914 44 10 00

## 5. FLUXOGRAMA PARA LA DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS EN PERSONAS MAYORES

A continuación presentamos un Fluxograma con los diferentes pasos a realizar para la posible detección de los malos tratos en personas mayores.



## 6. ANÁLISIS ENTREVISTA

Tras realizar la entrevista a una Trabajadora Social de Atención Primaria del Ib-Salut y en años pasados coordinadora de la Unidad de Trabajo Social en Atención Primaria del IB-Salut, puedo decir que he podido comprobar la realidad de la situación desde un punto de vista práctico y cercano a la profesión.

Como bien hemos ido diciendo en apartados anteriores una de las mayores dificultades para ayudar en la detección de los malos tratos en personas mayores es las escasas herramientas con las que cuenta el profesional para ello, sobretodo en lo que a escalas específicas se refiere. Durante la entrevista, la trabajadora social, menciona que *“no se tienen en la práctica diaria escalas que se utilicen por los distintos profesionales en los distintos ámbitos de intervención de cara a la detección”*.

Podemos observar que las herramientas utilizadas son, como indica la profesional la visita domiciliaria *“manejamos como herramienta clave la visita domiciliaria”*, así como habilidades propias del profesional como *“prestar atención ante algún indicio que nos haga sospechar de conductas no adecuadas en la atención a la persona mayor, valorar posibles factores de riesgo, consensuar en equipo tanto con los sanitarios”*.

Es por esto que, en mi opinión, sería interesante que estuvieran más a mano de los profesionales y que a la vez se pudiera ofrecer formación continua a los profesionales para que se conociera en profundidad todos los cambios, herramientas, dificultades... etc.

Otras de las dificultades que destaca la trabajadora social durante la entrevista son *“la falta de protocolos establecidos de detección (...) poca agilidad en los temas legales”*. Estos aspectos, junto con mejorar la coordinación entre servicios, serían elementos a mejorar para que tanto la detección como la notificación de malos tratos a personas mayores se procurara de una forma más eficaz y eficiente.

## 7. BIBLIOGRAFIA

### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:**

- Área de Bienestar Social, Inmigración y Participación Ciudadana (2015). *Observatori Minicipal de Palma*. Palma de Mallorca: Ajuntament de Palma. Recuperado de <http://www.observatoripalma.org/>
- Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología (2013). Instrumentos de detección de señales de alerta de malos tratos físicos y económicos a personas mayores. País Vasco: Departamento de Empleo y Políticas Sociales.
- Barbero, J., Barrio, I., Gutierrez, B., Izal, M., Martinez, A., Moya, A., et al. (2015). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO 2005. (Colección Manuales y guías: Serie Personas Mayores).
- HelpAge Internacional. Recuperado de <http://www.helpage.es>
- Iborra, I. (2009). Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan*, 45, 49-57.
- Izal M, Montorio I, Díaz P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Vol 2. Resolviendo problemas difíciles. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. IMSERSO; 1998.
- National Center on Elder Abuse (2001). *Major Types of Elder Abuse*. Extraído día 10 de Marzo de 2015 desde <http://www.elderabusecenter.org/basic/index.html>.
- OMS, Universidad de Toronto y de Ryerson, INPEA. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37: 332-333.
- Payne, B.K. (2013). Elder physical abuse and failure to report cases: Similarities and differences in case type and the justice system's response. *Crime & Delinquency*, 59, 697-717. doi: 10.1177/0011128708317940

- Pillemer, K. (2005). Factores de riesgo del maltrato de mayores. *Violencia contra las personas mayores* (pp. 69-85). Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Rueda, J. D. y Martínez, F. J. (2011). El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas*, 18, 7-33.
- Rueda, J., Vega, N., Vega, C., Nieto, M., Niño, V., & Arquiaga, R. (2008). El maltrato a las personas mayores: bases teoricas para su estudio. Castilla y León: Universidad de Valladolid.
- Starr, L.A. (2010). Preparing those caring for older adults to report elder abuse. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41, 231-236. doi: 10.3928/00220124-20100423-06
- Touza, C. (2010). Por qué y cuándo se han de utilizar las Escalas de Detección de Riesgo de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos Autonegligentes (EDMA). *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 145-161.
- Touza, C., Segura, M.P., Prado, C., Ballester, L., March, M. (2009). Personas Mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia. Islas Baleares: Piramide.
- Zeranski, L. y Halgin, R.P. (2011). Ethical issues in elder abuse reporting: A professional psychologist's guide. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 294, 300.

# *ANEXOS*

## **ANEXO I. ESCALA EASI.**

**Corral et al., (2009)**

### Pautas de utilización:

Se entenderá que hay sospecha de maltrato cuando la respuesta a los ítems 2, 3, 4 y 5 sea afirmativa en cualquiera de las partes de la pregunta.

En el ítem 1 se entiende que hay sospecha de maltrato si la respuesta es afirmativa en la segunda parte de la pregunta

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

Sí       No       No contesta

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

Sí       No       No contesta

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

Sí       No       No contesta

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

Sí       No       No contesta

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

Sí       No       No contesta

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

Sí       No       No contesta

4. ¿Alguien le ha obligado a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

Sí  No  No contesta

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

Sí  No  No contesta

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

Sí  No  No contesta

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

Sí  No  No contesta

## ANEXO II. ESCALA EDMA.

Touza et al., (2009)

1= Usted está **NADA** de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica no se produce (o nunca se ha producido) en este caso.

2= Usted está **POCO** de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) pocas veces, o con poca intensidad o con poca gravedad.

3= Usted está **BASTANTE** de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) con bastante frecuencia, o con bastante intensidad o con bastante gravedad.

4= Usted está **MUY** de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) con mucha frecuencia, o con mucha intensidad o con mucha gravedad.

5= Usted está **TOTALMENTE** de acuerdo con el contenido del ítem porque esta situación o esta característica se produce (o se ha producido) casi siempre o con una intensidad o gravedad muy elevadas.

<b>EDMA. Escala sobre la persona mayor</b>					
1. Se muestra reacia a recibir ayuda	1	2	3	4	5
2. Tiene unas expectativas irreales sobre su situación	1	2	3	4	5
3. Ha mantenido comportamiento autonegligentes en otras épocas de su vida.	1	2	3	4	5
4. Presenta signos de falta de higiene (ropa sucia, mal olor, aspecto desaliñado...)	1	2	3	4	5
5. Carece de la atención sanitaria que requiere.	1	2	3	4	5
6. Incumple el tratamiento médico prescrito (por inframedicación, sobremedicación o consumo de medicación no prescrita).	1	2	3	4	5
7. Carece de la atención social que requiere	1	2	3	4	5
8. Vive en una casa que presenta problemas de habitabilidad (con barreras arquitectónicas, sin agua corriente, sin aseo, sin ventilación...)	1	2	3	4	5

9. Ha sido ingresada por un probable fallo en el cuidado de su salud o de su seguridad	1	2	3	4	5
10. Carece de personas que le puedan prestar la ayuda que necesita.	1	2	3	4	5
11. Presenta signos de problemas médicos que no han sido tratados a tiempo.	1	2	3	4	5
12. Viste ropa inadecuada para la época del año.	1	2	3	4	5
13. Presenta problemas de salud que pueden deberse a un inadecuado cuidado (malnutrición, deshidratación, hipotermia, infecciones...)	1	2	3	4	5
14. Viven en una casa que reúne condiciones higiénicas.	1	2	3	4	5
15. Carece de las ayudas técnicas necesarias (gafas, prótesis dentales, andador...) o las lleva rotas o en mal estado.	1	2	3	4	5
16. Su alimentación es irregular o incorrecta.	1	2	3	4	5
17. Tiene sentimientos ambivalentes hacia la persona que supuestamente ejerce el maltrato.	1	2	3	4	5
18. Manifiesta estar insatisfecha con su vida.	1	2	3	4	5
19. No parece satisfecha con las relaciones que mantiene con sus familiares, amigos y otros allegados.	1	2	3	4	5
20. Esta triste.	1	2	3	4	5
21. No se atreve a pagar facturas o realizar gastos sin consultarlo.	1	2	3	4	5
22. Manifiesta que le tratan mal (dice que le pegan, amenazan, roban, insultan, la dejan sola...)	1	2	3	4	5
23. Carece de intimidad y privacidad.	1	2	3	4	5
24. Es criticada y tratada con desprecio.	1	2	3	4	5
25. Parece tener miedo ante situaciones cotidianas.	1	2	3	4	5
26. Cambia su forma de comportarse cuando la persona que supuestamente ejerce el maltrato esta delante.	1	2	3	4	5
27. Se muestra ansiosa, tensa o rígida.	1	2	3	4	5
28. Aunque está en condiciones de tomar decisiones, otras personas deciden como debe vivir su vida.	1	2	3	4	5

29. Los contactos que mantiene con sus familiares, vecinos y amigos son menos frecuentes de lo que necesitaría para atender sus necesidades.	1	2	3	4	5
30. Tiene relaciones familiares conflictivas.	1	2	3	4	5
31. Aunque vive con otras personas, pasa mucho tiempo sin que le hablen o le atiendan.	1	2	3	4	5
32. Parece que intenta ocultar o justificar el trato que recibe.	1	2	3	4	5
33. Manifiesta tener miedo a algunas personas cercanas a ella.	1	2	3	4	5

Dimensión	Ítems
Abandono, negligencia y autonegligencia.	4, 13, 14, 7, 16, 5, 11, 6, 12, 15, 8, 10 y 9.
Maltrato domestico sin autonegligencia.	17, 24, 26, 19, 22, 18, 33, 27, 20, 25, 30, 32, 31, 28, 29, 23 y 21.
Específicamente autonegligencia.	1, 2 y 3

EDMA. Escala sobre el supuesto maltratador					
1. Esta la culpa de sus problemas a los demás.	1	2	3	4	5
2. Ha tenido una relación conflictiva con la persona mayor en algún momento de su vida.	1	2	3	4	5
3. Las explicaciones que da sobre la salud o las lesiones de la persona mayor son inverosímiles o contradictorias con las de otras personas.	1	2	3	4	5
4. Parece carecer de las capacidades y conocimientos necesarios para cuidar de la persona mayor.	1	2	3	4	5
5. Parece tener dificultades para resolver las situaciones estresantes o difíciles.	1	2	3	4	5
6. Presenta problemas de conducta (comportamientos disruptivos, agresivos, provoca conflictos...)	1	2	3	4	5
7. Se muestra crítica, suspicaz y/o cautelosa con los profesionales que están en contacto con la persona mayor.	1	2	3	4	5

8. Se muestra reacia a recibir ayuda.	1	2	3	4	5
9. Tiene problemas de salud mental (depresión, obsesión, compulsión, fobias...).	1	2	3	4	5
10. Tiene problemas familiares y/o conyugales.	1	2	3	4	5
11. Existen indicios de que agrede a la persona mayor.	1	2	3	4	5
12. Existen indicios de que amenaza a la persona mayor (con dejar de cuidarla, ingresarla en una residencia, pegarle, hacer daño a otras personas...)	1	2	3	4	5
13. Existen indicios de que insulta a la persona mayor.	1	2	3	4	5
14. Impide que la persona mayor se relacione con otras personas (no le deja salir de casa, llamar por teléfono, recibir visitas...)	1	2	3	4	5
15. Impide que la persona mayor tome decisiones a pesar de estar mentalmente capacitada.	1	2	3	4	5
16. Impone a la persona mayor limitaciones en el uso de su propio dinero cuando esta tiene capacidad para manejarlo.	1	2	3	4	5
17. Muestra una actitud indiferente hacia la persona mayor.	1	2	3	4	5
18. Parece dificultar o impedir que la persona mayor pueda hablar a solas con los profesionales.	1	2	3	4	5
19. Parece que limita y/o controla las actividades de la persona mayor sin que sea necesario.	1	2	3	4	5
20. Percibe el cuidado de la persona mayor como <<una carga>> que no se desea asumir.	1	2	3	4	5
21. Se observan indicios de que fuerza a la persona mayor a actuar en contra de lo que se desea.	1	2	3	4	5

Dimensión	Ítems
Ejercicio de trato inadecuado o maltrato	2, 12, 20, 27, 13, 1, 10, 7 y 11.
Conductas restrictivas	15, 19, 18, 16, 21 y 14.
Falta de capacidad para ofrecer un trato adecuado.	5, 9, 4, 6, 3 y 8.

## **ANEXO III. INDICE YESAVAGE.**

**Barba et al., (2009)**

### **PREGUNTA SI NO**

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

### **RESULTADOS:**

0 – 5 = NORMAL

6 – 9 = PROBABLE DEPRESION

> 9 = DEPRESION ESTABLECIDA

## **ANEXO IV. ESCALA GIJÓN.**

**Barba et al., (2009)**

### **A- Situación Familiar**

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

### **B- Situación económica**

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

*(El cálculo individual de los ingresos, en el caso de matrimonios o parejas, se ambos, más 1/3 del SMI, dividiendo el resultado entre 2)*

### **C- Vivienda**

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

### **D- Relaciones Sociales**

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

### **E- Apoyo a la Red Social**

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

### **PUNTUACIÓN:**

**De 5-9:** Buena – aceptable situación social

**De 10-14:** Existe riesgo social

**Más de 15:** Problema social

## **ANEXO V. ENTREVISTA A UN PROFESIONAL**

- *Después de la lectura de esta propuesta de protocolo, y desde un punto de vista profesional, ¿Cuál es tu opinión acerca de él?*

Interesante y bien elaborado, la dificultad radica en que no se tienen en la práctica diaria escalas que se utilicen por los distintos profesionales en los distintos ámbitos de intervención de cara a la detección. Como opinión, me parece que se puede formar un grupo de trabajo o comisión para valorar la aplicación de escalas ante situaciones que se pueden considerar de riesgo.

- *¿Crees que se ajusta a la realidad profesional? ¿Por qué?*

Si se ajusta a la realidad profesional, ya que en Atención Primaria Salud, la gran mayoría de demandas corresponden al colectivo de tercera edad y/o Dependencia, siendo una realidad cotidiana en nuestro ámbito laboral.

- *¿Cuáles serían las dificultades para aplicarlo?*

La falta de protocolos establecidos de detección, si manejamos como herramienta clave la visita domiciliaria y el seguimiento en el tiempo. Poca agilidad en los temas legales (incapacitación).

- *¿Qué cambiarías o añadirías para mejorarlo?*

Intensificar la coordinación con otros profesionales o servicios que conozcan la situación. Contar con servicios de Urgencia Social como recurso inmediato, tanto en el domicilio como a nivel de centro de Día o Residencia

- *En la actualidad, ¿Qué tipo de herramientas, protocolos, guías... utilizáis para la detección de malos tratos en personas mayores?*

Prestar atención ante algún indicio que nos haga sospechar de conductas no adecuadas en la atención a la persona mayor. Valorar posibles factores de riesgo, consensuar en equipo tanto con los sanitarios, como si hay servicios de atención domiciliaria la estrategia de detección o sospecha.

Presentarnos siempre como un profesional de ayuda, con información, asesoramiento, gestión de recursos, etc.