

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

PROGRAMA DE DOCTORADO

BIOMEDICINA



TESIS CON MENCIÓN INTERNACIONAL

ESTUDIO SOBRE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES
VULNERABLES EN EL ENTORNO FAMILIAR Y COMUNITARIO EN
ESPAÑA (ANDALUCÍA-CÓRDOBA), PORTUGAL (OPORTO,
AZORES) Y BOLIVIA (SANTA CRUZ DE LA SIERRA).
ESTUDIO COMPARATIVO.

JUAN MANUEL CARMONA TORRES

2015

TITULO: *ESTUDIO SOBRE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES VULNERABLES EN EL ENTORNO FAMILIAR Y COMUNITARIO EN ESPAÑA (ANDALUCÍA-CÓRDOBA), PORTUGAL (OPORTO-AZORES) Y BOLIVIA (SANTA CRUZ DE LA SIERRA). ESTUDIO COMPARATIVO.*

AUTOR: *Juan Manuel Carmona Torres*

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2015
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es

TITULO: Estudio sobre el maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario en España (Andalucía–Córdoba), Portugal (Oporto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra). Estudio Comparativo.

AUTOR: Juan Manuel Carmona Torres

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2015
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es

PROGRAMA DE DOCTORADO: BIOMEDICINA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADOS ENFERMEROS



TESIS DOCTORAL CON MENCIÓN INTERNACIONAL

ESTUDIO SOBRE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES
VULNERABLES EN EL ENTORNO FAMILIAR Y COMUNITARIO EN
ESPAÑA (ANDALUCÍA-CÓRDOBA), PORTUGAL (OPORTO,
AZORES) Y BOLIVIA (SANTA CRUZ DE LA SIERRA).
ESTUDIO COMPARATIVO.

ABUSE STUDY ON VULNERABLE ELDERLY IN THE FAMILY
AND COMMUNITY IN SPAIN (ANDALUSIA-CORDOBA),
PORTUGAL (PORTO, AZORES) AND BOLIVIA (SANTA CRUZ DE
LA SIERRA). COMPARATIVE STUDY.

JUAN MANUEL CARMONA TORRES

2015

ESTUDIO SOBRE EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES
VULNERABLES EN EL ENTORNO FAMILIAR Y COMUNITARIO EN
ESPAÑA (ANDALUCÍA-CÓRDOBA), PORTUGAL (OPORTO,
AZORES) Y BOLIVIA (SANTA CRUZ DE LA SIERRA).
ESTUDIO COMPARATIVO.

ABUSE STUDY ON VULNERABLE ELDERLY IN THE FAMILY
AND COMMUNITY IN SPAIN (ANDALUSIA-CORDOBA),
PORTUGAL (PORTO, AZORES) AND BOLIVIA (SANTA CRUZ DE
LA SIERRA). COMPARATIVE STUDY.

Tesis Doctoral presentada en la Universidad de Córdoba
para la obtención del título de Doctor

Directora: Dra. M^a Aurora Rodríguez Borrego

Córdoba, España, 2015



TÍTULO DE LA TESIS: Estudio sobre el maltrato a Personas Mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario en España (Andalucía–Córdoba), Portugal (Oporto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra). Estudio comparativo.

DOCTORANDO/A: Juan Manuel Carmona Torres

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

La influencia del entorno, sea familiar o comunitario, en la salud de la persona es incuestionable, poniendo en algunos casos al individuo en situación de franca vulnerabilidad.

El desarrollo de la tesis que se presenta se ha llevado a cabo a partir de la inmersión en diferentes situaciones y abordajes relacionados con la vulnerabilidad en la persona mayor. Todo ello enunciado a continuación:

A) RELACIONADO CON LA TEMÁTICA DE LA TESIS

Comunicaciones a congresos:

- “Elder abuse situation in South America and the Iberian Peninsula”, presentado en las V Jornada de Jóvenes Investigadores del IMIBIC, celebrado en Córdoba el 6 de Mayo de 2014. Póster
- “El maltrato a las personas mayores en el ámbito comunitario de Santa Cruz de la Sierra”, presentado en el I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento, celebrado en Almería del 3 al 4 de Julio de 2014. Comunicación oral.
- “Situación del maltrato al mayor en el ámbito familiar y comunitario”, presentado en el II Congreso Internacional Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública, celebrado en Santiago de Compostela del 2 al 4 de Septiembre de 2015. Comunicación oral.
- “Perfil de las personas mayores maltratadas en España”, será presentada en el XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, celebrado en Cuenca del 17 al 20 de Noviembre de 2015. Comunicación oral.

Publicaciones en revistas indexadas en JCR:

- Carmona-Torres JM, López-Soto PJ, Coimbra-Roca AI, Gálvez-Rioja RM, Goergen T, Rodríguez-Borrego MA. Elder Abuse in a Developing Area in Bolivia. *Journal of Interpersonal Violence*. 2015; [Published online before print October, 6:] 1-18. DOI: 10.1177/0886260515608803. Factor de Impacto JCR 2014: 1.21 (2º cuartil)

Otras publicaciones:

- Carmona Torres, J.M. Estudio sobre el maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario. Cooperación con Proyecto Hombres Nuevos. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. *La revista UCOOPERACIÓN*. 2015;1:14-15.

Becas y ayudas:

- Beca de 2912,76€ del Programa Propio de Internacionalización-Cooperación de la Universidad de Córdoba 2013 al proyecto “Estudio sobre el maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario. Cooperación con Proyecto Hombres Nuevos”, desarrollado en la Carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno y en el Hospital Virgen de la Milagrosa del Proyecto Hombres Nuevos del 1 de Octubre al 30 Diciembre de 2013.
- Beca del Programa Propio del Instituto Maimónedes de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), al proyecto “Estudio sobre el maltrato a ancianos vulnerables en el ámbito familiar y comunitario”. Desarrollado en la Carrera de Enfermería de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno y en el Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) del 9 de Octubre al 6 Noviembre de 2014.

Estancias:

- Estancia Internacional en la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) del 1 de Octubre al 30 Diciembre de 2013.
- Estancia Internacional en la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno y en el Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) del 9 de Octubre al 6 Noviembre de 2014.

B) PARTICIPACIÓN EN OTROS PROYECTOS REALIZADOS DURANTE EL PERIODO DE ELABORACIÓN DE LA TESIS; SOBRE LA TEMÁTICA DEL MALTRATO EN GENERAL Y OTRAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:**Comunicaciones a congresos:**

- “Mujer, enfermera y callada, una respuesta”, presentado en las 7ª Jornadas de Salud Pública “Salud en todas las políticas”, celebrado virtualmente del 16 al 20 de Diciembre de 2013. Póster.
- “Atención sociosanitaria de mayores de 65 años en el entorno urbano vs rural”, presentado en el III Congreso Internacional Virtual ASANEC de Enfermería Familiar y Comunitaria, celebrado virtualmente del 9 al 24 de Junio de 2014. Comunicación oral.
- “Sundowning syndrome and circadian rhythm: causes of falls in alzheimer’s patients over 65 years”, presentado en el I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento, celebrado en Almería del 3 al 4 de Julio de 2014. Comunicación oral.

- “La visita domiciliaria de la enfermera de atención primaria en personas ancianas”, presentado en el I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento, celebrado en Almería del 3 al 4 de Julio de 2014. Comunicación oral.
- “Perfil de los usuarios de visita domiciliaria en atención primaria”, presentado en el I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento, celebrado en Almería del 3 al 4 de Julio de 2014. Póster.
- “Frailty an falls: old acquaintances”, presentado en el I Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento, celebrado en Almería del 3 al 4 de Julio de 2014. Póster.
- “Prevención o la importancia de registrar las circunstancias y ámbito donde se producen las caídas de las personas mayores”, presentado en el XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, celebrado en Segovia del 16 al 17 de Abril de 2015. Comunicación oral.
- “El género masculino como factor de riesgo de mortalidad en caídas que requieren ingreso hospitalario”, presentado en el XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, celebrado en Segovia del 16 al 17 de Abril de 2015. Comunicación oral.
- “Abuse by intimate partner violence in men's health profession”, presentado en las VI Jornada de Jóvenes Investigadores del IMIBIC, celebrado en Córdoba del 4 al 5 de Mayo de 2015. Póster.
- “24-hour pattern of falls in hospitalized elderly patients in a general hospital of North-Eastern Italy”, presentado en las VI Jornada de Jóvenes Investigadores del IMIBIC, celebrado en Córdoba del 4 al 5 de Mayo de 2015. Póster.
- “Médicas, enfermeras y auxiliares de enfermería sufriendo violencia por compañero íntimo”, presentado en el II Congreso Internacional Ibero Americano de Enfermería, celebrado en Madrid del 20 al 22 de Mayo de 2015. Comunicación oral.
- “La formación de las enfermeras para la atención de víctimas de maltrato”, presentado en el II Congreso Internacional Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública, celebrado en Santiago de Compostela del 2 al 4 de Septiembre de 2015. Póster.
- “Violencia por compañero íntimo en profesionales sanitarios del sistema sanitario público de España”, presentado en el II Congreso Internacional Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública, celebrado en Santiago de Compostela del 2 al 4 de Septiembre de 2015. Comunicación oral.
- “Rhythmicity of in-hospital falls in elderly people: use of chronobiologic analysis”, presentado en el II Congreso Internacional Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública, celebrado en Santiago de Compostela del 2 al 4 de Septiembre de 2015. Comunicación oral.
- “24 hour patterning in falls among community-dwelling elderly”, será presentada en el XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, celebrado en Cuenca del 17 al 20 de Noviembre de 2015. Comunicación oral.
- “Prevalencia de la violencia por compañero íntimo en profesionales sanitarios”, será presentada en el XIX Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados, celebrado en Cuenca del 17 al 20 de Noviembre de 2015. Comunicación oral.

Publicaciones:

- Dios-Guerra C, Carmona-Torres JM, Ruíz-Gándara A, Muñoz-Alonso A, Rodríguez-Borrego MA. Programmed home visits by nursing professionals to older adults: prevention or treatment? *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(3):535-42. DOI: 10.1590/0104-1169.0338.2585. Factor de Impacto JCR 2014: 0.534 (4º cuartil)

Proyectos:

- Investigador en el proyecto “Violencia, perpetrada por la pareja íntima, en profesionales sanitarios de ambos sexos, que trabajan para el sistema público de salud del estado Español” subvencionado por el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad). Acción Estratégica de Salud 2013. Expediente: PI13/01253.
- Participación en otras líneas de investigación relacionadas con el grupo de investigación “GA2. Cuidados enfermeros integrales. Perspectiva multidisciplinar” del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba “IMIBIC”, al que pertenece como Investigador predoctoral desde octubre de 2012 hasta la actualidad.

Por todo lo expuesto la directora de la tesis refrenda que la misma cumple los requisitos formales de calidad y originalidad, mantiene el rigor científico y académico exigible, y viene respaldada por comunicaciones científicas en congresos y publicaciones, por lo que autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 23 de Octubre de 2015

Fdo.: M^a Aurora Rodríguez Borrego

*A mi familia, amigos, tutora y
compañeros*

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis es mérito compartido de todas aquellas personas que me han apoyado y/o ayudado directa o indirectamente desde su inicio en 2012 y que han aportado su grano de arena para poder finalizarla. De todas ellas quisiera hacer mención:

A mis padres, Juan y Carmen, porque sin su ayuda esto no habría sido posible.

A mi hermana M^a del Carmen, por su ayuda y apoyo incondicional

A mi novia, Beatriz, a la que no he podido dedicar todo el tiempo necesario, le agradezco el esfuerzo sobreañadido que le ha supuesto todo este tiempo debido a mi trabajo y, en otras ocasiones, a mi ausencia. Gracias por estar en los buenos y malos momentos y apoyarme incondicionalmente.

A toda mi familia: abuela, primos/as, tíos/as, etc. que me han apoyado y animado siempre y no han dudado de mí para vencer cualquier obstáculo. También quiero mencionar especialmente a mi prima Ana Torres, por su gran ayuda en la traducción de artículos al inglés.

A mis amigos y compañeros enfermeros, que siempre han sabido apoyarme y han estado siempre ahí cuando les he necesitado.

A todos mis compañeros del grupo de investigación del IMIBIC “GA2. Cuidados Enfermeros Integrales. Perspectiva Multidisciplinar” y en especial a Pablo Jesús López, ya que como compañeros de trabajo que somos hemos trabajado duro ayudándonos unos a otros, a la vez que hemos visto crecer el grupo. Espero que sigamos por esta línea y alcancemos grandes retos y logros.

A mi directora de tesis, M^a Aurora Rodríguez Borrego, digna de todo tipo de elogios, a la que yo personalmente admiro por su sabiduría, trabajo, esfuerzo, dedicación e incansable entusiasmo. Es el motor del grupo y líder indiscutible. Ha sabido aconsejarme como una madre y me ha hecho aprender y desarrollarme profesional y personalmente.

A África Ruiz por el asesoramiento prestado en cuanto al cálculo estadístico se refiere.

A los profesionales sanitarios que han facilitado mi trabajo en los distintos centros de Atención Primaria, porque sin su colaboración no hubiera sido posible obtener todos los datos necesarios.

Al Programa Propio de Cooperación-Internacionalización de la Universidad de Córdoba, por su ayuda fundamental en la gran experiencia humana, social y científica que supuso la estancia en Bolivia.

Al personal de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno, el Servicio Departamental de Salud (SEDES) y el Proyecto Hombres Nuevos de Bolivia, por su acogedor recibimiento, apoyo logístico y ayuda en la recogida de datos en Bolivia.

A las profesoras de Portugal en la Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo de la Universidade dos Açores y de la Escuela Superior de Enfermagem do Porto por su trabajo y colaboración en aquellos dos ámbitos del estudio.

Al Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), por la beca concedida que contribuyó a aumentar la calidad de este trabajo y por permitirme formarme en sesiones y jornadas.

A las Universidades de Córdoba y Jaén, por haberme permitido formarme en ellas.

A los organizadores del Máster en Cuidados al Enfermo en Urgencias y Emergencias de la Universidad de Córdoba por introducirme en el área de la investigación y en especial a Marina Gómez, por su ayuda y guía tanto profesional como personal.

A los miembros del Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida de la Universidad de Jaén, por la oportunidad de formarme y los conocimientos adquiridos que han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Al Programa de doctorado en Biomedicina, al que pertenece esta tesis, que ha permitido el desarrollo de la misma desde el esfuerzo y el rigor científico. No solo me ha permitido la realización de la misma, si no la formación tanto académica como profesional.

A todas aquellas personas que formáis parte de mi vida y que habéis ayudado aunque no os nombre.

A todos, MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

Abreviaturas	21
Índice de Tablas	23
Índice de Figuras	27
Presentación de la Tesis	29
Resumen	31
Resumo.....	33
Abstract	35
1. INTRODUCCIÓN	37
1.1. Proceso de Envejecimiento	39
1.1.1. Definición de Persona Mayor	39
1.1.2. Contexto y situación demográfica	39
1.1.2.1. El mundo	39
1.1.2.2. Europa	41
1.1.2.3. España	42
1.1.2.4. Portugal	43
1.1.2.5. Bolivia	43
1.2. Normativa vigente sobre Personas Mayores	45
1.2.1. El mundo	45
1.2.2. Europa	47
1.2.3. España	48
1.2.4. Portugal	50

1.2.5.	Bolivia	51
1.3.	El maltrato hacia las Personas Mayores	52
1.3.1.	Definición	52
1.3.2.	Teorías de causalidad del maltrato	52
1.3.3.	Tipos de maltrato	53
1.3.4.	Factores de riesgo	55
1.3.5.	Instrumentos de detección de malos tratos en Personas Mayores.	56
1.3.6.	Procedimiento a realizar ante un caso de maltrato	63
1.3.7.	Epidemiología	68
1.3.7.1.	El mundo	69
1.3.7.2.	Europa	69
1.3.7.3.	España	71
1.3.7.4.	Portugal	76
1.3.7.5.	Bolivia	78
1.4.	Justificación del problema	78
2.	OBJETIVOS	81
2.1.	Objetivos del estudio	83
2.1.1.	Objetivos generales	83
2.1.2.	Objetivos específicos	83
2.1.3.	Objetivos secundarios	83
3.	MATERIAL Y MÉTODOS	85
3.1.	Diseño de la investigación	87
3.2.	Sujeto de estudio.....	87

3.3.	Ámbito de estudio	87
3.4.	Muestra	87
3.5.	Variables del estudio	88
3.6.	Periodo de recogida de datos	90
3.7.	Instrumentos de recogida de datos	90
3.8.	Procedimiento en la recogida de datos	92
3.9.	Análisis de datos	93
3.9.1.	Análisis descriptivo	93
3.9.2.	Estadística inferencial	93
3.9.3.	Comparación entre países	94
3.9.4.	Asociación multivariante	94
3.10.	Cronograma.....	95
3.11.	Consideraciones éticas	98

4. RESULTADOS 99

4.1.	Resultados de España (Andalucía-Córdoba)	101
4.1.1.	Variables sociodemográficas de las Personas Mayores	101
4.1.2.	Variables sociodemográficas de los Convivientes Familiares	103
4.1.3.	Estado cognitivo, Test de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y APGAR Familiar de las Personas Mayores	105
4.1.4.	Sospecha de Maltrato	106
4.1.5.	Formulario de Evaluación del Trabajo Social	107
4.1.6.	Características sociodemográficas de las Personas Mayores con Sospecha de maltrato	108
4.1.7.	Análisis inferencial	112
4.1.8.	Asociación multivariante	113

4.2.	Resultados de Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	113
4.2.1.	Variables sociodemográficas de las Personas Mayores	113
4.2.2.	Variables sociodemográficas de los Convivientes Familiares	116
4.2.3.	Estado cognitivo, Test de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y APGAR Familiar de las Personas Mayores	117
4.2.4.	Sospecha de Maltrato	118
4.2.5.	Formulario de Evaluación del Trabajo Social	119
4.2.6.	Características sociodemográficas de las Personas Mayores con Sospecha de maltrato	120
4.2.7.	Análisis inferencial	124
4.2.8.	Asociación multivariante	126
4.3.	Resultados de Portugal-Oporto	130
4.3.1.	Variables sociodemográficas de las Personas Mayores	130
4.3.2.	Variables sociodemográficas de los Convivientes Familiares	131
4.3.3.	Estado cognitivo, Test de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y APGAR Familiar de las Personas Mayores	131
4.3.4.	Sospecha de Maltrato	132
4.3.5.	Características sociodemográficas de las Personas Mayores con Sospecha de maltrato	133
4.3.6.	Análisis inferencial	134
4.3.7.	Asociación multivariante	134
4.4.	Resultados de Portugal-Islas Azores	138
4.4.1.	Variables sociodemográficas de las Personas Mayores	138
4.4.2.	Variables sociodemográficas de los Convivientes Familiares	140
4.4.3.	Estado cognitivo, Test de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y APGAR Familiar de las Personas Mayores	140
4.4.4.	Sospecha de Maltrato	141
4.4.5.	Formulario de Evaluación del Trabajo Social	143

4.4.6.	Características sociodemográficas de las Personas Mayores con Sospecha de maltrato	143
4.4.7.	Análisis inferencial	146
4.4.8.	Asociación multivariante	146
4.5.	Análisis comparativo entre los cuatro ámbitos: España (Andalucía-Córdoba), Portugal (Oporto-Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) .	151
4.6.	Elder Abuse Suspicion Index (EASI) frente al Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS)	156
5.	DISCUSIÓN	159
5.1.	Características sociodemográficas	161
5.2.	Identificación de maltratados	162
5.3.	Perfil de la Persona Mayor maltratada	165
5.4.	Perfil del perpetrador del maltrato	166
5.5.	Consecuencias del maltrato en la salud de las personas mayores	167
5.6.	Dificultades en la detección del maltrato	168
5.7.	Limitaciones del estudio	171
6.	CONCLUSIONES	173
6.1.	Implicaciones para la práctica y recomendaciones	176
7.	CONCLUSÕES	177
7.1.	Implicações para a prática e recomendações	180
8.	CONCLUSIONS	181
8.1.	Implications for practice and recommendation.....	184
9.	BIBLIOGRAFÍA	185
10.	ANEXOS	199
	Anexo I: Mini-Examen Cognitivo (MEC) de Lobo et al. (2002)	201
	Anexo II: Índice de Barthel de Mahoney y Barthel (1965)	204
	Anexo III: APGAR Familiar de Smilkstein G. (1978)	207

Anexo IV: Índice de Sospecha de maltrato hacia las Personas Mayores “EASI” de Pérez-Rojo (2010)	208
Anexo V: Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS) de Yaffe et al. (en IMSERSO, 2007)	213
Anexo VI: Cuestionario Único (Compilación de Instrumentos). Elaboración Propia.....	229
Anexo VII: Permiso favorable del Gerente del Distrito Córdoba-Guadalquivir.....	243
Anexo VIII: Permiso favorable del Gerente de la Red Metropolitana Norte y la Responsable del Seguro Departamental de Salud (SEDES)	244
Anexo IX: Informe favorable del Comité de Ética	245
Anexo X: Hoja de Información y Consentimiento Informado	246

ABREVIATURAS:

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AMA	American Medical Association
APAV	Asociación Portuguesa de Apoyo a las Víctimas
APGAR	Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve. Estas siglas hacen referencia al Test para valorar la funcionabilidad familiar
Art	Artículo
BASE	Brief Abuse Screen for the Elderly
CI	Consentimiento informado
CPEABS	Caregivers Psychological Elder Abuse Behaviour Scale
DE	Desviación Estándar (también llamada Desviación Típica)
EAI	Elder Assessment Instrument
EASI	Elder Abuse Suspicion Index
E-IOA	Indicators of Abuse expanded
EPAM	Encuesta a Hogares con Personas Adultas Mayores
EPAS	Elder Psychological Abuse Scale
EEUU	Estados Unidos de América
Et al.	Y otros
Etc.	Etcétera
FETS	Formulario de Evaluación de Trabajo Social
FITE	Federación de Instituciones de la Tercera Edad
F.PROFESIONAL	Formación Profesional
GPC	Guía de Práctica Clínica
H-S/EAST	Hwalek-Sengstock/Elder Abuse Screening Test
IC	Intervalo de confianza
IMERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
IOA	Indicators of Abuse Screen
JCR	Journal Citation Report
Ji²	Chi-cuadrado
Max	Máximo

MEC	Mini-Estado Cognitivo
Min	Mínimo
MT	Malos tratos
N°	Número
OAPAM	Older Adult Psychological Abuse Measure
OAFEM	The Older Adult Financial Exploitation Measure
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
OR	Odds Ratio
PASW	Predictive Analytics SoftWare [Programa de análisis estadístico avanzado]
PM	Persona Mayor
RLM	Regresión Logística Múltiple
SAD	Servicio de Apoyo Domiciliario
SLIM	Servicios Legales Integrales Municipales
SPMSQ	Short Portable Mental Status Questionnaire
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SSPAM	Seguro de Salud para el Adulto Mayor
STRP	Screening Tools and Referral Protocol
UE	Unión Europea
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities [Fondo de Población de las Naciones Unidas]
US	United States [Estados Unidos de América]
VASS	Vulnerability to Abuse Screening Scale

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Derechos de las Personas Mayores en Instrumentos Internacionales de la ONU ...	46
Tabla 2: Tipos de maltrato a personas mayores, posibles manifestaciones y posibles indicadores	54
Tabla 3: Factores de riesgo de las personas mayores víctimas de maltrato	55
Tabla 4: Factores de riesgo para ser maltratador de personas mayores	56
Tabla 5: Signos y síntomas de posible maltrato físico o negligencia	64
Tabla 6: Enfermedades y condiciones que imitan el maltrato en las personas mayores	65
Tabla 7: Barreras que dificultan la detección de los malos tratos a las personas mayores ...	67
Tabla 8: Variables sociodemográficas cualitativas de la Persona Mayor España (Andalucía-Córdoba)	102
Tabla 9: Variables sociodemográficas cuantitativas de la Persona Mayor España (Andalucía-Córdoba)	103
Tabla 10: Variables sociodemográficas cualitativas de los convivientes familiares España (Andalucía-Córdoba)	104
Tabla 11: Variables sociodemográficas cuantitativas de los convivientes familiares España (Andalucía-Córdoba)	104
Tabla 12: Puntuación del examen cognitivo MEC de la Persona Mayor España (Andalucía-Córdoba)	105
Tabla 13: Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria España (Andalucía-Córdoba)	105
Tabla 14: Test de APGAR Familiar España (Andalucía-Córdoba)	106
Tabla 15: Características sociodemográficas, dependencia para las ABVD y APGAR familiar de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato España (Andalucía-Córdoba)	109
Tabla 16: Características sociodemográficas de los convivientes familiares de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato España (Andalucía-Córdoba)	111
Tabla 17: Sexo de las PM España (Andalucía-Córdoba)	112
Tabla 18: Estado civil de las PM España (Andalucía-Córdoba)	112

Tabla 19: Puntuación MEC y puntuación APGAR Familiar de las PM España (Andalucía-Córdoba)	113
Tabla 20: Variables sociodemográficas cualitativas de la Persona Mayor Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	114
Tabla 21: Variables sociodemográficas cuantitativas de la Persona Mayor Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	115
Tabla 22: Variables sociodemográficas cualitativas de los convivientes familiares Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	116
Tabla 23: Variables sociodemográficas cuantitativas de los convivientes familiares Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	117
Tabla 24: Puntuación del examen cognitivo MEC de la Persona Mayor Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	117
Tabla 25: Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	117
Tabla 26: Test de APGAR Familiar Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	118
Tabla 27: Características sociodemográficas, dependencia para las ABVD y APGAR familiar de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	121
Tabla 28: Características sociodemográficas de los convivientes familiares de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato (Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	123
Tabla 29: Estudios de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	124
Tabla 30: Estado civil de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	124
Tabla 31: APGAR Familiar de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	125
Tabla 32: Dependencia para las ABVD de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	125
Tabla 33: Estado de salud de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	125
Tabla 34: Puntuaciones del test ABVD y APGAR Familiar de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	126
Tabla 35: Variables de la ecuación Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	127
Tabla 36: Resumen del modelo Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	128
Tabla 37: Tabla de clasificación Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	128
Tabla 38: Área bajo la curva Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	129

Tabla 39: Variables sociodemográficas cualitativas de la Persona Mayor Portugal-Oporto	130
Tabla 40: Variables sociodemográficas cuantitativas de la Persona Mayor Portugal-Oporto	131
Tabla 41: Variables sociodemográficas cuantitativas de los convivientes familiares Portugal-Oporto	131
Tabla 42: Test de APGAR Familiar Portugal-Oporto	132
Tabla 43: Características sociodemográficas y APGAR familiar de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato Portugal-Oporto	133
Tabla 44: Estado civil de las PM Portugal-Oporto	134
Tabla 45: Variables de la ecuación Portugal-Oporto	135
Tabla 46: Resumen del modelo Portugal-Oporto	136
Tabla 47: Tabla de clasificación Portugal-Oporto	136
Tabla 48: Área bajo la curva Portugal-Oporto	137
Tabla 49: Variables sociodemográficas cualitativas de la Persona Mayor Portugal-Azores	138
Tabla 50: Variables sociodemográficas cuantitativas de la Persona Mayor Portugal-Azores	140
Tabla 51: Puntuación del examen cognitivo MEC de la Persona Mayor Portugal-Azores	140
Tabla 52: Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria Portugal-Azores	141
Tabla 53: Test de APGAR Familiar Portugal-Azores	141
Tabla 54: Características sociodemográficas, dependencia para las ABVD y APGAR familiar de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato Portugal-Azores	144
Tabla 55: Puntuación ABVD de las PM Portugal-Azores	146
Tabla 56: APGAR Familiar de las PM Portugal-Azores	146
Tabla 57: Variables de la ecuación Portugal-Azores	148
Tabla 58: Resumen del modelo Portugal-Azores	149
Tabla 59: Tabla de clasificación Portugal-Azores	149
Tabla 60: Área bajo la curva Portugal-Azores	150
Tabla 61: Prevalencia de sospecha de maltrato por ámbitos	151

Tabla 62: Nivel de estudios de las PM en los diferentes ámbitos.....	151
Tabla 63: Actividad laboral de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos	152
Tabla 64: Ingresos económicos de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos	152
Tabla 65: Renta mínima oficial de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos	152
Tabla 66: Tener hijos las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos.....	153
Tabla 67: Forma de Convivencia de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos	153
Tabla 68: Dependencia para las ABVD de las PM con maltrato en los diferentes ámbitos..	154
Tabla 69: APGAR Familiar de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos	154
Tabla 70: Variables de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos.....	154

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Proporción de la población de 60 años o más por región en 2014, 2030 y 2050.....	40
Figura 2: Población de 65 años y más en la Unión Europea.....	41
Figura 3: Evolución de la población mayor, 1900-2049.....	42
Figura 4: Crecimiento de la población de Bolivia 1950-2010.....	44
Figura 5: Curva COR Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	129
Figura 6: Curva COR Portugal-Oporto.....	137
Figura 7: Curva COR Portugal-Azores.....	150

PRESENTACIÓN DE LA TESIS

El maltrato hacia las personas mayores es un fenómeno más reciente que otros tipos de maltrato como puede ser el dirigido hacia la mujer o los niños. Desde la Organización de Naciones Unidas (2012) en su informe “Envejecimiento del Siglo XXI: una celebración y un desafío” nos informa de los grandes retos a los que se presenta la población anciana en los próximos años, ya que se prevé que para el 2050 una de cada cinco personas tenga más de 60 años de edad. También advierte de la situación de maltrato que viven algunas personas mayores y promueve a que se investigue este fenómeno, ya que según el “*Informe Europeo de Prevención del Abuso en el Anciano*”, al menos 4 millones de personas mayores sufren maltrato al año en Europa.

Debido a que ha aumentado la esperanza de vida en las sociedades en general, cada vez son más las personas mayores que se ocupan de los nietos y ayudan a las familias en sus tareas domésticas. Además de viajar y realizar actividades que no habían podido realizar anteriormente debido al trabajo diario. Sin embargo no todas las personas mayores gozan de una jubilación digna y disfrutan de sus hijos y nietos. A veces se encuentran personas mayores que no reciben el trato adecuado por parte de la sociedad o de las familias: discriminación respecto a la edad y/o género, falta de respeto, insultos, golpes, robos, etc.

Los profesionales de la salud, bien directa o indirectamente, van recibiendo información sobre situaciones relacionadas con el trato a personas mayores. Estos profesionales suelen ser el primer contacto de las personas maltratadas. Si a esto se une que las personas maltratadas no reconocen el problema bien por miedo a represalias, vergüenza, miedo al abandono, etc. hace que este problema se encuentre oculto en la sociedad y pase desapercibido. Sin embargo, estos malos tratos tienen repercusión en los servicios sanitarios debido a que aumentan la frecuentación y hospitalizaciones y pueden ser causa de mortalidad prematura.

Todo lo expuesto anteriormente invita a preguntarse ¿hay ancianos maltratados en nuestra ciudad? ¿ese tipo de maltrato es el mismo en todo el mundo o existen diferencias? ¿qué signos y síntomas presentan estas personas?

Las preguntas condujeron a un estudio multipaís para comparar las diferencias.

Los capítulos que conforman esta tesis son los siguientes:

1. INTRODUCCIÓN:

La introducción a este trabajo de investigación se estructura a su vez en tres grandes bloques:

1.1. Proceso de envejecimiento

En este apartado se pretende resaltar los cambios en la demografía poblacional y cómo ha aumentado la esperanza de vida y las previsiones para los próximos años. Así como las diferencias en las pirámides poblacionales de los diferentes países.

1.2. Normativa vigente sobre personas mayores

En este apartado se trata de describir las leyes que protegen a este colectivo y describir las más importantes en los diferentes ámbitos de estudio.

1.3. El maltrato hacia las personas mayores

En este apartado se describe el marco teórico, los diferentes tipos de maltrato que existen, así como las teorías de causalidad del maltrato. También se hace una amplia descripción de todos los instrumentos existentes hasta el momento para detectar el maltrato y se describen los estudios más importantes realizados en el mundo.

2. OBJETIVOS

En este capítulo se describen los objetivos generales, así como los objetivos específicos y secundarios.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

En este capítulo se detalla la metodología empleada en el estudio, así como las diferentes herramientas utilizadas y cálculos estadísticos realizados. También se describe en el apartado “procedimiento” todos los pasos realizados en la realización del estudio.

4. RESULTADOS

En el capítulo de resultados, éstos se muestran de forma estructurada según los diferentes países descritos. Así mismo dentro de cada país se describen ordenadamente en función de las variables utilizadas.

5. DISCUSIÓN

En este capítulo se discuten los resultados obtenidos, comparándolos con otros estudios y explicando sus limitaciones.

6. CONCLUSIONES

Se detallan las principales conclusiones generales del estudio así como las referentes a los objetivos específicos marcados. Se incluye un breve apartado sobre las implicaciones que los resultados de este estudio puedan tener sobre la práctica clínica.

7. BIBLIOGRAFÍA

Para las referencias bibliográficas se ha seguido el estilo de Vancouver.

8. ANEXOS

Se adjuntan los anexos del presente trabajo.

RESUMEN:

Objetivos:

- Dimensionar la situación de maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario en las siguientes regiones: España (Andalucía-Córdoba), Portugal (Oporto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra).
- Estimar la existencia de maltrato a personas mayores vulnerables en los entornos referidos a través de tasas de prevalencia referidas al periodo de estudio.

Además tiene otros objetivos específicos como son: Identificar expresiones de maltrato, identificar signos/síntomas de maltrato, establecer manifestaciones comunes de maltrato, identificar factores de riesgo de maltrato, identificar intervenciones ante el maltrato, definir el Perfil del anciano maltratado según entornos estudiados y definir el Perfil General del anciano maltratado en los tres países estudiados.

Metodología:

Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal

Sujetos y ámbitos de estudio: población mayor de 65 años (en el caso de Bolivia mayor de 60 años), hombres y mujeres, pertenecientes a las áreas de influencia de los Centros de Salud de referencia en el Sistema de Salud de España (Andalucía-Córdoba), Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) y Portugal (Oporto, Azores). En España, participaron 188 Personas Mayores; en Bolivia 210; en Oporto 1354; y en Azores 212.

Instrumentos: como instrumentos se utilizaron las historias clínicas de los usuarios de los centros de salud de referencia, el Mini-Examen Cognitivo (MEC) de Lobo et al. (2002), el test de autonomía para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de Barthel y Mahoney (1965), el Test de APGAR Familiar de Smilkstein (1978), el Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores (EASI) de Pérez-Rojo et al. (2010) y el Formulario de Evaluación de Trabajo Social de Yaffe et al. (2007).

Análisis de datos: el análisis estadístico de los datos se realizó con el programa PASW Statistic 18 (antes SPSS). Para la comparación entre grupos se emplearon los estadísticos Ji-cuadrado, estadístico exacto de Fisher y t-Student o U de Mann-Whitney. Las variables cualitativas se expresan en número y porcentaje mientras que las cuantitativas en medias y desviación típica. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para identificar los posibles factores asociados al maltrato.

Resultados:

En el ámbito español se identificó sospecha de maltrato en el 6,9% de las personas mayores que participaron en el estudio, siendo el más frecuente el maltrato psicológico (69,2% de los casos de maltrato). En el 75% de los casos los hijos eran los causantes del maltrato.

En el ámbito boliviano apareció sospecha de maltrato en el 39% de las personas mayores que participaron en el estudio, siendo más común el maltrato psicológico (82,9% de los casos de maltrato), seguido de negligencia (54,9% de los casos de maltrato). En el 66,7% de los casos de maltrato, fueron los hijos los desencadenantes del mismo.

En Oporto se identificó sospecha de maltrato en el 4,4% de las personas mayores que participaron en el estudio.

En Azores, se reflejó sospecha de maltrato en el 24,5% de las personas mayores que participaron en el estudio, siendo el más frecuente el maltrato psicológico (46,66% de los casos de maltrato). En el 43,45% de los casos de maltrato los hijos resultaban ser los desencadenantes del mismo.

Conclusión:

Se ha dimensionado el maltrato a las personas mayores en España (Andalucía-Córdoba), Portugal (Oporto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra). Se observa que aunque la prevalencia de maltrato a las personas mayores en el ámbito familiar y comunitario difiere en los ámbitos estudiados, está presente en todos y los datos son comparables a otros países en vías de desarrollo y países europeos. Por otra parte, se observa que el perfil de la persona mayor maltratada parece ser similar en todos los países.

RESUMO:

Objetivos:

- Dimensionamento da situação de abuso em idosos vulneráveis na família e na comunidade nas seguintes regiões: Espanha (Andaluzia-Cordoba), Portugal (Porto, Açores) e Bolívia (Santa Cruz de la Sierra).
- Estimar a existência de abuso em idosos vulneráveis em contextos referidos através de taxas de prevalência referidas ao período de estudos.

O estudo também tem outros objetivos específicos, tais como: Identificar expressões de abuso, identificar sinais / sintomas de abuso, estabelecer manifestações comuns de abuso, identificar fatores de risco para o abuso, identificar intervenções contra o abuso, definir o perfil dos idosos abusados dependendo dos ambientes estudados e definir o Perfil Geral dos idosos abusados nos três países estudados.

Metodologia:

Desenho: estudo descritivo transversal

População e áreas de estudo: população com mais de 65 anos (no caso da Bolívia mais de 60 anos), homens e mulheres, pertencentes às áreas de influência dos centros de saúde de referência no Sistema de Saúde (Andaluzia Espanha-Córdoba), Bolívia (Santa Cruz de la Sierra) e Portugal (Porto, Açores). Participaram respetivamente: em Espanha 188, na Bolívia 210, no Porto 1354, e nos Açores 212.

Instrumentos: como instrumentos de colheita de dados foram utilizados os prontuários dos utilizadores dos centros de saúde de referência, foi utilizado o teste cognitivo Mini (MEC) Wolf et al. (2002), o teste de independência para atividades básicas de vida diária (AVD) Barthel e Mahoney (1965), o teste de Apgar família de Smilkstein (1978), o índice de suspeita de abuso ao Idoso (EASI) Perez-Rojo et al. (2010) e Formulário de Avaliação da Assistência Social Yaffe et al. (2007).

A análise dos dados: a análise estatística dos dados foi realizada utilizando o programa PASW Statisc 18 (ex-SPSS). Para comparação entre os grupos, as estatísticas utilizadas foram qui-quadrado, o teste exato de Fisher e t de Student o U Mann-Whitney. As variáveis qualitativas foram expressas com número e percentagem e as variáveis contínuas como médias e desvios-padrão. Regressão logística multivariada foi realizada para identificar fatores associados com o abuso.

Resultados:

No âmbito Espanhol a suspeita de abuso foi identificado em 6,9% dos idosos que participaram no estudo, o abuso psicológico mais frequente (69,2% dos casos de abuso). Em 75% dos casos, as crianças eram a causa de abuso.

Na área boliviana a suspeita de abuso apareceu em 39% dos idosos que participaram no estudo, sendo o abuso psicológico o mais comum (82,9% dos casos de abuso), seguido pela negligência (54,9% dos casos de abuso). Em 66,7% dos casos de abuso, os filhos dos mesmos foram os causadores.

No Porto a suspeita de abuso foi identificado em 4,4% dos idosos que participaram no estudo.

Nas Açores, a suspeita de abuso foi refletido no 24,5% dos idosos que participaram do estudo, o abuso psicológico foi o mais freqüente (46,66% dos casos de abuso). Em 43,45% dos casos os fillos foram os causas.

Conclusão:

Maus tratos dimensionado de pessoas idosas em Espanha (Andaluzia-Cordoba), Portugal (Porto, Açores) e Bolívia (Santa Cruz de la Sierra). Note-se que embora a prevalência de abuso de idosos na família e na comunidade seja diferente nas áreas estudadas, e esteja presente em todos os dados são comparáveis com outros países em desenvolvimento e países europeus. Além disso, verifica-se que o perfil da pessoa idosa vítima parece ser semelhante em todos os países.

ABSTRACT:

Objectives:

- To seize the situation of abuse of vulnerable elder people in their family and community settings in the following regions: Spain (Andalusia-Cordoba), Portugal (Porto, Azores) and Bolivia (Santa Cruz de la Sierra).
- To estimate the existence of abuse of vulnerable elder people in the aforementioned environments through the prevalence rates in the period of study.

Likewise this study has other specific objectives such as: the identification of expressions of abuse, the identification of signs/symptoms of abuse, the formulation of common manifestations of abuse, the determination of risk factors for abuse, the recognition of interventions against abuse, the definition of the profile of abused elderly according to the studied environments, and the definition of the Profile General of abused elderly in the three studied countries.

Methodology:

Design: cross-sectional descriptive study.

Subjects and field of study: population over 65 years (in the case of Bolivia over 60 years), men and women living in the areas of influence of the health centers of reference in the Health System of Spain (Andalusia Cordoba), Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) and Portugal (Porto, Azores). In Spain, 188 older people participated; in Bolivia 210; in Porto 1354 and in Azores 212.

Instruments: the instruments used were: the subjects' medical records from the respective medical centres, Mini-Mental State Examination (MMST) of Lobo et al. (2002), Autonomy Test of Activities of Daily Living of Mahoney and Barthel (1965), Family APGAR Test of Smilkstein (1978), the Elder Abuse Suspicion Index "EASI" of Pérez-Rojo et al. (2010) and The Evaluation Form of Social Work of Yaffe et al. (2007).

Data analysis: A statistical analysis of data was performed using SPSS Statistic 18 (before SPSS) program. In order to compare between groups, the Chi-square statistics, Fisher exact test and t-Student or Mann-Whitney were used. The qualitative variables are expressed in numbers and percentages and the continuous variables in means and standard deviation. Multivariable logistic regression was performed to identify factors associated with abuse.

Results:

In the Spanish region, suspected abuse was identified in 6.9% of the elderly who participated in the study, being psychological abuse the most frequent (69.2% of cases of abuse). In 75% of the cases the elders' children were identified as the abusers.

In the Bolivian region, suspected abuse was identified in 39% of the elderly who participated in the study, physical psychological abuse being most common (82.9% of cases of

cases), followed by neglect (54.9% of cases of abuse). In 66.7% of cases of abuse, the elders' children were identified as abusers.

In the Porto region, suspected abuse was identified in 4.4% of elderly the participants of the study.

In the Azores region, suspected abuse was identified in 24.5% of the elder people who participated in the study, being psychological abuse the most frequent (46.66% of cases of abuse). In 43.45% of abuse cases, the elders' children were identified as the abusers.

Conclusion:

Elder abuse in Spain (Andalucía-Córdoba), Portugal (Oporto-Azores) and Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) has been dimensioned. Although the prevalence of abuse to the elderly in their family and community settings differs in the areas studied, it is present in all countries. The data obtained are comparable to other data of developing and European countries. On the other hand, the profile of the abused elderly seems to be similar in all countries.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

1.1.1. Definición de Persona Mayor

De forma genérica, se llama “persona mayor” a una persona que está más envejecida que otra con la que se trata de comparar. Como categoría demográfica se suele referir a las personas que tienen 65 o más años, si bien este umbral es arbitrario (1). Desde un punto de vista conceptual, Naciones Unidas se refiere a las personas mayores (PM) como personas de edad y el umbral a partir del cual considera a una PM son los 60 años (2). Esto ha conducido al equívoco de reducir las cuestiones de envejecimiento casi de modo exclusivo a las relativas de las personas mayores (1).

El envejecimiento debería ser contemplado como un proceso que afecta a todas las personas, que requiere modulaciones sociales y respuestas adaptadas. Se entiende por envejecimiento activo al producto del proceso de adaptación continua que ocurre a lo largo de la vida a través del cual se logra un óptimo desarrollo físico (incluyendo la salud), psicológico (óptimo funcionamiento cognitivo y autorregulación emocional) y social de la persona a medida que envejece (1). La promoción del envejecimiento activo supone prevenir la enfermedad y la discapacidad y mejorar el bienestar y la calidad de vida conforme se envejece.

1.1.2. Contexto y situación demográfica

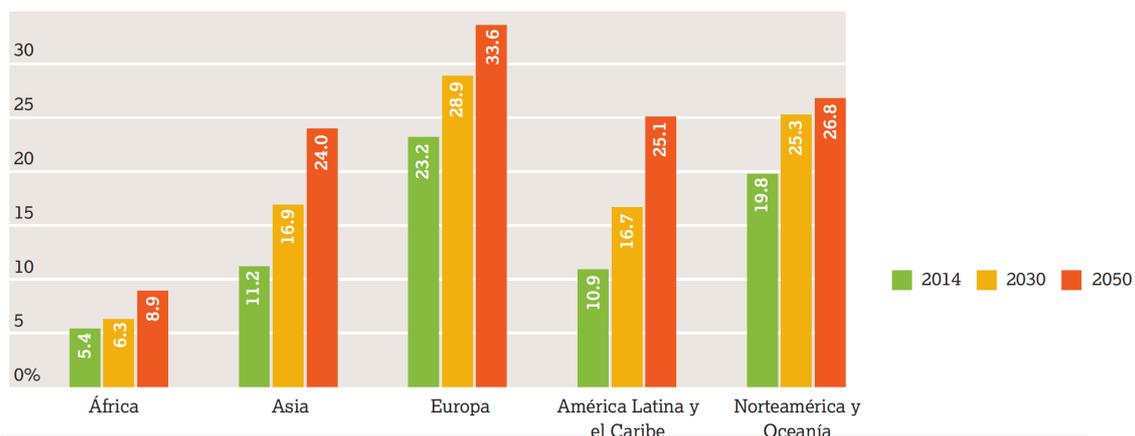
Algunos datos sobre el envejecimiento y la situación demográfica en los diferentes contextos estudiados son:

1.1.2.1. El mundo:

La situación demográfica está cambiando en todo el mundo en general. Hasta el siglo XX la población mundial era predominantemente “joven” ya que las personas de más de 60 años constituían menos del 5% de la población mundial. Pero esto ha cambiado y el envejecimiento es un hecho que está sucediendo a escala mundial (Figura 1). Se estima que la proporción de personas de 60 años y más en el mundo se incrementará a cerca del 21% en 2050 y que la población de más de 80 años incrementará al 4% de la población mundial en el año 2050, suponiendo las mujeres el 62% de las personas de 80 y más años. Se estima que 33 países tendrán, cada uno, más de 10 millones de personas mayores de 60 años, y tres (China, India y EEUU) tendrán más de 100 millones cada uno. La mayor parte de los países africanos aún se clasifican en las posiciones más bajas respecto al envejecimiento, con poblaciones predominantemente jóvenes. En estos países el tema del envejecimiento rara vez ocupa un nivel de importancia en la agenda política nacional. En el lado opuesto, se encuentran los países de Europa occidental, Norteamérica y Australia que se encuentran en la cima con mayor proporción de personas mayores en la población. Entre las causas que han contribuido a este cambio poblacional se encuentran los avances en los servicios de atención en salud y educación, que junto al rápido desarrollo económico, han dado lugar a un precipitado descenso tanto en las tasas de mortalidad infantil como en las de fertilidad. Estos descensos en las tasas de fertilidad han contribuido al “engrosamiento de la población adulta y mayor” en los países con ingresos altos y en algunos de ingresos medios (particularmente Europa y Asia Central). En contraste, en

la mayor parte de los países de ingresos bajos y medios se está experimentando un “engrosamiento de la juventud” debido a que las tasas de fertilidad permanecen altas . Estos cambios, junto con el hecho de que en muchas partes del mundo las personas viven más a edades más avanzadas, han dado lugar a un alto incremento en los números y proporciones de personas mayores, tendencia que continúa en ascenso (3).

Figura 1: Proporción de la población de 60 años o más por región en 2014, 2030 y 2050.



Fuente: HelpAge Internacional (2014) (3)

En el periodo de 2010-2015, la esperanza de vida media a nivel mundial es de 78 años en los países desarrollados y de 68 años en las regiones en desarrollo. Para el periodo de 2045-2050, se prevé que la esperanza de vida sea de 83 años en las regiones desarrolladas y 74 años en las regiones en desarrollo (4).

Aunque ha aumentado la esperanza de vida en la mayoría de los países del mundo, solo la mitad de la población del mundo puede esperar recibir una pensión básica en la vejez, aunque bien es cierto que en las últimas dos décadas se han establecido en más de 100 países una nuevas pensiones financiadas con impuestos públicos, llamadas “pensiones sociales o no contributivas”, con el propósito de crear ingresos básicos y estables para los adultos mayores más pobres. Esto ha marcado un cambio de prioridad en las políticas sobre el sistema de pensiones (3).

A escala mundial, solamente una tercera parte de los países (con un 28% de la población mundial) cuenta con planes integrales de protección social que cubran todos los aspectos de la seguridad social (4).

Por último, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y Help Age Internacional, en el informe del Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío (2012) (4) destaca que la disminución de las tasas de fecundidad y el aumento de la supervivencia hasta edades más avanzadas son las causas del envejecimiento de la población; la esperanza de vida al nacer aumentó sustancialmente en todo el mundo. En 1950, había en todo el mundo 205 millones de personas de 60 o más años de edad. Hacia 2012, la cantidad de personas de edad llegó a casi 810 millones. Según las proyecciones, ha de llegar a 1.000

millones dentro de menos de diez años y ha de duplicarse hacia 2050, cuando llegaría a 2.000 millones.

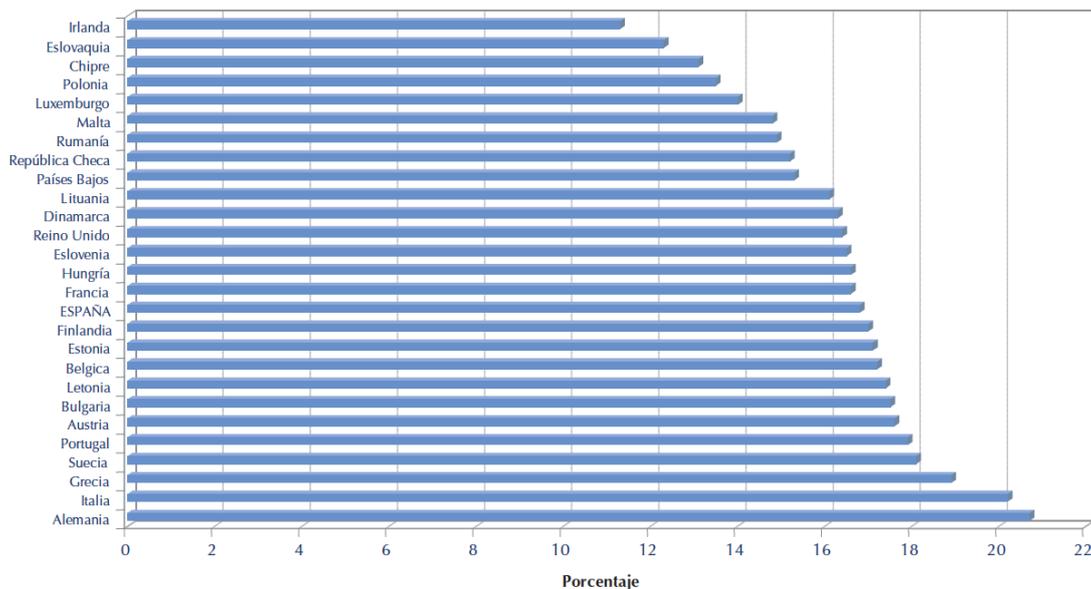
1.1.2.2. Europa:

El desafío del Envejecimiento en Europa está presente como se refleja en el informe de la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en 2002, elaborado por las Naciones Unidas (ONU), "... en 2050, el número de personas mayores en todo el mundo alcanzará el número de jóvenes, por primera vez en la historia humana; en 1950, las personas mayores representaron el 8% de la población; en 2000, representaron el 10%; de acuerdo con las proyecciones para el año 2050, debe corresponder al 21%" (5).

Por lo tanto, se prevé que en 2050 el número de personas mayores de 65 años en la Unión Europea (UE) aumente un 70% y el número de personas mayores de 80 se incremente en un 170%. Como resultado de estas tendencias demográficas en la Unión Europea, en 2060: el 12% de la población tendrá más de 80 años (en 2010 representaban el 5%), el 30% de la población europea tendrá más de 65 años (en 2010 representaban el 17%) y el 50% de población europea tendrá más de 50 años (6, 7).

Los países mediterráneos (Grecia, Italia, España, Portugal), junto a otros como Alemania, presentan porcentajes de envejecimiento más destacados con valores entre 16-20% de su población (Figura 2), aunque se observan dos tendencias: países con envejecimiento, pero con aumento total de la población (España, Francia, Portugal, Austria, Reino Unido y otros) y países con declive demográfico (Alemania, Italia, Hungría, Polonia, entre otros) (7).

Figura 2: Población de 65 años y más en la Unión Europea



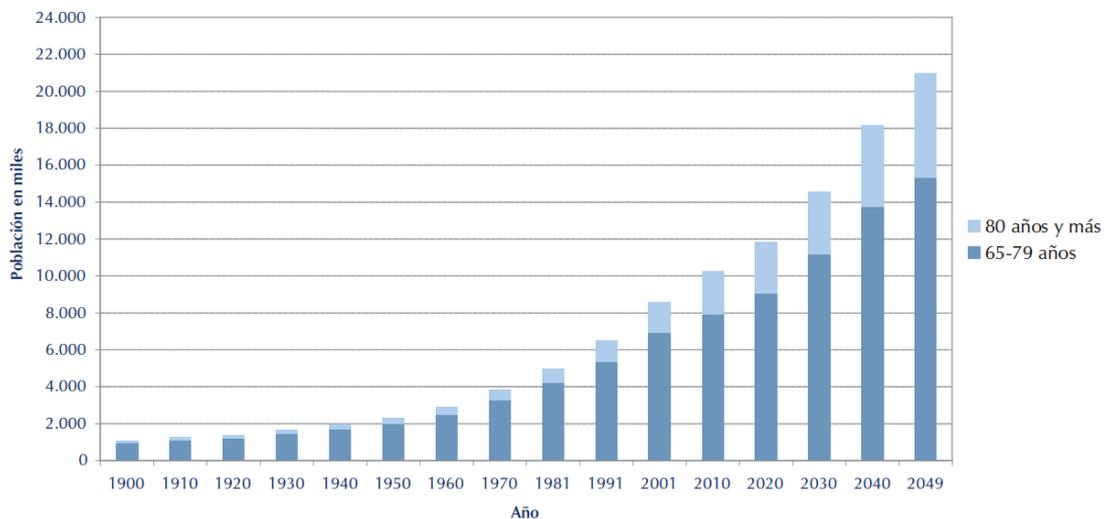
Fuente: EUROSTAT (2010)

1.1.2.3. España:

Actualmente España es uno de los países con un ritmo de envejecimiento más rápido de Europa. Este envejecimiento se debe a la caída de la fecundidad y a una mayor longevidad gracias al descenso de la mortalidad. El descenso de la población infantil hace que la proporción de las personas mayores sea mayor, y junto al descenso de la mortalidad en todas las edades motiva que lleguen más supervivientes de cada cohorte al umbral de los 65 años, y además, los que llegan son más longevos pues se sigue ganando años a la muerte en las edades avanzadas. Sin embargo, la inmigración, puede tener un efecto ralentizador en el envejecimiento de la población española, pues la mayor parte de estos son personas en edad de trabajar, pero que con los años también envejecen y contabilizan como mayores, salvo que retornen a sus países de origen (7).

Se estima que España se mantendrá previsiblemente con una de las esperanzas de vida a los 65 años más alta de Europa para hombres (detrás de Francia, Italia y Suecia) y para mujeres (tras Francia e Italia). De hecho, por primera vez en la historia española se ha producido una inversión demográfica: más personas de edad (65 y más años) que niños (0-14 años). El grupo de personas muy mayores (80 y más años) se ha incrementado y se incrementará con ritmos más elevados que el resto de los grupos de edad. De hecho la población española mayor de 65 años en enero de 2010 era de 7,9 millones de personas, lo que representa el 16.9% de toda la población y se prevé una tasa de crecimiento anual de este grupo por encima del 2% hasta mediados del siglo XXI (Figura 3), suponiendo alrededor del 32% de la población en 2050 (7).

Figura 3: Evolución de la población mayor, 1900-2049



Fuente: Lopesino et al. (2011)

El proceso de envejecimiento contribuirá a la modificación de las relaciones entre generaciones, y a un declive poblacional a mediados del siglo XXI. Desde hace dos años el número de personas mayores de 65 años en España supera al de los menores de 15. Esta tendencia se acentuará en el futuro y requiere ser abordada mediante un esfuerzo colectivo que garantice la cohesión social, la igualdad de trato y la solidaridad entre generaciones (7).

Dentro de España, las provincias y comunidades autónomas con la población de edad más numerosa no coinciden con las que tienen la mayor proporción de personas mayores; aunque Andalucía no se caracteriza por ser una de las comunidades autónomas españolas más envejecidas demográficamente, provincias como Córdoba y Jaén poseen proporciones tanto de personas mayores de 65 años como de mayores de 80 años superiores a las promediadas en el país. También es cierto que la población andaluza registra hoy día los niveles de envejecimiento más elevados de su historia por dos razones: la esperanza de vida se ha duplicado con creces en un siglo, y no da visos de agotar su avance, y la fecundidad se ha reducido a la mitad en una década y media (1977 a 1992), y continúa siendo baja (1).

1.1.2.4. Portugal:

Este país también se unió al grupo de los países más envejecidos de Europa. Desde 1960, el envejecimiento se acentúa con la migración y el descenso de la fecundidad. En censo de 2001, fue la primera vez que el porcentaje de la población de edad avanzada (16,4%) superó a la juventud, que se situó en el 16%. En 2011, la proporción de jóvenes (personas de 0 a 14 años de edad) se redujo a 15,6%, mientras que la proporción de la población de adultos mayores (personas de 65 o más años de edad) aumentó a 19% (8).

El índice de envejecimiento se incrementó de alrededor de 109 adultos mayores por cada 100 jóvenes en 2004 a unos 118 adultos mayores por cada 100 jóvenes en 2009 y sobre 129 adultos mayores a 100 personas de edad joven en 2011 (8). La relación entre la población de edad avanzada y los jóvenes registrados ha aumentado de manera significativa y se prevé que el envejecimiento será cada vez más marcado y podrá superar los 200 adultos mayores por cada 100 jóvenes en 2033 (9). Los estudios también muestran un aumento de la esperanza de vida, valores cercanos a 79 años de edad para los hombres y 85 años para las mujeres (8).

La ciudad de Oporto, aunque no sea de las ciudades más envejecidas de Portugal, no es una excepción a esta regla. En 2001 se presentó un índice de envejecimiento de 141,9 y actualmente el índice de envejecimiento es de 196,2 (10).

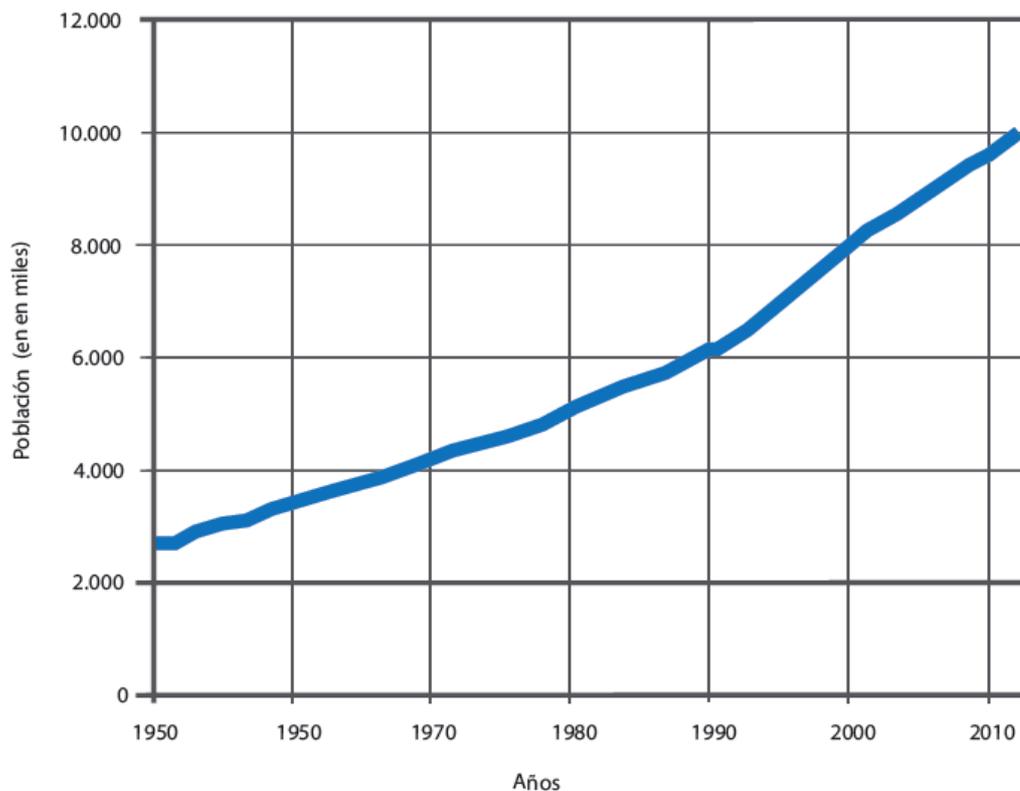
Las Azores por su parte, siguen la tendencia europea y portuguesa en particular. Actualmente, la población de edad avanzada en las Azores es de 32.723 personas, que representan el 13,26% de la población general (8). Cabe señalar un envejecimiento superior de la media en las islas más pequeñas poblacionalmente, con promedios que oscilan entre 15 y 20%, excepto Isla Santa María, cuya tasa de envejecimiento es 13,06%. Con respecto a Terceira la población anciana representa 14,5% de la isla (8).

1.1.2.5. Bolivia:

A diferencia de los países desarrollados, en Bolivia el envejecimiento ocurre en un contexto desigual en el acceso a la protección social, una débil institucionalidad social (con una fuerte orientación subsidiaria), ausencia de políticas públicas enfocadas en la nueva realidad demográfica y una institución familiar con apoyo insuficiente para cumplir con las funciones de seguridad y protección a las personas adultas mayores (11). Por todo ello, hay que tener en cuenta que el contexto de la Persona Mayor es distinto al de Europa, destacando los siguientes datos:

- De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 (12), Bolivia tiene 10.027.254 habitantes, de los cuales 893.696 tienen 60 años o más de edad. Es decir 8,9% de la población boliviana tiene 60 años o más de edad. Esta población de Bolivia ha aumentado de algo más de 2,7 millones de habitantes en 1950 a más de 10 millones de habitantes en el año 2012, lo que significa que el tamaño de la población se multiplicó cerca de cuatro veces en el periodo de 62 años (Figura 4).
- La expectativa de vida es de 62 años para los hombres y 67 años para las mujeres (11).
- Solo 16% de personas mayores de 65 y más años en Bolivia tiene jubilación, la mayoría reside en el área urbana y son, por lo general, varones (13).
- Respecto al nivel educativo de las personas adultas mayores, el 42,69% no sabe leer ni escribir (11).
- Los resultados de la Encuesta a Hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60 años (EPAM, 2011) (13) demuestran que más de la mitad de las personas adultas mayores (52,2%) vive en una situación de pobreza lo que hace de ellos sectores muy vulnerables y con serias desventajas. Además, uno de cada tres personas adultas mayores del área rural vive en una situación de pobreza extrema (13).

Figura 4: Crecimiento de la población de Bolivia 1950-2010



Fuente: INE (2012)

En los últimos años se han logrado avances importantes como es el Sistema No Contributivo de Pensiones basado en la Renta Universal de Vejez “Renta de Dignidad” que consiste en una prestación de carácter universal para todos los mayores de 60 años y cuya cantidad alcanza desde mayo de 2013 los 250 bolivianos (US 35,92\$) (14). Cerca del 91% de las personas mayores que viven en Bolivia se benefician de la Renta de Dignidad y el 9% restante no cobra esta renta por problemas administrativos (45%), falta de documentos de identidad (16%), lejanía del punto de pago (13.8%) y en otros casos porque no la necesita o trabaja (21%). Por último, según el Índice Global de Envejecimiento, elaborado por HelpAge International (2014) esta pensión universal para los mayores de 60 años “Renta de Dignidad” ha dado lugar a un incremento importante en el nivel de inscripción escolar y a la disminución del trabajo infantil en hogares con personas mayores que reciben dicha pensión social (3).

1.2. NORMATIVA VIGENTE SOBRE PERSONAS MAYORES

En general, la normativa sobre personas mayores se enmarca fundamentalmente dentro de competencias nacionales. La normativa europea existente sobre las personas de tercera edad se engloba dentro de acciones sociales para grupos específicos teniendo por tanto un carácter transversal. Se describe resumidamente la normativa más destacable en los ámbitos de estudio del presente trabajo:

1.2.1. El Mundo:

Los derechos de las personas mayores se encuentran abordados de manera superficial por los instrumentos internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas y sus organismos especializados (Tabla 1). A diferencia de otros colectivos considerados vulnerables (como mujeres y niños), los derechos de las personas mayores no han sido consagrados en un documento global de carácter vinculante, y no se cuenta con ningún mecanismo que vigile y haga valer la obligatoriedad de la aplicación del conjunto de principios de las Naciones Unidas para este efecto (15).

Tabla 1: Derechos de las Personas Mayores en Instrumentos Internacionales de la ONU

Denominación	Carácter normativo	Especificaciones
Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)	No vinculante	Establece derechos fundamentales como el de igualdad y la prohibición de discriminación por cualquier condición, el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuadas, los que son aplicables por extensión a las personas mayores y de gran importancia para el desarrollo de las libertades en la vejez.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)	Vinculante	No contiene referencia explícita a los derechos de las personas mayores. Sin embargo, el artículo 9 relativo al “derecho de toda persona a la seguridad social, comprendiendo los seguros sociales”, supone implícitamente el reconocimiento de un derecho a las prestaciones de la vejez. Las disposiciones del Pacto se aplican plenamente a todos los miembros de la sociedad, por lo que es evidente que las personas mayores deben gozar de la totalidad de los derechos en él reconocidos.
Resolución 46/91 sobre Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad (1991)	No vinculante	Se enuncian cinco principios que tienen relación estrecha con los derechos consagrados en los instrumentos internacionales: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.
Recomendación 162 de la OIT (1980)	No vinculante	Relativa a la aplicación de un programa que permita a los trabajadores prever las disposiciones necesarias, con el fin de preparar su jubilación y adaptarse a su nueva situación, proporcionándoles información apropiada.
Recomendación relativa a la seguridad social de la OIT (2001)	No vinculante	Hace un llamado especial a considerar las repercusiones que impone el envejecimiento de la población a la seguridad social, tanto en los sistemas de capitalización como en los de reparto.

Fuente: Villarreal (2005)

En 1982 la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Este importante documento, aprobado por la Asamblea General, ofrece a los Estados partes una orientación esencial sobre las medidas que se deben tomar para garantizar los derechos de las personas de edad avanzada (15). Por su parte, el Plan de Acción Internacional adoptado por todos los países en Madrid sobre el Envejecimiento es el resultado de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (16), realizada en España en el 2002, en el cual se reconoce claramente la importancia del maltrato de las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales. Este Plan de Acción Internacional de Madrid (2012), tiene como temas centrales los siguientes: a) realización de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad y b) garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación en contra de las personas de edad.

Posteriormente a este Plan de Acción Internacional de las Naciones Unidas, se elaboró la declaración de Toronto de 2002 (17), diseñada en una reunión de expertos celebrada en Toronto, el 17 de noviembre de 2002, en la que hace una Llamada a la Acción dirigida a la prevención del Maltrato en Personas Mayores y establece los puntos que deben ser considerados para dicha prevención y define el maltrato 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”*. Diez años después el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y Help Age Internacional, en el informe del Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío (2012) (4), analiza la situación actual de las personas de edad y examina los progresos logrados después de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid (2002) (5), en las políticas y medidas adoptadas por los gobiernos y otros interesados directos y en la ejecución del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, en respuesta a las oportunidades y los desafíos de un mundo que envejece. A su vez este informe indica 10 acciones prioritarias a fin de maximizar las oportunidades de las poblaciones en proceso de envejecimiento, entre las que se encuentra: *“Apoyar esfuerzos internacionales y nacionales encaminados a efectuar investigaciones comparativas sobre el envejecimiento y asegurar que los datos y evidencias, con sensibilidad de género y cuestiones socio-culturales, estén disponibles para basar en ellos la formulación de Políticas”, “Incorporar el envejecimiento en todas las políticas relacionadas con cuestiones de género, y las cuestiones de género en todas las políticas atinentes al envejecimiento, tomando en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y los hombres de edad”*.

1.2.2. Europa:

En el ámbito de la Unión Europea, en la carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01) (18) se reconocen y respetan los derechos de las personas mayores, que son más susceptibles de depender de los demás para la ayuda y los cuidados, a desarrollar una vida digna e independiente y a participar de la vida social y cultural como se puede observar en el Art. 25 de la Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea. Posteriormente, la Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, del 18 de marzo de 2002, como contribución de la Unión Europea a la citada II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, pone el acento en la necesidad de integrar la perspectiva de edad en todas las esferas de la vida social y económica, en la necesidad de prever un contexto de longevidad cada vez mayor, en la importancia de la educación para promover estilos de vida saludables y la atención a la dependencia y a la discapacidad (19).

La normativa europea existente sobre las personas de tercera edad se engloba dentro de acciones sociales para grupos específicos teniendo por tanto un carácter transversal. La compleja estructura de la UE, la ampliación a 27 países y la reducción de presupuesto comunitario ha puesto de manifiesto la necesidad de actuar conjuntamente en consorcios y grupos de fuerza para poder acceder a todo el saber hacer comunitario en gestión de proyectos y participación en políticas. Por ello, destacan en Europa las redes Europeas; la cooperación en redes es una estrategia de fuerza surgida y arraigada en la Unión Europea como respuesta ante la

globalización (20). No obstante, existen algunos países que han desarrollado leyes de protección de las personas mayores. Así, por ejemplo:

- Finlandia: desde el 1 de enero de 1999 está en vigor el “Acta sobre la Orden de Restricción”, que puede ser aplicada cuando un hijo extorsiona económicamente a sus padres ancianos, es decir, en los casos de abuso financiero (21).
- Austria: en este país se han desarrollado proyectos específicos sobre violencia contra personas mayores, con diversas medidas. Destacan, entre ellas, las de sensibilización a través de conferencias, congresos, etc., así como el acompañamiento a grupos de autoayuda para los familiares a cargo de personas mayores, para de esta forma prevenir el *burnout* (21).

En Europa se están desarrollando en los últimos años iniciativas que persiguen investigar el envejecimiento de la forma más eficiente y coordinada posible. Desde la Comisión Europea se está fomentando la presencia del envejecimiento en los programas de trabajo de Salud, de Ciencias de la Vida y de Ciencias Socioeconómicas y Humanidades, especialmente, dentro del Programa Cooperación del 7 Programa Marco (22). También se están apoyando otras iniciativas como son las redes de personas mayores, entre las que se destaca:

- El Marco Europeo de Calidad de los servicios de atención de larga duración (23): cuyo objetivo es la creación de una asociación europea duradera y abierta a los interesados europeos, nacionales, regionales y locales comprometidos en la mejora de la calidad de los servicios para las personas mayores. Cubre la atención tanto en el hogar y en la comunidad como en diversos entornos de larga duración del cuidado.
- Futurage (24): cuyo objetivo es crear la hoja de ruta definitiva para la investigación sobre el envejecimiento en Europa durante los próximos 10-15 años.

Por último, los trabajos preliminares del próximo programa marco europeo, denominado Horizon 2020 (http://ec.europa.eu/research/horizon2020/index_en.cfm), han delimitado el envejecimiento de la población (Salud, Cambio Demográfico y Bienestar) como uno de los retos sociales que deben ser investigados en el futuro con el objeto de transformarlo en oportunidades sociales (22).

1.2.3. España:

En España, al estar el estado dividido en autonomías, dicha normativa, se complementa con la normativa autonómica. En el Estado Español, viene recogido en el artículo 50 de la constitución española, “*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*” (25). Además, la Ley General de la Seguridad Social articula una serie de servicios sociales de la tercera edad para las personas incluidas en el régimen de la Seguridad Social, en el marco de la misma Seguridad Social y prestados por lo tanto por la Administración estatal. Pero esta acción social estatal se complementa con la desarrollada por las Comunidades Autónomas que hayan asumido las competencias del art. 148.1.20ª de la Constitución y con las que corresponden, en el ámbito de su autonomía, a las Corporaciones locales.

Por eso existe una normativa confluyente en relación con la pluralidad de servicios sociales dependientes de las tres Administraciones que origina un cuantioso acervo normativo: rehabilitación, reeducación, residencias, centros de la tercera edad, termalismo, servicios de atención integral domiciliaria, hospitales de día geriátricos, programas de teleasistencia, sistemas de telealarma domiciliaria, medidas de acondicionamiento de las viviendas a las circunstancias de las personas mayores, etc. (26). Con respecto a la normativa referente al maltrato de personas mayores, a medida que este ha ido cobrando importancia como problema social, ha ido produciéndose un aumento de la sensibilización tanto por parte de la sociedad en general como de los profesionales. Prueba de esta sensibilización es la referencia a la población mayor en:

- La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (27). Establece en el artículo 28, titulado de acceso a la vivienda y residencias públicas para mayores, lo siguiente:

“Las mujeres víctimas de violencia de género serán consideradas colectivos prioritarios en el acceso a viviendas protegidas y residencias públicas para mayores, en los términos que determine la legislación aplicable”.

- La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (Ley de Dependencia) (28). Esta ley sentó las bases para financiar los servicios que necesitan las personas dependientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (levantarse de la cama, comer, ducharse, etc.) y está inspirada en los siguientes principios:
 - o El carácter universal y público de las prestaciones.
 - o El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad.

Entre los servicios establecidos en la Ley destacan los siguientes:

- a) Servicio de teleasistencia.
 - b) Servicios de ayuda a domicilio.
 - c) Atención de las necesidades del hogar.
 - d) Cuidados personales.
 - e) Servicios de centros de día y noche.
 - f) Servicio de atención residencial.
 - g) Prestaciones económicas.
- El desarrollo de guías y de protocolos de actuación para profesionales y la colaboración de España con organismos internacionales como la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a Mayores y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (29).

En España, el maltrato de personas mayores no está tipificado como delito específico, sino que forma parte de un tipo penal referido a la violencia habitual entre algunos familiares (21), regulado en el artículo 173 del Código Penal reformado en 2003, párrafo segundo, que establece lo siguiente:

“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 análoga relación de afectividad aunque sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes... 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...”.

Además, con la reforma del Código Penal se regulan los supuestos de persona en custodia, es decir, se regula el maltrato institucional (tanto en centros públicos como privados).

Todo esto, se puede consultar en el artículo de Fernández-Delgado (2007) (30). Este maltrato es un grave problema social y puede ser castigado conforme a determinados artículos del Código Penal de 1995, si se trata de conductas de carácter activo que se pueden dar tanto en el ámbito familiar como en el ámbito residencial, de acuerdo con lo previsto en el párrafo 20 del art. 153 o en el párrafo 2º del art. 173. Sin embargo, si se tratara de una conducta de maltrato de carácter omisivo producida dentro del ámbito familiar, se sancionaría conforme al art. 226 y, si esta conducta se desarrollara en el ámbito de una residencia de personas mayores, solo se castigaría con la falta del art. 619. En este precepto se prevé una escasa pena de multa de diez a veinte días para los que dejaron de prestar asistencia o en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de edad avanzada o discapacitada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados (30). Además de la legislación hay que destacar Instituciones de gran relevancia en la atención al mayor como es el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en cuya web se recoge la normativa básica en vigor relacionada con personas mayores, presentada por rango normativo y fecha de la disposición (31). En España, en el Portal de Mayores hay información relativa a 70 programas de envejecimiento activo que están en desarrollo (3).

En Andalucía está vigente la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía (32), y con respecto a las personas mayores solo destacar el DECRETO 72/2012, de 20 de marzo, por el que se aprueba el Estatuto de los Centros de Participación Activa para Personas Mayores (33).

1.2.4. Portugal:

El derecho a la integridad personal es uno de los derechos, libertades y garantías presentes en la Constitución portuguesa, en particular su artículo 25 (34) establece en el apartado nº 1 *“la integridad moral y física de la persona es inviolable”* y en su apartado nº 2 que *“nadie será sometido a torturas ni a malos tratos o penas crueles, degradantes e inhumanos”*. Es por ello, por lo que la violencia moral o física contra la integridad personal es una violación de sus derechos fundamentales, presentes en la Constitución portuguesa.

El Código Penal portugués contiene un capítulo (Libro II, Título I, Capítulo III) titulado “Delitos contra la Integridad Física”, art.143 y siguientes, para la protección de las situaciones de abuso en contra de terceros, que incluyen situaciones de malos tratos/violencia en las personas mayores (35). Dentro de este capítulo se establecen diversos tipos de delitos, que pueden ser enmarcados en casos de maltrato a las personas mayores, en función de los hechos constitutivos de cada caso, incluidos los delitos contra la integridad física que puede ser simple (art.143), grave (art.144), calificado (art.145), privilegiado (art.146) o negligencia (art.148).

También está presente el delito de violencia doméstica (art.152) que se refiere a las situaciones de abuso físico o mental, incluidos los castigos corporales, privación de la libertad y delitos sexuales (no hay que olvidar que esta ley no es exclusiva de los ancianos). Por último

mencionar el delito de abuso (art.152 A) que castiga a quien, teniendo bajo su cuidado o custodia una persona indefensa por razones de edad infrinja así repetido o no, el abuso físico o mental, incluidos los castigos corporales, privación de libertad y los delitos sexuales, o tratados con crueldad.

Por lo tanto, si el delito de violencia física en la cual la víctima es una persona mayor, la acción es calificada como daño a la integridad física (art.145) porque el crimen se está cometiendo contra una persona particularmente indefensa por motivos de edad.

1.2.5. Bolivia:

Durante los últimos años, se han logrado avances importantes en cuanto a políticas de protección social en favor de los adultos mayores como son:

- La Ley 3791 de la Renta Universal de Vejez (denominada Renta Dignidad) y Gastos Funerales (36), aprobada en diciembre de 2007. Establece la Renta Universal de Vejez (denominada Renta Dignidad) dentro del Régimen de Seguridad Social no Contributivo. Es una prestación vitalicia que el Estado Boliviano otorga a todas las personas bolivianas mayores de 60 años y cuya cantidad alcanza desde mayo de 2013 los 250 bolivianos (US 35,92\$). Asimismo, cubre los gastos funerales (11).
- La Ley 3323 del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) (37): es un seguro que rige en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito. Otorga prestaciones de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud a personas mayores de 60 años con residencia permanente en el territorio nacional y que no cuentan con ningún otro seguro de salud (11).
- La Ley 1886 de Derechos y Privilegios; y Ley General de las Personas Adultas Mayores N°369, promulgada por el Presidente Morales el 1° de mayo de 2013, tiene por objeto regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores en el territorio boliviano, así como asegurar la institucionalidad para su protección, ya que prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación (11, 38).
- La Ley N° 1674 Contra la violencia en la familia o doméstica (39). De esta Ley contra la violencia familiar destaca el artículo 2 y el artículo 10 en el que se endurecen las condenas al doble cuando la víctima sea mayor de 60 años (11):
 - o Artículo 2 (Bienes protegidos). Los bienes jurídicamente protegidos por la presente Ley son la integridad física, psicológica, moral y sexual de cada uno de los integrantes del núcleo familiar.
 - o Artículo 10 (Agravantes). Las sanciones serán agravadas hasta el doble de los máximos previstos en los siguientes casos: Cuando la víctima sea discapacitada, mayor de sesenta años o esté embarazada.
- El Decreto Supremo N° 0264 (aprobado el 26 de agosto de 2009) (40) que declara el 26 de agosto como el “Día de la Dignidad de las Personas Adultas Mayores” en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia. Para lo cual, los Ministerios de Educación y de Salud y Deportes incorporarán en su plan anual la implementación de programas específicos de apoyo, desarrollo y protección del adulto mayor. Además, las empresas estatales de transporte aéreo de pasajeros, deben ofrecer en las rutas nacionales un descuento no menor al 40% de las tarifas regulares para las personas de 60 o más años (11).

Aunque durante los últimos años se han logrado avances importantes en cuanto a políticas de protección social en favor de las PM en Bolivia [Ley 3791 denominada Renta Dignidad, que ofrece una pensión vitalicia y universal a las PM; Ley 3323 del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM); Ley 1886 de Derechos y Privilegios; y Ley General de las Personas Adultas Mayores No.369, que tiene por objeto regular los derechos, garantías y deberes de las PM (11, 38)], aún no se han desarrollado en forma eficiente los sistemas de Seguridad Social y las rentas de jubilación son bajas, lo que provoca que las PM se encuentren insertas en el mercado laboral más allá de los límites deseados. Según los datos del EPAM 2011, el 48% de la población de más de 65 años aún se encuentran activos económicamente (14, 38) y el 59 % de la población mayor de 60 años vive con menos de un dólar al día (41). Por todo esto, en muchas ocasiones, las PM son discriminadas, invisibilizadas y vulneradas en sus derechos, no solo por el grueso de la población, sino por los propios familiares (42).

1.3. EL MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES:

1.3.1. Definición

El maltrato al anciano se definió en la Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado, celebrada en España en 1995, como *"Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente"* (43).

1.3.2. Teorías de causalidad del maltrato

Desde que se comenzó a estudiar el fenómeno del maltrato a las personas mayores, los investigadores han identificado varias teorías de la causalidad. Las seis teorías más frecuentemente utilizadas según Jones et al. (1997) (44), se resumen a continuación:

- Teoría de la dependencia: su principal supuesto es que el cuidador depende de la persona mayor para la vivienda y el dinero, así como la persona mayor depende del cuidador para las actividades diarias debido a su mala salud.
- Teoría de la psicopatología en el abusador: el abuso de alcohol o drogas por parte del abusador y/o enfermedad mental entre los miembros de la familia son factores de riesgo para el maltrato.
- Teoría de la violencia transgeneracional: los niños que son víctimas de maltrato o testigos de abuso entre sus padres son más propensos a convertirse en perpetradores de violencia cuando llegan a la edad adulta.
- Teoría del estrés del cuidador: el aumento de las necesidades del cuidado (o comportamiento problemático) combinado con que el cuidador se sienta obligado a cuidar de la persona mayor no siendo deseado o el estrés externo para el cuidador contribuyen en el abuso. Esta teoría es una de las más aceptadas respecto a la causalidad

del maltrato. Aunque no es un predictor claro puede ser un intensificador potencial de maltrato (45, 46).

- Teoría del contexto del cuidado: factores tales como el aislamiento social, compartir vivienda, falta de vínculos familiares estrechos y falta de apoyo comunitario o acceso a los recursos contribuyen al abuso.
- Teoría del clima sociocultural: factores tales como la vivienda inadecuada, la reubicación reciente, la pérdida de los sistemas de apoyo y la disminución de los valores en el seno de la familia crean un clima que favorece el abuso.

Con respecto al conjunto de teorías sobre las causas de maltrato, ninguna teoría sirve para explicar realmente la existencia de maltrato de personas mayores debido a que muchas de estas teorías no han sido probadas en investigaciones clínicas rigurosas (se basan en muestras pequeñas que limitan que puedan generalizarse los datos, utilizan variables de resultados cuestionables o imprecisas y son difíciles de comparar) (47). Esta falta de teoría y precisión empírica hace que sea difícil determinar la utilidad de los instrumentos de maltrato hacia personas mayores que se basan en una o más de estas teorías (48).

1.3.3. Tipos de maltrato

Las formas de maltrato más frecuentes son (49) :

- Maltrato físico. Cualquier forma de agresión física: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.
- Maltrato psicológico. Conductas que producen daño psicológico, como manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantaje afectivo, desprecio o privación del poder de decisión.
- Negligencia física. No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos.
- Maltrato emocional o abandono. Negación de afecto, aislamiento e incomunicación.
- Abuso económico. Impedir el uso y control de su dinero, explotación financiera y chantaje económico.
- Abuso sexual. Cualquier tipo de actividad sexual no consentida, o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.

La discriminación por edad “edadismo” también puede considerarse una forma de abuso y describe los estereotipos de las personas mayores de una manera discriminatoria y subordinada (50).

La Tabla 2 muestra los tipos de maltrato, posibles manifestaciones e indicadores potenciales de maltrato a personas mayores que son importantes en la evaluación del maltrato en las personas mayores (51).

Tabla 2: Tipos de maltrato a personas mayores, posibles manifestaciones y posibles indicadores

Tipo de Abuso	Manifestaciones posibles	Indicadores Potenciales
Maltrato físico	Golpear, abofetear, empujar, patear, escupir, uso incorrecto de medicamentos, la restricción, alimentación forzada o sanciones inadecuadas.	Hematomas, cortes, laceraciones, arañazos, esguinces, pérdida de cabello, dientes perdidos, fracturas, marcas de bofetada, marcas de caídas, lesiones oculares, quemaduras.
Maltrato sexual	Violación, asalto sexual o actos que la persona mayor no ha consentido o no tiene la capacidad de dar su consentimiento, o fue obligado a dar su consentimiento.	Trauma alrededor de los genitales, los pechos, el recto o la boca
Maltrato psicológico	Humillación, intimidación, amenazas de abandono, ridiculizar, causar miedo/ansiedad, intimidación, culpar, controlar, coaccionar, acosar, insultos verbales, falta de reconocimiento, aislamiento/retención de contacto social, negación de los derechos básicos, sobreprotección	Desmoralización, depresión, retraimiento, apatía, sentimientos de desesperanza, insomnio, cambios de apetito, paranoia inexplicable, agitación, llanto, miedos excesivos, confusión, ambivalencia hacia el perpetrador
Negligencia	Hacer caso omiso, necesidades médicas, no proporcionar acceso adecuado a servicios (salud, social, educativo) y/o ayudas para las actividades de la vida diaria (tales como medicamentos, calefacción)	Deshidratación, desnutrición, ropa inadecuada, falta de higiene, aspecto descuidado, más/menos medicación, necesidades médicas desatendidas, exposición al riesgo/ peligro, ausencia de ayudas (andador, gafas de lectura), úlceras por presión
Abuso económico	Reducción repentina en los fondos financieros, eliminación de los bienes materiales, la firma bajo coerción sobre los bienes materiales/inmuebles/fondos o cambio de testamento.	Incapacidad repentina/inexplicable para pagar facturas o para comprar artículos de primera necesidad, retirada inusual de los fondos, desvío de fondos para el uso de otro, daño a la propiedad, desaparición de la propiedad, ausencia de ayudas o medicamentos necesarios, negativa a gastar dinero, disparidad de los activos y las condiciones de vida, extraordinario interés por otros en los activos de la persona mayor, decisiones financieras dramáticas
Discriminación por edad	Acciones hacia las personas mayores (individuales / grupales)	Formas estereotipadas, discriminatorias y humillantes de ver las personas mayores. Se manifiesta en la forma en la que las personas, grupos y sociedad hablan/tratan/cuidan a las personas mayores. Por ejemplo el paternalismo o acciones que infunden la desigualdad con otros grupos de edad

Fuente: Phelan (2010)(51)

1.3.4. Factores de riesgo

Diversos estudios se han centrado en identificar los factores de riesgo potenciales para el maltrato a personas mayores. Sin embargo, la capacidad de predecir el abuso de ancianos a través del estudio de los factores de riesgo se ve obstaculizada como se ha indicado previamente por las definiciones imprecisas y los modelos teóricos no probados, ya que a menudo carecen de apoyo empírico y se limitan a reflejar supuestos de los modelos teóricos (48).

Los factores de riesgo para las personas mayores víctimas de maltrato, así como los de las personas que ejercen el maltrato se resumen en la Tabla 3 y 4 (44, 47, 48, 52).

Tabla 3: Factores de riesgo de las personas mayores víctimas de maltrato

Propiedad	Factor de Riesgo
Características individuales	Edad avanzada (más de 75 años) Género: femenino
Salud física y mental	Capacidad mental disminuida (por ejemplo: enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia) Trastorno mental Deterioro funcional y cognitivo Enfermedad crónica Dificultad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Aumento de las necesidades de cuidado
Factores sociales / relacionales	Aislamiento social Dependencia del cuidador Desarmonía familiar Vivir con cuidadores potencialmente abusivos o maltratadores Falta de relaciones familiares cercanas Falta de apoyo comunitario o de acceso a los recursos
Factores económicos	Vivienda inadecuada o condiciones inseguras en el hogar Evidencia de abuso financiero

Fuente: Jones et al. (1997) (44) Quinn y Tomita (1997) (47)

Tabla 4: Factores de riesgo para ser maltratador de personas mayores

Propiedad	Factor de Riesgo
Características individuales	Edad más joven que la víctima Miembro de la familia (más probable hijo/hija, seguido del cónyuge)
Salud física y mental	Consumo y abuso de drogas y alcohol Problemas psiquiátricos no tratados Demencia Historia de violencia o comportamiento antisocial Bajo control de impulsos
Factores sociales / relacionales	Estrés familiar personal Estrés del cuidador Vivir con la víctima Dependencia de la víctima para vivienda, transporte o dinero. Estrés externo grave (por ejemplo: pérdida de empleo, enfermedad personal, etc.)
Factores económicos	Estrés financiero

Fuente: Jones et al. (1997) (44) Quinn y Tomita (1997) (47)

Además de las características propias de la víctima y del agresor, hay una serie de factores que pueden estar incidiendo en la presencia del maltrato de mayores. Entre estos factores que pueden estar sentando las bases para la aparición del maltrato, destacan: la existencia de una cultura de violencia en la sociedad, la violencia intergeneracional dentro de la familia y actitudes y tradiciones culturales tales como el “edadismo” (discriminación por edad) (21).

Estos mismos factores de riesgo pueden ser en ocasiones barreras para la detección de maltrato. No todos los pacientes que sufren de abuso demuestran o expresan fácilmente los factores de riesgo, y, por el contrario, muchos pacientes con factores de riesgo no están siendo maltratados (53).

1.3.5. Instrumentos de detección de malos tratos en Personas Mayores

Dada la naturaleza multidimensional y oculta del maltrato a personas mayores, así como la subjetividad y los valores personales que participan en el proceso de toma de decisiones, se necesitan instrumentos de detección y evaluación válidos y fiables para proporcionar una estructura para el proceso de evaluación (48, 54).

Aunque hay estudios (55) que informan que las personas mayores se auto-reconocen e informan que son víctimas de maltrato, otros estudios (56) demuestran que es poco probable que

las personas mayores denuncien casos de maltrato. De hecho, el 70% o más de las identificaciones de los casos de maltrato a personas mayores viene de terceras personas y no de la propia persona mayor (54). Además, aunque algunas personas mayores pueden optar por no informar o reconocer que son maltratadas, otras muchas son incapaces de hacerlo puesto que pueden padecer por ejemplo deterioro cognitivo (54). La OMS (2008) (57) también señala que las personas mayores generalmente no desean revelar el abuso, y cifra en casi el 80 por ciento los casos de maltrato que no pueden ser diagnosticados. Por tanto, debido a que la mayoría de las personas mayores no suelen informar/denunciar que están siendo maltratadas, la responsabilidad de la identificación, notificación, y de la intervención posterior recae principalmente en profesionales de la salud, servicios sociales y departamentos de policía (54).

A menudo los ancianos están aislados y solitarios, y el encuentro con un profesional sanitario puede ser su única oportunidad para cambiar la situación de abuso y evitar su continuación e incluso exacerbación (58). Además, debido a que las personas mayores son el grupo poblacional que más visita a los profesionales de la salud, la identificación de las personas mayores maltratadas o en situación de riesgo se puede realizar en los centros de salud en la mayoría de los casos (54). Por todo ello, los profesionales de la salud necesitan herramientas eficaces para la identificación y evaluación de los casos de maltrato a personas mayores en el ámbito familiar y comunitario.

Hasta principios del siglo XXI, no se conocían instrumentos con un alto índice de sensibilidad y especificidad válidos para la detección de maltratos, ni existía evidencia que probara la eficacia de ninguno de los métodos usados hasta el momento (59) por lo que la recomendación más aceptada era que el médico conociera los indicadores de sospecha o signos de alarma respecto a la existencia de maltrato en personas mayores (60). Actualmente se han desarrollado algunos instrumentos para identificar casos de maltrato a las personas mayores, pero no existe una herramienta de detección definitiva para la detección del maltrato a personas mayores. Las herramientas de detección de maltrato a personas mayores no son diagnósticas sino que más bien pueden identificar la presencia potencial de abuso y destacar los casos que pueden ser objeto de una mayor investigación y/o derivación a otros organismos para su estudio (60, 61).

A pesar de que todas las herramientas comparten un contenido similar y se dirigen a ayudar con la identificación de las diversas formas de Maltrato a la Persona Mayor, hay diferencias clave en el enfoque, formato, estructura y tipo de datos recogidos por cada instrumento o protocolo. Existen varios tipos de clasificación de los instrumentos existentes para la detección de maltrato (61, 62). En el presente trabajo, se clasifican los instrumentos según sean instrumentos de: preguntas cerradas, signos de maltrato, indicadores de riesgo de maltrato y protocolos y guías de evaluación del maltrato.

Instrumentos de preguntas directas

Estos instrumentos consisten en un conjunto de preguntas directas realizadas directamente por los profesionales en los encuentros con las personas mayores o auto-administradas. Están diseñados como herramientas de detección rápida y también sirven para valorar si se requiere de una evaluación adicional más profunda. Estas herramientas son

adecuadas para identificar maltrato en las personas mayores que no tengan problemas cognitivos (48, 62, 63). Los instrumentos más destacables de preguntas cerradas son:

- Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) de Nale et al. (1991) (64): el instrumento original consta de 15 ítems desarrollados a partir de un grupo de más de 1.000 ítems ya existentes utilizados en protocolos de evaluación de abuso de ancianos en los Estados Unidos. Mide el abuso físico, la vulnerabilidad y las situaciones de abuso potencial. Existen versiones posteriores reducidas con 9 y 6 ítems. La puntuación final del test es la suma de las respuestas positivas a los ítems, y una puntuación igual o superior a 3 indica riesgo de abuso. Además, los autores informan de una alta tasa de falsos negativos y concluyen que la herramienta se debe utilizar con precaución y solo como un paso preliminar en la identificación de casos que requieren más investigación. El instrumento es fácil de administrar y puede ser completado rápidamente (5-10 minutos). Tiene una fiabilidad (alfa de Crombach) de 0,29.
- Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE) de Reis et al. (1993) (65): contiene cinco preguntas breves que se responden en un solo minuto para evaluar el maltrato físico, psíquico y financiero y la negligencia. Quienes administran el instrumento deben recibir formación. El cuestionario está diseñado para detectar casos de personas mayores que reciben cuidados y no evalúa casos de auto-negligencia. Existe evidencia de validez interna aunque la fiabilidad no se ha demostrado.
- Caregiver Abuse Screen (66) de Reis y Nahmiash (1995) (67): Se trata de un cuestionario compuesto por 8 ítems contestados por los cuidadores (se tarda entre uno y dos minutos en ser completado). Está redactado de manera no conflictiva para ayudar a que los encuestados se sientan cómodos al contestarlo. Posee una buena validez de constructo (alfa de Crombach=0.71), validez concurrente y convergente y fiabilidad.
- Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) de Schofield et al. (2002) (68): consta de 12 ítems sobre la dependencia; desánimo; vulnerabilidad y coacción. Utiliza 10 ítems del H-S/EAST y 2 ítems Conflict Tactics Scale (CTS). Se confirmó la validez de constructo y se encontraron correlaciones positivas con varios factores de riesgo de abuso.
- Self-Disclosure Tool de Cohen et al (2007) (69): consta de 10 ítems referentes a si durante el año anterior el individuo sufrió conductas abusivas: abuso psicológico y físico, negligencia, explotación emocional, limitación de la libertad y maltrato sexual. Una puntuación mayor o igual a 2 para 2 ítems determina abuso probable. La consistencia interna es de 0,88 y una sensibilidad mayor al 70%.
- Elder Abuse Suspicion Index (EASI) de Yaffe et al. (2008) (63): Originalmente constaba de 9 ítems. Después de la evaluación de la validez de contenido, la herramienta final consta de 6 ítems: los cinco primeros ítems son preguntas dirigidas al paciente y el sexto ítem, dirigido al profesional sanitario respecto a comportamientos notados que pueden indicar abuso (valoración subjetiva). El EASI mostró una sensibilidad de 0,47 y una especificidad de 0,75. Cinco ítems preguntan acerca de los comportamientos abusivos reales o signos de abuso y un ítem pregunta sobre la dependencia para las actividades de la vida diaria que puede ser un factor de riesgo. Una respuesta positiva a cualquiera de los ítems 2, 3, 4, 5 y 6 (excepto el ítem 1) se considera sospecha de maltrato. Aunque el EASI fue desarrollado para uso médico, la OMS (2008) (57) sugiere que es una herramienta que las enfermeras pueden utilizar. En

2008, la OMS utiliza el EASI como base para desarrollar una herramienta de detección de maltrato a personas mayores que sería aceptable culturalmente y geográficamente en diversos países (57, 61). Para ello, se realizó grupos focales en ocho países participantes (Australia, Brasil, Chile, Costa Rica, Kenia, Singapur, España y Suiza) y los resultados mostraron que el EASI era fácil de completar, cubría los diferentes tipos de maltrato a personas mayores y era un instrumento transferible culturalmente (61). Actualmente, el EASI ha sido traducido al español, francés, japonés, alemán, hebreo y árabe. La adaptación lingüística al español fue realizada por Pérez-Rojo et al. (2010) (70).

Recientemente, el EASI ha sido adaptado por Yaffé et al. (2012) (71) para ser auto-realizado por las personas mayores. Las primeras cinco preguntas se han mantenido pero la sexta pregunta, que se centraba en la observación del profesional, ha sido eliminada. El EASI revisado, denominado EASI-sa, fue probado en una muestra de 210 personas mayores cognitivamente intactas y se evaluó de forma positiva la legibilidad y aceptabilidad del instrumento (el tiempo de cumplimentarlo varió de 2 a 5 minutos), teniendo una tasa de rechazo a completarlo baja (61, 71).

Para muchos autores, este es el cuestionario para identificar maltrato a las personas mayores que ofrece más garantías. Autores como Phelan y Treacy (2011)(61) concluyen en su revisión que el EASI demuestra mérito especial para su uso, ya que es un instrumento de detección relativamente rápida, evalúa todas las formas de maltrato a personas mayores en los últimos doce meses y se completa fácilmente por los profesionales, aunque actualmente puede ser auto-administrado. Por último, el EASI es utilizado en diferentes culturas y ha sido objeto de revisión y apoyo de la OMS (2008) (57).

- Older Adult Psychological Abuse Measure (OAPAM) de Conrad et al. (2010) (72): consta de 31 ítems sobre el abuso psicológico y es rellenado por las propias personas mayores. Tiene buena fiabilidad para la consistencia interna (0.96).
- The Older Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM) de Conrad et al. (2010) (72): consta de 30 ítems que identifican los componentes individuales de abuso financiero (robos y estafas, victimización financiera, derecho financiero, coerción, signos de posible explotación financiera y administración del dinero) y establece una escala de severidad del maltrato financiero. Las posibles respuestas a las preguntas sobre la OAFEM incluyen una respuesta positiva, negativa, sospechosa o no aplicable a las formas de abuso financiero. Es rellenado por la persona mayor y se requiere capacidad cognitiva adecuada para completarlo. Es una herramienta que ha demostrado especial mérito en la identificación del posible abuso financiero de las personas mayores.

Instrumentos de signos de maltrato

Estos instrumentos consisten principalmente en una lista de signos reales de los diferentes tipos de maltrato, como puede ser hematomas sospechosos y quemaduras (maltrato físico), transferencia de las propiedades (maltrato económico), y la falta de higiene o deshidratación (negligencia). En la literatura se describen varios protocolos que incluyen listas de signos de maltrato, la mayoría de ellos sin ningún tipo de procedimiento de validación. Es decir, se realizan en base a la experiencia de los trabajadores sociales y otros profesionales,

como los sanitarios (62, 73). Los instrumentos más destacables basados en los signos de abuso son:

- Signs of Abuse Inventory: este instrumento fue adaptado de las directrices para la evaluación de maltrato del Hospital Monte Sinai (73) y de la lista de signos de abuso compuesta por Neale et al. (1996) (74). Consta de una lista de elementos que indican signos de violencia física, psicológica y sexual, negligencia, abuso económico y abandono. La severidad para cada signo de maltrato se obtuvo para cada ítem en una escala de 0 (nada) a 4 (extremo). La consistencia interna es de 0,67-0,91. El Signs of Abuse Inventory es completado por los trabajadores sociales y enfermeros mediante una entrevista personal, un examen físico y una evaluación general detallada de la condición de los pacientes.
- Elder Assessment Instrument (EAI) de Fulmer et al. (2008) (75): este instrumento consta de 41 ítems y comprende 7 subescalas para identificar signos de abuso, negligencia, abuso económico y abandono. Los entrevistadores completan cada uno de los ítems con una escala tipo Likert de 4 puntos (desde ninguna evidencia a evidencia definitiva) basados en la entrevista clínica y el examen físico (se tarda 12-15 minutos en realizarse). Posee una validez de contenido de 0,83, una sensibilidad del 71% y una especificidad del 93%.

Instrumentos de indicadores de riesgo de maltrato

Estos instrumentos se centran en la detección de indicadores de riesgo de maltrato, incluso en ausencia de signos evidentes de maltrato o cuando la persona mayor no informa de ellos. Ejaz et al. (2001) (76) afirman que la identificación de indicadores de riesgo de maltrato es complicado debido a la dificultad en la interpretación de los factores de riesgo y en la evaluación de los mismos en el contexto específico de las personas mayores y las circunstancias familiares (62). Los instrumentos más destacados de indicadores de riesgo de maltrato son:

- H.A.L.F. (an acronym for four factors: Health, Attitudes towards aging, Living arrangements, and Finances) de Ferguson y Beck (1983) (77): consta de 37 ítems compuestos de una escala tipo Likert para evaluar aspectos como el estado de salud de los ancianos, las actitudes de la familia hacia el envejecimiento, arreglos de la vivienda, y las finanzas. El instrumento requiere al usuario que indique la frecuencia (casi siempre, algunas veces, nunca) que se ha producido un evento específico (por ejemplo, lesión inexplicable). El número y la puntuación en la escala tipo Likert a las preguntas del cuestionario se utilizan para determinar la presencia y la gravedad de abuso.
- Indicators of Abuse Screen (IOA) (78) de Reis y Nahmiash (1998) (79): es la primera herramienta validada específicamente dirigida a la identificación de factores de riesgo. Consta de 29 ítems. Un profesional cualificado y con experiencia completa el IOA después de una evaluación intensiva en el hogar (2-3 horas). Posee una consistencia interna de 0,92 y una sensibilidad del 78% al 84%. Sin embargo, el IOA se realiza a través de una entrevista abierta, por lo que los profesionales pueden producir diversos resultados debido a las diferencias en las entrevistas y las habilidades de diagnóstico. Algunos autores lo califican como demasiado largo para ser utilizado por los profesionales de la salud y los servicios sociales (54).

- Caregivers Psychological Elder Abuse Behaviour Scale (CPEABS) de Wang et al. (2006) (80): tarda diez minutos en completarse y se centra en la obtención de información por parte del cuidador. Consta de 20 ítems que están clasificados en una escala Likert que va de 1 (nunca se comporta de esta manera) a 4 (a menudo se comportan de esta manera). La puntuación oscila entre 20 a 80, una puntuación más alta demuestra una mayor posibilidad de abuso. Tiene una validez de contenido de 0.95 y un alfa de Cronbach de 0,85. Aunque el CPEABS tiene la capacidad de investigar el abuso psicológico y ha sido probado tanto en la comunidad, solo es específico de un tipo de maltrato.
- Indicators of Abuse expanded (E-IOA) diseñado por Cohen et al. (2006) (81): es una versión expandida del IOA (79). Los indicadores de riesgo de maltrato se miden por una escala tipo Likert, que va desde 1, que indica en absoluto, a 4, que indica mucho. El E-IOA discierne correctamente el 92,7% de las personas con alto riesgo de abuso y el 97,9% de los que no sufren abuso.
- Elder Psychological Abuse Scale (EPAS) de Wang et al. (2007) (82): está centrado en la identificación del posible abuso psicológico. Se trata de una escala de 32 ítems que se centra en la entrevista con la persona mayor (ítems del 1 al 7), la observación activa (ítems del 8 al 13) y una entrevista con el cuidador (ítems del 14 al 32). Se tarda de 5 a 10 minutos para su realización. La fiabilidad para la consistencia interna es de 0,82.

Protocolos y guías de evaluación del maltrato

Estos instrumentos consisten en protocolos y directrices empleados para la evaluación del maltrato. A diferencia de los instrumentos de detección, los protocolos de evaluación tienden a ser de naturaleza cualitativa. Algunos protocolos incorporan una evaluación cuantitativa del riesgo. En general, ofrecen la oportunidad de evaluar el maltrato examinando múltiples fuentes de datos a partir de entrevistas con múltiples encuestados (por ejemplo, el cuidador, la persona mayor, etc.). La mayoría de los protocolos de evaluación no han sido validadas empíricamente (48). El más relevante es el protocolo AMA, que se describe a continuación, junto a los demás protocolos más utilizados:

- APS Risk Assessment Protocol de Hwalek y Sengstock (1986) (83): es un protocolo de los servicios de protección a los adultos que pretende registrar y realizar el seguimiento del riesgo de las víctimas mayores a futuros abusos. Es rellenado por el trabajador social, que utiliza el juicio clínico basado en determinados factores (cliente, medio ambiente, transporte y sistemas de apoyo, historia actual y perpetrador) para determinar un caso de no riesgo/bajo riesgo, riesgo intermedio o riesgo alto. La fiabilidad y la validez del “APS Risk Assessment Protocol” no se ha probado formalmente.
- Akron General Medical Center Geriatric Abuse Protocol de Jones et al. (1988) (56): consiste en un protocolo desarrollado para cumplimentarse en la sala de emergencias a partir de la revisión retrospectiva de las historias clínicas; historia médica y psicosocial, evaluación física y diagnóstico. Es realizado por el médico de emergencias.
- American Medical Association (AMA) (1992) (84): las guías de diagnóstico y tratamiento sobre el abuso y negligencia a ancianos fueron desarrolladas para ayudar a los médicos y otros profesionales a identificar el abuso y negligencia a ancianos e incorporar la evaluación en la práctica rutinaria. Las guías incluyen datos sobre maltrato

a personas mayores, barreras en la identificación y presenta formas en que los médicos pueden mejorar la detección del maltrato a personas mayores en el ámbito clínico (diagramas de flujo para la detección y la intervención, así como recursos de referencia para los médicos). El largo tiempo de administración limita su utilización en entornos de desarrollo profesional con poco tiempo. Por último, estas directrices carecen de datos empíricos sobre características esenciales como sensibilidad y especificidad.

- Comprehensive Geriatric Assessment de Siu et al.(1994) (85): se trata de un enfoque integrado (combina datos cualitativos y cuantitativos) para la detección en varios dominios. Se necesita bastante tiempo para su realización. Es llevado a cabo por el equipo multidisciplinario (trabajadora social, enfermera y médico) y los profesionales que los completan deben estar formados en gerontología.
- Screening Tools and Referral Protocol (STRP) de Bass et al. (2001) (86): consiste en un protocolo que contiene tres instrumentos de evaluación: abuso real, sospecha de abuso y riesgo de abuso. El profesional comienza con uno de los instrumentos y basándose en el progreso de la evaluación, puede cambiar a uno de los instrumentos restantes. El instrumento de sospecha de abuso contiene una lista de 27 factores de riesgo sobre 4 categorías de maltrato (negligencia en el pasado, delitos de maltrato o penales; problemas de relación entre la posible víctima y el agresor; problemas físicos, emocionales o mentales relacionados con la salud; apoyo social y en el cuidado). Esta herramienta se basa en una revisión de la literatura y la experiencia clínica pero su validación no ha sido realizada.
- Occupational Therapy Elder Abuse Checklist de Lafata y Helfrich (2001) (87): consisten en utilizar unas listas de verificación para descubrir un posible caso de abuso o negligencia. Las cuestiones incluyen problemas de salud, actitudes del cuidador, cuestiones financieras, sistemas de apoyo para el cuidador y/o la persona mayor que es cuidada, y seguridad. Las personas mayores y los cuidadores responden las mismas preguntas y es completado por el terapeuta ocupacional.
- Elder Abuse Diagnostic Tool de Bomba (2006) (88): consiste en guías e ítems para la detección de maltrato y ayudan a los profesionales sanitarios a determinar cuándo es necesaria la derivación de la persona mayor a los servicios de atención a adultos. Incluye ítems modificados de H-S/EAST.

Además de los cuestionarios mencionados específicos del maltrato a las personas mayores, señalar también el Conflict Tactics Scale (CT) de Straus (1979) (89): que aunque no es específico para las personas mayores, se ha utilizado para determinar si las personas mayores han sido amenazadas o asaltadas. Fue desarrollado en 1978 y consiste en una entrevista compuesta por 19 ítems para detectar la percepción de las circunstancias molestas o perjudiciales en la vida de una persona. Posee una fiabilidad alfa de Cronbach de 0,88 y la validez del contenido de 0.80. Existe una versión en español de este cuestionario que ha sido validada (90).

Por último, los instrumentos de cribado o evaluación necesitan una evaluación global del contexto biopsicosocial de los malos tratos hacia las personas mayores ya que si no es así, pueden tener limitaciones significativas que pueden afectar a la interpretación de los resultados (75). Entre las limitaciones que pueden afectar a la limitación de los resultados destacan (75, 91):

- Diferencias culturales: estas diferencias entre pacientes y cuidadores podrían conducir a sospechas de malos tratos erróneas. Por ejemplo, un profesional podría observar a una persona mayor y a un cuidador manteniendo una conversación agresiva que incluya gritos; algunas culturas considerarían tal comportamiento aceptable, mientras otras podría considerarlo como malos tratos verbales.
- Deterioro cognitivo: este aspecto presenta un desafío particular. Cuidar de una persona con deterioro cognitivo puede ser muy frustrante y podría contribuir a generar una atmósfera en la que los malos tratos y la negligencia es más probable que ocurra. Además, cuidar de personas con deterioro cognitivo podría permitir a cuidadores y otras personas oportunistas explotarles.
- Miedo a falsas acusaciones: a los clínicos a veces les preocupa que puedan acusar falsamente a alguien de maltratar a una persona mayor y alterar la vida del paciente. Por ejemplo, si una persona mayor está viviendo con una hija que es negligente con ella, se realizará un análisis cuidadoso para determinar si el cuidado puede ser mejorado antes de que la persona sea sacada de su casa y apartada de la familia. Un equipo multidisciplinario deberá ser el encargado de tomar esta decisión. Muchas personas mayores que muestran evidencias de malos tratos tienen miedo de ser trasladadas de sus casas y llevadas a una institución. Incluso si el cuidado en el domicilio es negligente, la persona mayor podría preferir estar en casa con su familia más que trasladarse a un ambiente no familiar. Su miedo debe ser reconocido y tenido en consideración.
- Intencionalidad de los malos tratos: si una mujer mayor que tiene una úlcera por presión avanzada está siendo cuidada por su marido que desconoce la frecuencia con la que hay que hacer cambios posturales, pocos profesionales podrían considerarlo negligencia. De nuevo, un equipo multidisciplinario manejará esta situación de la mejor forma posible. Por otro lado, si un hombre mayor que tiene una pérdida severa de peso informa que su hija le proporciona poca comida a pesar de sus repetidas quejas, esa situación será investigada. La intencionalidad o no de los malos tratos será importante a la hora de establecer la mejor intervención para cada situación.

1.3.6. Procedimiento a realizar ante un caso de maltrato

Al presenciar una posible situación de maltrato en el anciano, los profesionales sanitarios pueden encontrarse distintos problemas éticos y no saber qué actuación tomar, como se puede ver en el caso expuesto por Cordona Iguacen (2008) de una paciente víctima de maltrato en Atención Primaria (92). Otro aspecto importante es la pauta de actuación para el diagnóstico de situaciones de maltrato en el anciano. Fernández-Alonso (2006) indica la siguiente pauta de actuación que puede facilitar el diagnóstico (93):

1. La entrevista clínica se considera un instrumento clave para la detección.
2. Explorar cuidadosamente signos físicos sugestivos de agresión física o negligencia. Los hallazgos físicos específicos de maltrato son raros. Si es cierto, que existen determinadas lesiones que por el tamaño, la forma o el lugar pueden sugerir lesiones intencionales. Se debe detectar los posibles signos o síntomas de un posible maltrato físico o negligencia (Tabla 5) (53, 93).

Tabla 5: Signos y síntomas de posible maltrato físico o negligencia

Signos y síntomas de posible maltrato físico o negligencia
Lesiones o hematomas en lugares inusuales
Incongruencias entre las características de las lesiones y las explicaciones sobre cómo se produjeron
Desnutrición sin motivo aparente
Deshidratación
Caídas reiteradas
Demora en la solicitud de atención
Visitas frecuentes a urgencias por motivos cambiantes
Contradicciones en el relato de lo sucedido entre el paciente y el posible agresor
Falta de respuesta terapéutica ante tratamientos correctos
Síntomas de sobredosificación de fármacos
Excoriaciones de la piel u otras lesiones cutáneas sugestivas de higiene insuficiente
Señales de ataduras en muñecas o tobillos
Quemaduras incompatibles con lesiones no intencionales o con la explicación dada

Fuente: Fernández-Alonso (2006) (93) However y Polson (2014) (53)

3. Explorar actitudes y estado emocional: miedo, inquietud, inhibición. Explorar síntomas psíquicos: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión, etc. Si se diagnostica un trastorno depresivo, por ansiedad o insomnio, se debe ser cauto en la indicación de psicofármacos. Valorar siempre el riesgo de suicidio, el acceso a los medicamentos y la vigilancias de las tomas.
4. Investigar señales de alerta a través de indicios, actitudes, signos clínicos o síntomas de maltrato [como pueden ser explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones; retraso en solicitar la asistencia; visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes; administración involuntaria de medicamentos; ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados; mala evolución de las lesiones (úlceras) tras aplicación de las medidas adecuadas; desnutrición sin motivo aparente; deshidratación; caídas reiteradas; contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador; actitud de miedo, inquietud o pasividad; estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión; negativa del cuidador a dejar solo al anciano].

También es importante en la evaluación de las personas mayores ante sospecha de maltrato, diferenciar los procesos de enfermedad o envejecimiento normal con los signos de lesiones (Tabla 6) (53, 94), ya que determinadas reacciones adversas a medicamentos y remedios caseros pueden imitar a las lesiones intencionales. Por ejemplo, algunos grupos

étnicos utilizan métodos tradicionales de curación como ventosas, moxibustión o el roce de una moneda que puede causar lesiones en la piel que asemejan lesiones intencionales (53).

Tabla 6: Enfermedades y condiciones que imitan el maltrato en las personas mayores

Enfermedades y condiciones que imitan el maltrato en las personas mayores	
<i>Abuso Imitado</i>	<i>Condiciones</i>
Traumatismo/Contusión	Reacciones alérgicas Trastorno hemorrágico secundario a medicamentos Síndrome de Cushing Exantema fijo medicamentoso Fractura debido a osteoporosis o enfermedad ósea de Paget Piel frágil Púrpura senil Púrpura esteroidea Hematoma subdural secundario a una caída o coagulopatía Trombocitopenia
Quemaduras y escaldaduras	Dermatitis Síndrome Steven Johnson debido a medicamentos Necrolisis epidérmica tóxica
Contención Química	Polifarmacia iatrogénica o interacciones farmacológicas El aumento de los niveles del fármaco secundaria a la disminución de la depuración renal
Negligencia	Estreñimiento debido a los medicamentos o hipercalcemia Deshidratación secundaria a fármacos Diabetes Mellitus Retención fecal Mala cicatrización de heridas Infección del tracto urinario (en mujeres) Vaginitis
Asalto sexual	Cistocele, prolapso uterino Disminución de la función del esfínter anal Exantema fijo medicamentoso Enfermedad inflamatoria intestinal Escoriación perineal de incontinencia o liquen escleroso Sangrado vaginal o escoriación debido a bajada de estrógenos Vaginitis
Inanición	La anorexia causada por enfermedad mental La enfermedad inflamatoria intestinal La malabsorción causada por hipotiroidismo La pérdida de peso de la diabetes mellitus

Fuente: Collins (2006) (94)

Una vez conocida la presencia de una situación de maltrato, es preciso (93):

- Hacer una valoración inicial de la situación de riesgo. Se evaluará la magnitud del maltrato mediante la valoración de la gravedad inmediata de las lesiones físicas y del estado psicológico (valorar el riesgo autolítico). Si hay riesgo vital en ambos casos debe remitirse con carácter urgente al hospital; si hay riesgo vital social (situación de dependencia grave o riesgo de nueva agresión o negligencia grave), comunicar con carácter urgente al juez.
- Establecer un plan de actuación integral y coordinado, contactando con el trabajador social, los servicios sociales y con los servicios especializados si fuera preciso.
- Informar al paciente de la tendencia y las consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de protección y un plan de seguridad (dar teléfonos por escrito de urgencias, policía, concertar un sistema de teleasistencia, etc.), explicar al paciente las posibles alternativas y escuchar cuáles son sus deseos y siempre hacer un seguimiento de la situación. También hay que darle la información necesaria por si desea formular la denuncia.

Si el anciano no conserva sus facultades mentales, se debe poner en conocimiento de los servicios sociales y/o el juez.

La detección de malos tratos es siempre una tarea muy compleja. No resulta fácil detectar un fenómeno que en muchas ocasiones permanece oculto y es escondido por sus propios protagonistas; es decir, por el agresor y por la persona agredida. Para el “agresor” estos comportamientos pueden no ser tenidos como maltrato, y para la persona mayor maltratada poner el problema en conocimiento de otras personas o denunciar la situación puede suponer un trauma, y por lo tanto lo intenta evitar. El porqué de la falta de detección obedece a múltiples causas, entre las cuales destaca el hecho de que se produzcan principalmente en la esfera privada (añadiendo así cierta reticencia al conocimiento público) (95, 96). Las barreras que obstaculizan su conocimiento responden a una clasificación según vengan dadas por la víctima, la persona responsable del maltrato, los profesionales o por aspectos socioculturales (Tabla 7). Los profesionales han de ser conscientes de estos obstáculos que pueden interferir en su detección, para posteriormente ser capaces de reconocerlas y superarlas cuando estén presentes, ya que esta labor es una necesidad además de una responsabilidad profesional (95).

Tabla 7: Barreras que dificultan la detección de los malos tratos a las personas mayores (96)

Barreras que dificultan la detección de malos tratos	
Por parte de la víctima	<p>Negación y no reconocimiento de los malos tratos.</p> <p>Temor a represalias.</p> <p>Temor a causar problemas al responsable.</p> <p>Sentimiento de culpa y vergüenza.</p> <p>Chantaje emocional.</p> <p>Sufrir deterioro cognitivo.</p> <p>Miedo a no ser creído, a sentirse fracasado.</p> <p>Estar socialmente aislado.</p> <p>Normalizar los malos tratos.</p>
Por parte de la persona responsable	<p>Negación de la existencia de malos tratos.</p> <p>Impedir el acceso a los servicios sanitarios y/o sociales.</p> <p>Temor al fracaso.</p> <p>Rechazo de intervenciones.</p>
Por parte de los profesionales	<p>Carecer de formación, protocolos, tiempo y concienciación sobre la problemática.</p> <p>Incredulidad.</p> <p>No querer involucrarse en cuestiones legales.</p> <p>Desconocer recursos disponibles.</p> <p>Temor al aumento de ira del responsable.</p> <p>Actitud de reticencia, ambivalencia.</p>
Por aspectos socioculturales	<p>Actitudes desfavorables hacia las personas mayores por “menos productivos” y asignación a los mayores de menos valor.</p> <p>Insuficiente información y sensibilización.</p> <p>Valores socioculturales que influyen en las formas de abordar los conflictos en el seno de la propia familia evitando la intromisión de personas extrañas, y por otra parte la tendencia de no entrometerse los vecinos, amigos o profesionales como si los malos tratos fueran una cuestión privada.</p>

Fuente: Moya Bernal et al. (2005)

Con frecuencia el anciano rechaza formular la denuncia y que se emita el parte judicial, ya que casi siempre el agresor es un miembro de la propia familia; a veces es difícil incluso que reconozca la situación de maltrato, por miedo, por vergüenza, porque no cree que la situación

tenga una solución mejor, porque quiere al agresor, por la mala reputación que puede causar a la familia, etc. Esta situación plantea con frecuencia un conflicto ético-legal 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 decisiones. Si se cree que la causa es 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 sanitarias que fueran precisas. En todo caso, la prudencia, el conocimiento del contexto y el respeto a la voluntad del paciente (cuando conserva sus facultades) son factores importantes en la toma de decisiones respecto a la realización o no de parte judicial y al momento de hacerlo. Todas las actuaciones deben registrarse en la historia clínica (93).

Por último, además de las actuaciones descritas ante un caso del maltrato, es recomendable poner también en marcha una serie de medidas propuestas por la OMS para combatir la violencia hacia las personas mayores, descritas en el Informe europeo sobre prevención del maltrato a personas mayores (2011) (97), entre las que destacan:

- Desarrollar e implementar políticas nacionales multisectoriales y planes de acción que incidan en la prevención de los malos tratos a las personas mayores, y que aseguren la igualdad y el trato digno.
- Mejorar los sistemas de registro de datos, supervisión de casos e investigación.
- Llevar a cabo estrategias de prevención y control de este tipo de maltrato.
- Fortalecer los recursos para las víctimas de estos abusos (incluida la inversión en formación y capacitación del personal de estos servicios).
- Aumentar la concienciación social, sobre todo, en lo que respecta a los factores de protección de este problema.

1.3.7. Epidemiología

En los últimos años se ha producido un incremento de los estudios de prevalencia de maltrato hacia las personas mayores en diferentes países y contextos. A pesar de ello, los resultados deben considerarse orientativos y no existe aún una estimación precisa de la tasa de maltrato (98) debido a la carencia de una definición universal; a la existencia de barreras que dificultan la detección de posibles situaciones de maltrato, lo que ha llevado a calificarlo como «fenómeno “iceberg”» (98, 99); ya que resulta muy difícil comparar y generalizar los resultados de diferentes estudios de prevalencia realizados debido a que emplean objetivos y metodologías muy distintos (98, 100). Por tanto, las dificultades de evaluación que surgen en este tema tan delicado y complejo afectan de manera directa a los estudios de prevalencia del maltrato, y limita, de momento, la generalización de las estimaciones realizadas.

El abuso de ancianos ocurre en los países ricos y pobres, y en todos los niveles de la sociedad, ya que como refleja los acuerdos sociales que dan origen a la misma. El abuso puede ocurrir tanto en el hogar o en un entorno institucional (66). A continuación se exponen las cifras más aceptadas de maltrato en los diferentes ámbitos geográficos.

1.3.7.1. El mundo

Los primeros estudios sobre malos tratos a personas mayores se realizaron en Estados Unidos en 1979 por Lau y Kosberg . Este primer estudio exploratorio se realizó con 404 personas mayores residentes en la comunidad y se encontró que un 9,6% de la muestra mostraba síntomas de malos tratos (físico, psicológico o económico), siendo el maltrato físico el más frecuente (101).

En 1992 Podnieks (102) realizó a nivel nacional en Canadá un estudio para identificar la prevalencia de los malos tratos hacia las personas mayores. Se entrevistó telefónicamente a 2.008 personas mayores, elegidas al azar, que vivían en la comunidad y se encontró que un 4% de las personas mayores entrevistadas sufrían uno o más tipos de maltrato, por parte de su pareja, un familiar u otras personas significativas.

En ese mismo año, Ogg y Bennett (1992) (103) realizaron otro estudio en el Reino Unido. Para ello entrevistaron personalmente, a 2.130 personas mayores que vivían en la comunidad y encontraron que el 5% de ellas habían experimentado algún tipo de maltrato psicológico por parte de un familiar cercano o un pariente en un pasado reciente.

También se han realizado estudios en el continente asiático como el de Oh et al. (2006) (104) realizado en Corea con una muestra de 15.230 personas mayores que vivían en la comunidad, a las que se entrevistó en sus domicilios y se encontró una prevalencia del 6,3% para la muestra analizada, siendo los malos tratos psicológicos el tipo más frecuente, seguido de los malos tratos económicos, negligencia y físicos. Los hijos e hijas, seguidos de las nueras, fueron los responsables de malos tratos con mayor frecuencia.

Por último mencionar el estudio realizado por Lowenstein et al. (2009) (105) en Israel, en el que participaron 1.045 personas mayores de 65 y más años. Para ello se realizaron entrevistas personales en el domicilio de las personas mayores, teniendo como resultado que un 26% de la muestra padecían negligencia, un 14,2% malos tratos verbales, un 6,4% explotación económica, un 2% malos tratos físicos y sexuales y el 2,7% experimentó restricción de la libertad como por ejemplo, que les dejaran encerrados en casa o les negaran poder utilizar el teléfono.

Posteriormente se han ido realizando estudios sobre la prevalencia de maltrato en muchos países, pero hasta la fecha no se conoce ningún estudio multipaís que englobe los diferentes continentes. Los únicos datos que se posee sobre maltrato a nivel mundial son el Informe del Envejecimiento del Siglo XXI: una celebración y un Desafío (2012) (4), en el que se realizó una consulta a 1300 hombres y mujeres de todo el mundo y el 43% dijeron que temen ser objeto de violencia personal. Las voces de las personas mayores que participaron en las consultas reiteran la necesidad de contar con seguridad en el ingreso, oportunidades de empleo flexible, servicios de salud y medicamentos costeables, vivienda y transportes accesibles para las personas mayores, y también la necesidad de que se eliminen la discriminación, la violencia y el maltrato de que son objeto.

1.3.7.2. Europa

Como se mencionó anteriormente, ya en la “*Declaración sobre Prevención Global del Abuso al Anciano*”, realizada en Toronto (Organización Mundial de la Salud, 2002) (17), se

hace énfasis en que la prevención del abuso en el anciano requiere de la participación de muchos sectores de la sociedad, y se hace especial hincapié en la necesidad de explorar el fenómeno desde todas las perspectivas que convergen en el abuso: culturales, sociales, de género, educativas. Asimismo indica que no es suficiente identificar las causas del abuso al mayor, si no que todos los países debían desarrollar estructuras de provisión de servicios (de salud, sociales, legales, protectoras etc.) para responder de forma efectiva y tratar de prevenir el problema; poniendo esta situación de maltrato en el Contexto de los Derechos Humanos. Diez años después el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y Help Age internacional, en el informe “ Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío” (2012) (4) analiza la situación actual de las personas de edad y examina los progresos logrados después de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002) (5), que precedió a la Declaración de Toronto, y en la ejecución del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, e indica que de los 1300 hombres y mujeres que participaron en las consultas previas al informe, un 43% dijeron temer ser objeto de violencia personal.

Se puede decir que prácticamente 11 años después, los datos referentes a la prevalencia de maltrato al mayor no solo no parecen disminuir, si no que van en aumento como así parece atestiguarlo el “*Informe Europeo de Prevención del Abuso en el Anciano*” (Organización Mundial de la Salud, 2011) (97) que resalta que factores: biológicos, sociales, culturales, económicos y del entorno/medioambiente, influyen en el riesgo de ser víctima de un perpetrador de abuso en el anciano, a la vez que añade que el maltrato al mayor se está generalizando en todos los países de la Región Europea, que es un problema que está creciendo, y las estimaciones sugieren que al menos 4 millones de personas sufren maltrato al año en Europa. El informe asimismo recalca el hecho de que la magnitud del problema no se comprende en toda su complejidad o adecuadamente, y que tiene elevadas consecuencias para el bienestar mental y físico de 10 millones de personas mayores, lo que conlleva a su muerte prematura. A su vez entre las conclusiones señala que es una prioridad llevar a cabo investigaciones que mejoren la evidencia al respecto en toda la región europea y que muchos de los esfuerzos realizados se lleven a cabo en invertir en Prevención Primaria. Finalmente afirma que la atención al maltrato es una prioridad de salud y social en la región.

Por otra parte, existen diferentes estudios realizados a nivel local en los diferentes países europeos que intentan establecer la prevalencia del maltrato a las personas mayores, entre los que se destaca:

- En Alemania, un estudio por Fraga et al. (2014) (78), establece la prevalencia de maltrato a personas mayores en el 30.4% a través de un estudio comunitario en el que participaron 648 personas mayores de 65 años.
- En Irlanda, un estudio realizado por Naughton et al. (2012) (106) con 2000 personas mayores de 65 años que vivían en la comunidad, estimó la prevalencia de maltrato al anciano en el último año en un 2.2%, siendo más frecuente el abuso económico (1.3%), psicológico (1.2%), físico (0,5%), negligencia (0.3%) y sexual (0.05%), asociándose pocos ingresos económicos a mayor probabilidad de padecer maltrato. En el 50% de los casos se identificaron como autores de ese maltrato a los hijos adultos, siendo característica de los autores el desempleo (50%) y la adicción (20%).

- En Italia, un estudio realizado en diferentes países por Fraga et al. (2014) (78), establece la prevalencia de maltrato a personas mayores en el 12.7% a través de un estudio comunitario en el que participaron 628 personas mayores de 65 años.
- En los Países Bajos, en un estudio realizado por Comijs et al. (1998) (107) en el cual se estudió la prevalencia de maltrato al anciano, en un año fue de 5,6%: siendo más alta la prevalencia de la agresión verbal, (3,2%), seguido por maltrato financiero (1,4%), agresión física (1,2%) y negligencia (0,2%). Este estudio, informa que el abuso de ancianos está más ampliamente extendido, ya que no solo los familiares cercanos o personas con las que la persona mayor vive son consideradas como posibles maltratadores puesto que el 40% de los agresores en este estudio fue un amigo, ama de llaves, o cuidador profesional. Es decir, personas conocidas y de confianza también realizan este tipo de maltrato.

Por último destacar que en el año 2011, la OMS publicó el Informe europeo sobre prevención del maltrato a personas mayores (European report on preventing elder maltreatment) (97), mencionado anteriormente, en base a la recogida de datos de un total de 53 países de la Región Europea, entre ellos España, en el que se estima que, cada año, en Europa alrededor de 29 millones de personas mayores de 60 años (equivale al 19.4% de las personas mayores) son sometidas a abusos psicológicos (insultos o amenazas de muerte), 6 millones (3.8%) son objeto de abuso económico (robos o fraudes), 4 millones (2.7%) son víctimas de algún tipo de maltrato físico (desde agresiones físicas como patadas y golpes hasta heridas más graves con objetos cortantes) y, 1 millón (0.7%) son sometidos a maltrato sexual (acoso sexual, abuso, violación o exposición a pornografía). Como resultado de estos abusos, alrededor de 2.500 llegan a morir a manos de algún familiar. La situación es más grave aún para las personas mayores que sufren demencia o discapacidad, ya que presentan una probabilidad mayor de sufrir malos tratos, así como una mayor dependencia de los familiares que les agreden. El informe también analiza las causas y las consecuencias del maltrato a las personas mayores, proporcionando recomendaciones y buenas prácticas, basadas en la evidencia científica, para la prevención de este problema. A este respecto, la OMS señala que existe cierto grado de evidencia científica sobre la eficacia de determinados programas para mejorar el bienestar psicológico de los cuidadores, de manera temprana, y facilitar las habilidades de cuidado y el aprendizaje de destrezas sociales. Las principales intervenciones que menciona el informe son los tratamientos psicológicos (que incluyen el manejo en el control de la ira), así como los tratamientos psico-educativos diseñados para cambiar las actitudes sociales hacia las personas mayores. Por último, el informe señala que, a pesar de que cada vez está recibiendo una mayor atención política a nivel europeo, el maltrato a personas mayores continúa siendo un tabú social, lo que impide que se denuncien los casos en muchos países.

1.3.7.3. España:

Los datos más aceptados en la bibliografía internacional establecen la prevalencia global de maltrato en las personas mayores en el ámbito familiar entre el 3% y el 12% de los mayores de 60 años, correspondiendo los porcentajes más altos a las personas más ancianas y con mayores grados de dependencia. En España, se han publicado cifras que oscilan entre el 4,7% y el 12%, pudiendo establecerse una media de prevalencia en torno al 6%, recogándose

más de una forma o tipo de malos tratos en el 26-50% de los casos. Los hijos aparecen como los principales responsables de los malos tratos en este contexto (50- 60% de los casos). En cuanto a los malos tratos en las personas mayores en el ámbito institucional y sanitario, los estudios disponibles son escasos, se han realizado en otros países y generalmente se basan en el análisis de casos, pero no aportan datos de prevalencia. No obstante, y aunque no existan cifras que se puedan citar de forma fiable, existe consenso entre los expertos en afirmar que la responsabilidad de los profesionales de todas las disciplinas en el diagnóstico y detección, dista mucho de ser despreciable (96). En la práctica, sin embargo, el grado de identificación de maltrato y negligencia al mayor es mucho menor, ya que a menudo los ancianos no quieren reconocerse víctimas de maltrato por temor a represalias, al confinamiento en instituciones o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta difícil de aceptar; por otra parte, los familiares o los cuidadores, con frecuencia responsables de la situación, no revelan los hechos por razones obvias (49). Entre los estudios previos realizados en España sobre el maltrato a las personas mayores, destacan:

a) Estudio de Fernández Alonso et al. (2011) (108) en Madrid:

Muestra: 70 pacientes del Hospital Clínico de San Carlos.

Procedimientos: se realizó un estudio observacional prospectivo de despistaje de malos tratos en un grupo aleatorio de pacientes mayores de 75 años, que acudieron por un problema médico no traumatológico al servicio de Urgencias del Hospital Clínico de San Carlos durante el mes de abril de 2010.

Instrumentos: Instrumento de Evaluación de Personas Mayores de Fulmer et al. (2008) (conocido en el mundo anglosajón como EAI).

Resultado: algún tipo de evidencia de malos tratos (MT) en 25 (35,7%) pacientes siendo evidente en 9 (12,8%) y probable o posible en 16 (33,9%). Los MT detectados fueron por abuso (físico, no sexual), negligencia, abandono y explotación económica. Dentro del grupo de sospecha de MT: 18 (72%) eran mujeres con edad media 84 (DE 4,1) años, 8 (32%) vivían solos y 10 (40%) no tenían ningún tipo de ayuda social.

Hay que mencionar que en el Hospital donde se realizó este estudio existe una guía llamada “Manual de detección y seguimiento de los malos tratos a personas mayores en instituciones sanitarias”, elaborado por la Comisión contra la Violencia del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, y editado por la Fundación MAPFRE (2012) (109) cuyo objetivo es sensibilizar a los profesionales y darles una guía de actuación sobre qué pasos seguir para detectar, tratar y aplicar los recursos existentes en los casos de maltratos a ancianos.

b) Estudio de Ruiz Sanmartín et al. (2001) (60) en Barcelona:

Muestra: 219 personas de 70 o más años, usuarios de los servicios de atención primaria de Les Planes de Sant Joan Despí (Barcelona). Se excluyó a los pacientes con trastornos cognitivos.

Procedimientos: La recogida de la información fue a través de una entrevista y un cuestionario en la consulta, o en el domicilio cuando la demanda era domiciliaria. Los encargados de realizar las entrevistas fueron cuatro médicos con entrenamiento previo.

Instrumentos: Cuestionario de la Canadian Task Force (U.S. Preventive Services Task Force, 2004) (110) y la American Medical Association (AMA, 1992) sobre los distintos tipos de maltrato: consta de 9 preguntas (una sola respuesta positiva se consideró como sospecha de maltrato). Además se recogían las variables sociodemográficas.

Resultado: La prevalencia de sospecha de maltrato fue del 11,9% (26 ancianos). Los tipos de maltrato sufrido fueron: 20 psicológico, 6 físico, 6 negligencia (3 de ellos abandono) y 1 abuso sexual. Nueve personas presentaban más de un tipo de maltrato.

c) Estudio de Bazo (2001) (111) en País Vasco, Andalucía y Canarias:

Muestra: 2.351 personas ancianas dependientes que eran atendidas por auxiliares domiciliarias (pertenecientes a los Servicios de Ayuda a Domicilio).

Procedimientos: Se administró un cuestionario a las auxiliares domiciliarias que trabajan en los servicios sociales de los ayuntamientos de esos municipios. Se les explicó qué se entiende por negligencia y malos tratos.

Resultado: Se detectaron 111 casos de maltrato, lo que supone un 4,7% de prevalencia. El 81% de las víctimas eran mujeres. El principal tipo de maltrato detectado fue la negligencia. Los agresores eran, por orden de importancia, los hijos e hijas biológicos y políticos (55%), seguidos por los cónyuges (12%) y por los hermanos y hermanas (7%).

d) Estudio de Garre-Olmo et al. (2009) (112) en Gerona:

Muestra: 875 personas por encima de los 75 años, usuarios de los servicios de atención primaria de ocho aldeas rurales del municipio de Anglès (Gerona).

Procedimientos: Todos los participantes fueron entrevistados en sus casas.

Instrumentos: Se utilizó para medir la prevalencia del maltrato el American Medical Association (AMA, 1992) sobre los distintos tipos de maltrato: consta de 9 preguntas (una sola respuesta positiva se consideró como sospecha de maltrato). Además se utilizaron otras escalas para valorar el estado nutricional, el estado cognitivo, la depresión y el nivel de independencia funcional.

Resultado: La prevalencia de maltrato fue del 29,3% (IC del 95% = 25,8-32,8). El más frecuente de los diferentes subtipos de sospecha de maltrato fue la negligencia (16,0%), seguido por la sospecha de abuso psicológico (15,2%), sospecha de abuso financiero (4,7%) y la sospecha de abuso físico (0,1%).

e) Estudio de Pérez-Cárceles et al. (2009) (113) en Murcia:

Muestra: 460 personas mayores de 65 años que visitaron los centros de salud de atención primaria en 2006. La muestra fue escogida al azar. Se descartaron las personas con deterioro cognitivo.

Instrumentos: Cuestionario de la Canadian Task Force (U.S. Preventive Services Task Force, 2004) y la American Medical Association (AMA, 1992) sobre los distintos tipos de maltrato: consta de 9 preguntas (una sola respuesta positiva se consideró como sospecha de

maltrato). Para descartar el deterioro cognitivo se usó el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer (1975) (114). Además se recogió las variables sociodemográficas.

Resultado: La prevalencia de sospecha de maltrato fue del 44,6% de la muestra estudiada, que estuvo compuesta por 460 sujetos de diferentes centros de salud. También estableció como factores de riesgo asociados a padecer sospecha de maltrato: reciente empeoramiento de la salud, convivencia con un enfermo mental, consumo excesivo de alcohol o drogas ilegales, discutir frecuentemente con familiares o la dependencia de alguien para llevar a cabo las actividades diarias.

f) Estudio de Jürschik et al. (2013) (115) en Lleida. Este estudio a diferencia de los anteriores no se realizó en el ámbito comunitario.

Muestra: 127 individuos de 65 años o más que acudieron al área de urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Se excluyeron a los pacientes con deterioro cognitivo.

Instrumentos: La sospecha de maltrato se midió con el cuestionario de la American Medical Association (AMA) y la Canadian Task Force (CTF). Para valorar la dependencia funcional se utilizó la escala de Barthel (1965) y se recogieron las variables sociodemográficas.

Resultado: La prevalencia de maltrato fue del 29.1%. El porcentaje de sospecha de maltrato por abuso físico fue del 3,1%, por abuso psicológico del 4,2%, por negligencia del 2,4%, económico del 2,4%, por abandono del 24,3% y por vulneración de derechos del 5,5%. Se relacionó con el maltrato los siguientes factores: sexo femenino, profesión previa no remunerada, ser viudo, y vivir solo.

g) Estudio de Pérez-Rojo et al. (2013) (98) en Madrid, Málaga y San Sebastián:

Muestra: 338 personas mayores sin deterioro cognitivo residentes en el ámbito comunitario que acudían a Centros de Atención Primaria o de Servicios Sociales de las ciudades de Madrid, Málaga y San Sebastián.

Procedimiento: Los Profesionales de los centros de Servicios Sociales y Atención Primaria seleccionaban al azar a personas mayores que acudían a estos centros como posibles participantes. Descartaban que tuvieran deterioro cognitivo mediante el Mini-Examen Cognitivo de Lobo et al. (2002). Finalmente las trabajadoras sociales o psicólogas (que fueron adiestradas previamente) aplicaban el Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS) (Yaffe et al; en IMSERSO, 2007) en una entrevista estandarizada, individual y privada.

Instrumentos: Para evaluar la prevalencia de maltrato utilizaron el FETS. El FETS es una entrevista estandarizada para evaluar a personas mayores en riesgo de sufrir malos tratos e incluye variables biopsicosociales (como historia social, episodios vitales, dinámica familiar, salud física y mental de la persona mayor y otras personas significativas para ella), actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, actividades sociales y nivel económico. También introduce preguntas específicas sobre maltrato físico, sexual, psicológico, negligencia y abuso económico. Además, contiene una valoración observacional de la apariencia de la persona

mayor y del entorno en el que vive. Finalmente, el evaluador emite un juicio tras la aplicación del cuestionario señalando si existen o no malos tratos

Resultado: La prevalencia de maltrato fue del 12,1%, siendo el tipo más frecuente el psicológico. Estos malos tratos eran más frecuentes en mujeres, siendo con mayor frecuencia los responsables de ellos los cónyuges.

h) Estudio de Iborra (2008) (21) en toda España:

Muestra: 2.401 personas mayores de 64 años que vivían en sus domicilios de las diversas comunidades autónomas de España, coordinado por el Centro Reina Sofía contra la Violencia. Además se administró un cuestionario a 789 cuidadores/as.

Procedimientos: La administración de los cuestionarios fue personal y domiciliaria. El entrevistador se desplazó a cada hogar, donde planteó al anciano o al cuidador una serie de cuestiones.

Instrumentos: El Centro Reina Sofía (Iborra, 2008) elaboró dos cuestionarios de diseño propio estructurados, uno para su pase a personas mayores y otro para cuidadores.

Resultado: El 0,8% de las personas mayores que fueron entrevistadas informaron estar siendo maltratadas por alguno de sus familiares a lo largo del año anterior, aumentando este porcentaje al 1,5% en personas mayores dependientes. Las mujeres son las víctimas de estas situaciones en mayor proporción. Los cuidadores que maltrataban con mayor frecuencia presentaban las siguientes características: mujer, edad media, hijos/as de la persona mayor, sobrepasados por la situación de cuidado con trastorno psicológico. Al preguntar a los cuidadores sobre lo que pensaban sobre las personas mayores maltratadas refirieron que existiría igual número de hombres que mujeres, con trastorno psicológico, deterioro cognitivo, discapacidad y estresados.

i) Estudio de Sancho et al. (2011) (91) en el País Vasco:

Muestra: 1.207 personas de 60 y más años que residen en el ámbito familiar (no institucionalizadas).

Procedimientos: Se realizó un muestreo estratificado en la comunidad autónoma del País Vasco. Un entrevistador entrenado para ello realizó unas entrevistas personales estructuradas en los hogares de las personas mayores.

Instrumentos: Se utilizó para medir el maltrato las diferentes preguntas que componen el EASI (Pérez-Rojo, 2010). Además se usaron otros test para valorar el funcionamiento cognitivo, la depresión, ansiedad, calidad de vida, carga, riesgo de malos tratos por parte del cuidador.

Resultado: El 0,9% de las personas mayores de 60 y más años entrevistadas declararon recibir algún tipo de malos tratos. Los entrevistadores percibieron sospecha de malos tratos en un 1,5% de los casos, todos ellos no declarados por el entrevistado, en base a la presencia de indicadores asociados a los malos tratos. Los malos tratos percibidos con mayor frecuencia por

parte de la persona mayor son los malos tratos psicológico (0,5%) seguido de la negligencia (0,2%) y los malos tratos físicos y sexuales (0,2%).

1.3.7.4. Portugal:

Entre 2000 y 2011, la Asociación Portuguesa de Apoyo a las Víctimas (APAV) registró 6.249 casos de delitos e incidentes de violencia cuyas víctimas fueron ancianos (116). Las víctimas fueron en su mayoría mujeres, entre los 65 y 75 años. En un informe sobre los crímenes cometidos contra las personas mayores en los últimos 11 años, la APAV revela que en 2000 recibió 290 solicitudes de asistencia a los ancianos maltratados. En 2011, ese número aumentó a 749, es decir, un 158% más. La mayoría de las víctimas (78,4%) son mujeres. En más de la mitad de los casos presentados en la asociación, las víctimas tienen entre 65 y 75 años. Los perpetradores son hombres (62,6% de los casos) con más de 65 años (22,5% de los casos). En cuanto al tipo de delito cometido, la mayoría de los delitos están registrados en la APAV por episodios de violencia en el hogar (80% de un total de 12.837 casos) (117).

Durante nueve años, las estadísticas de la APAV registraron alrededor de diez mil crímenes perpetrados contra las personas mayores de 65 años. Es, sin embargo, la "punta del iceberg", como asegura María de Oliveira, técnica de la asociación encargada de la campaña nacional de sensibilización sobre esta cuestión (118). Los delitos financieros, aunque todavía representan una minoría de las denuncias presentadas a APAV, aumentan de manera significativa.

Por su parte, el Diario de Noticias (119), el 11 de septiembre de 2011, refirió "*La Federación de Instituciones de la Tercera Edad (FITE) advirtió hoy que el 39,4% de los adultos mayores en Portugal son víctimas de violencia doméstica, según los datos publicados recientemente por el Banco Mundial de la Salud*".

En un estudio llevado a cabo en la ciudad de Braga (Alves Ferreira & Sousa, 2005) (120), con la participación de 88 personas de edades comprendidas entre 63 y 88 años, se presentaron indicadores significativos de maltrato en los participantes, incluyendo la negligencia y el abuso emocional, cuya edad y género aparecen asociadas al fenómeno. Las personas de más edad y las mujeres parecen estar en mayor riesgo.

En 2010, se realizó un estudio sobre la prevalencia de malos tratos y la negligencia a las personas mayores en el Servicio de Urgencias de un Hospital Central (Borrvalho, 2010) (121) centrado en 75 usuarios del Servicio de Urgencias, con una edad media de 78 años. Se encontró que 86,7% de los ancianos tenían al menos un indicador de abuso. La negligencia (81,5%) y el abuso emocional (75,4%) fueron los tipos de abuso más frecuentes. Una mayor parte de las personas mayores asumen una actitud hacia la posición pasiva. Con respecto a los factores de riesgo, se encontraron relaciones entre la ocurrencia del abuso y el género femenino.

En otro estudio transversal realizado por Ramos (2012) (122) en la ciudad de Oporto, apoyado en el proyecto ABUEL (Elder abuse: A multinational prevalence survey), de ámbito multinacional financiado por la Comisión Europea, en el que participaron 656 personas de edades comprendidas entre 60 y 84 años, se identificaron 256 agresores de personas mayores. El 92,5% cometió un acto de violencia psicológica (73,4%) o financieros (19,1%).

Según la Organización Mundial de la Salud (2011) (97) el 39,4% de las personas mayores en Portugal son víctimas de abuso y, de éstos, el 32,9% son víctimas de maltrato psicológico, el 16,5% de extorsión, el 12,8% de violación de sus derechos, el 9,9% de negligencia, el 3,6% de abuso sexual y el 2,8% del abuso físico.

Por su parte el informe nacional de Portugal sobre la violencia contra las mujeres mayores en las relaciones íntimas, co-financiado por la Comisión Europea bajo el Programa Daphne III de la Dirección General de Justicia, Libertad y Seguridad (123), hizo que el estado del arte en la investigación y la información estadística relativa a este tema afirmara la invisibilidad del fenómeno en Portugal. La violencia contra las mujeres de edad en las relaciones íntimas rara vez ha recibido atención. La información estadística sobre la criminalización revela que en 2008, el 14,2% de las víctimas de violencia doméstica eran de edad igual o superior a 55 años.

Otro aspecto a destacar son las diferencias entre las zonas urbanas y rurales. En el entorno de las zonas rurales, el control de la tensión social en la forma de vida individual es mayor que en las zonas urbanas, sin embargo, y en general, hay menos servicios de apoyo e información a disposición de las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), como resultado de los análisis, del "Informe europeo sobre prevención del maltrato a personas mayores" (97) en el año 2011 confirmó las agresiones en los últimos cinco años contra las personas mayores, de los 53 países de Europa, y refiere que "Portugal tiene un grave problema en relación con el abuso contra los ancianos. " Este informe clasifica la escena como negra, casi el 40% de los ancianos portugueses fueron objeto de abusos.

En un estudio reciente realizado en Portugal por Gil et al (2014) (124), en el que se realizó una encuesta telefónica a 1123 personas mayores de toda Portugal, la prevalencia de maltrato en el último año fue de 12.3%. Además indica que el nivel de educación, la edad y el estado funcional se asociaron significativamente con el maltrato.

Por otra parte, en las Islas Azores el reconocimiento público de los malos tratos como un problema de salud es relativamente reciente. Las referencias en la literatura médica se remonta solo a los últimos 30 años y ha acumulado un importante tema de debate y preocupación, junto con el rápido envejecimiento de la población.

El primer estudio sobre la violencia de género para personas de 18 años o más, en las Azores, fue en 2009 y destinado a analizar la prevalencia del fenómeno para tener una visión general (Lisboa et al, 2009) (125). Este estudio utilizó una muestra de 709 individuos (358 mujeres y 351 hombres), haciendo evaluación de la prevalencia del fenómeno por grupos de edad y sexo, y para cada isla. Con respecto a la población de edad avanzada de las Azores, se encontró que en las mujeres con 65 o más años, el 28,9% fueron víctimas de violencia psicológica, el 10,5% de violencia física y el 7,9% de violencia sexual. Un 34,2% había sido víctima por lo menos de un acto de violencia. En la población masculina las víctimas tenían 65 o más años: el 4,5% fueron víctimas de violencia psicológica, valor exactamente igual para la violencia física (4,8%), no produciéndose dentro de ese grupo de edad la violencia sexual. Analizando los resultados de las víctimas por isla, el fenómeno se distribuye por igual en todo el territorio.

En un estudio reciente de Sousa (2012) (126), en la isla de San Miguel, quien preguntó a las cuidadoras del Servicio de Apoyo Domiciliario (SAD) de Instituciones Privadas de Solidaridad Social y Casas Santas de la Misericordia, confirmó la existencia de malos tratos relacionados con la negligencia, el abuso físico, psicológico y económico, aunque con mayor énfasis los dos primeros. Como factores de riesgo para su aparición hizo hincapié en la relación/vínculo emocional persona mayor/cuidador informal y el contexto psicosociocultural. En cuanto a la relación afectiva entre el anciano/cuidador informal, hizo hincapié en la historia familiar o las relaciones familiares conflictivas e intergeneracionales ineficaces. El contexto sociocultural se presenta como un factor que condiciona malos tratos debido a la falta de recursos gerontológicos necesarios, al aislamiento social, a cargos para el cuidador informal de servicios sociales y de salud y el edadismo. Como consecuencia de los malos tratos en las personas mayores enfatizan implicaciones físicas, tales como fracturas, contusiones/hematomas, desnutrición/deshidratación, hipotermia, malos olores, por la inmovilización de dolor con úlceras por presión y muerte y psicosociales manifestados por la soledad, la culpa, el sufrimiento / tristeza, miedo, ansiedad, baja auto-estima y la solicitud de ayuda a los cuidadores formales.

1.3.7.5. Bolivia

Con respecto a la prevalencia de maltrato en Bolivia, según HelpAge y la Defensoría del Pueblo (2010) (11) cerca de 4.700 PM de 17 municipios informaron de abusos y maltratos. Las personas mayores bolivianas denunciaron estos hechos en los Centros de Orientación Socio-legal, las mesas defensoriales, la policía, las brigadas de protección a la familia, Servicios Legales Integrales Municipales, Defensoría de la niñez y adolescencia y otras instituciones que brindan este tipo de servicios.

Según Gabriela Montaña, jefa del departamento de los Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM) de Cochabamba, el primer semestre del 2012 se registraron 510 denuncias por agresiones a PM, siendo el 60% de ellas por violencia psicológica y en un 40% de los casos, la agresión fue producida por sus hijos o por parientes dentro del ámbito familiar (42).

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Este maltrato en el anciano es un fenómeno más reciente que otros tipos de maltrato, como el dirigido hacia la mujer o a la infancia. Ello tiene que ver, sin duda, con los cambios sociales y particularmente con el cambio de estatus de la persona mayor. El anciano gozaba de reconocimiento social, respeto y poder, y era la garantía de transmisión de conocimientos y tradiciones en una sociedad donde la experiencia ligada a la edad era considerada un valor. Los cambios en la estructura social, en el contexto familiar, en las actitudes y en los valores en la sociedad actual, están probablemente en el trasfondo del problema. La juventud, la productividad, la salud, el logro individual y el poder son valores en alza; el anciano, improductivo y con frecuencia dependiente, es infravalorado y a veces resulta una carga, una molestia para familias nucleares con dificultades para cuidar al anciano. Además, los cambios

demográficos y sociales no se han visto acompañados de la adaptación en recursos necesaria para dar respuesta a las nuevas necesidades que se han creado.

En el origen del maltrato se puede encontrar multicausalidad, ya que no solo los factores sociales están implicados, sino también los culturales, familiares e individuales. En el caso de la mujer el propósito del maltrato es el dominio y sometimiento por parte del agresor; en el caso del anciano, aunque también se pueden dar estas mismas razones (violencia en la pareja en los ancianos), se cree que con mayor frecuencia son la respuesta a una situación de rechazo hacia el anciano, considerado como carga para la familia (49). Generalmente, estos malos tratos se ejercen sobre las personas más vulnerables en diferentes ámbitos, tales como el comunitario o institucional, aunque actualmente se considera que es en el ámbito doméstico donde estas situaciones se producen con mayor frecuencia y donde también es más difícil combatir (104).

Además, como se ha dicho anteriormente, existe el rechazo del anciano a formular la denuncia y a que se emita el parte judicial, ya que casi siempre el agresor es un miembro de la propia familia; a veces es difícil incluso que la víctima reconozca la situación de maltrato, por miedo, por vergüenza, porque no cree que la situación tenga una solución mejor, porque quiere al agresor, por la mala reputación que puede causar a la familia, etc. (93)

Los malos tratos tienen consecuencias físicas (desde hematomas a huesos rotos y heridas en la cabeza, dolor físico persistente, mala alimentación y deshidratación, trastornos del sueño y la susceptibilidad a nuevas enfermedades), psicológicas o sociales (empeoramiento de la calidad de vida, aislamiento de familiares y amigos, angustia y depresión, aumento del riesgo de desarrollar reacciones de miedo y ansiedad, impotencia, alteraciones del sueño y estrés post-traumático) sobre el anciano (93, 94, 97, 100, 127).

Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios, ya que generan un aumento de la frecuentación y de las hospitalizaciones y pueden ser causa de mortalidad prematura (93, 97, 127).

Todo este contexto hace del maltrato al anciano un problema sociosanitario emergente en las sociedades desarrolladas y de gran importancia en la actualidad. Por ello, se decidió investigar esta problemática social desde el punto de vista enfermero y diagnosticar su prevalencia, factores de riesgo, acciones a llevar a cabo, posibles causas, etc. en las personas mayores vulnerables.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1.1. Objetivos generales

- Dimensionar la situación de maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario en las regiones: España (Andalucía-Córdoba), Portugal (Oporto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra).
- Estimar la existencia de maltrato a personas mayores vulnerables en los entornos referidos a través de tasas de prevalencia referidas al periodo de estudio.

2.1.2. Objetivos específicos

- Identificar expresiones de maltrato.
- Identificar signos/síntomas de maltrato.
- Establecer manifestaciones comunes de maltrato.
- Identificar factores de riesgo de maltrato.
- Identificar intervenciones ante el maltrato.
- Definir el Perfil del anciano maltratado según entornos estudiados.
- Definir el Perfil General del anciano maltratado, por contraste, de los cuatro ámbitos estudiados.

2.1.3. Objetivos Secundarios

- Identificar Normativas, leyes y regulaciones acerca del maltrato al anciano en los contextos estudiados.
- Identificar Instituciones y recursos implementados contra el maltrato en los contextos estudiados.
- Identificar normativa global/internacional y su nivel de aplicación en los entornos/contextos estudiados.
- Identificar criterios de eficacia y eficiencia en los entornos estudiados en la aplicación de la normativa vigente.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio observacional descriptivo de tipo transversal, multicéntrico y multipaís.

3.2. SUJETOS DE ESTUDIO

Población mayor de 65 años (en el caso de Bolivia mayor de 60 años porque en este país el umbral para considerar una persona mayor son 60 años), hombres y mujeres, pertenecientes a las áreas de influencia de los Centros de Salud de referencia en el Sistema de Salud del ámbito de estudio.

Criterios de inclusión:

- Ancianos que estuvieran al menos seis meses en la forma de convivencia actual.

Criterios de exclusión:

- Padecer deterioro cognitivo.

3.3. ÁMBITO DE ESTUDIO

Los ámbitos de influencia de los Centros de Salud de referencia del Sistema de Salud de los siguientes países:

- España (Andalucía-Córdoba): Centros de Atención Primaria pertenecientes al Distrito Sanitario de Córdoba.
- Bolivia (Santa Cruz de la Sierra): Centros del Seguro de Salud para la Atención al Adulto Mayor (SSPAM) de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia)
- Portugal (Oporto, Azores). Centros de Atención Primaria pertenecientes al Sistema Público de Salud de las ciudades de Oporto y de las islas que componen las Islas Azores.

3.4. MUESTRA

Las referencias utilizadas para el cálculo del tamaño muestral fueron:

- Para España aunque hay estudios comentados anteriormente en el apartado de la introducción, existen diferencias en la prevalencia establecida en los mismos para los diferentes ámbitos geográficos del territorio español. Por ello, y debido a que en

Córdoba no se han encontrado referencias en estudios previos, se estimó una proporción esperada del 50%, situación que se considera de máxima incertidumbre.

- Para Bolivia se utilizaron como referencia los datos del El Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA (2012) en el que de una muestra de 1.300 hombres y mujeres mayores que participaron en las consultas previas a dicho informe, el 43% dijeron que temen ser objeto de violencia personal.
- Portugal, según el Banco Mundial de la Salud el 39,4% de los adultos mayores son víctimas de violencia. En el caso concreto de Azores, estudios previos indican que un 34,2 % había sido víctima de al menos un acto de violencia.

El cálculo de tamaño muestral se realizó con el programa GRANMO (v 7.12 Abril 2012) para estimación poblacional (proporciones): aceptando un error alfa de 0.95 para una precisión de +/- 0.07 unidades en un contraste bilateral y una tasa de reposición del 10%, resultando para cada ámbito:

- Córdoba: para una proporción estimada de 0.5, **218** sujetos.
- Bolivia: para una proporción estimada de 0.4, **210** sujetos.
- Oporto: para una proporción estimada de 0.39, **208** sujetos.
- Azores: para una proporción estimada de 0.34, **196** sujetos.

3.5. VARIABLES DEL ESTUDIO

Independientes:

A) Filiación anciano:

- País (España, Bolivia o Portugal).
- Edad (variable continua)
- Sexo (hombre/mujer)
- Estado civil (casado/viudo/soltero/pareja de hecho/separado o divorciado/otro).
- Hijos (si/no)
- Número de hijos (variable continua).
- Ingresos económicos (si/no).
- Nivel de estudios (analfabeto, aprendizaje elemental no formal/ primarios incompletos/ primarios completos/secundarios o bachiller incompletos/secundarios o bachiller completos/ universitarios).
- Actividad laboral (si/no).
- Renta mínima oficial (si/no).
- Tipo de convivencia (permanente/golondrina).

- Con quien convive (solo/ hijos/pareja/nietos/otros familiares/cuidador pagado/otros).
- Tiempo que lleva en la convivencia actual.

B) Filiación de los familiares convivientes:

- Número de convivientes (variable continua).
- Edad (variable continua).
- Sexo (hombre/mujer).
- Estado civil (casado/viudo/soltero/pareja de hecho/separado o divorciado/otro).
- Ingresos económicos (si/no).
- Actividad laboral (si/no).
- Renta mínima oficial (si/no).

C) Evaluación de trastorno cognitivo (si/no):

Para la valoración de esta variable se usó el Mini-Examen Cognitivo (MEC) de Folsteins et al. (1975) (128), adaptado y validado al español por Lobo et al. (2002) (129) (ANEXO I).

D) Evaluación Grado de dependencia (independiente/dependencia leve/dependencia moderada/dependencia severa/dependencia total):

Para la valoración de esta variable se usó el índice de Barthel de Mahoney y Barthel (1965) (130) (ANEXO II).

E) Funcionabilidad familiar (familia normofuncional/familia disfuncional leve/familia disfuncional grave)

Para la valoración de esta variable se usó el test del APGAR familiar de Smilkstein G. (1978) (131) (ANEXO III).

F) Signos registrados de abuso en historias clínicas (si/no):

Registro abierto de signos de atención por heridas u otros registros relacionados.

G) Tipo de sospecha de maltrato (físico, psicológico, negligencia, económico y sexual)

Para ello se relaciona cada pregunta del EASI (70) con un tipo de maltrato:

- Malos tratos físico y sexual: *“En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida...), le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?”.*

- Psicológico: “En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida...) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?”.
- Negligencia: “En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida...), le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?”.
- Económico: “En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida...), ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?”.

Dependientes:

- Sospecha de maltrato (sí/no)

Para la valoración de esta variable se ha utilizado el Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores “EASI” (Elder Abuse Suspicion Index) (Pérez-Rojo, et al. 2010) (70) (ANEXO IV).

- Creencia del entrevistador en base a datos objetivos sobre si el paciente es maltratado (sí, no, no lo sé).

Para la valoración de esta variable se ha utilizado la pregunta 59 “¿Cree que este paciente está siendo maltratado?” del Formulario de Evaluación Trabajo Social “FETS” (Yaffe et al; en IMSERSO, 2007) (132) (ANEXO V).

Este instrumento permite tener dos fuentes de información sobre la sospecha de maltrato: la propia persona mayor y el entrevistador, que ha recibido entrenamiento previo para detectar este tipo de situaciones.

3.6. PERIODO DE RECOGIDA DE DATOS

- Andalucía- Córdoba: Mayo 2014 – Abril 2015.
- Bolivia: Octubre-Noviembre 2014.
- Portugal (Norte y Azores): Enero – Junio 2014

3.7. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Los instrumentos utilizados para la recogida de datos han sido los siguientes:

- Historias clínicas de los usuarios de los centros de salud de referencia.

- Un único documento contenía las variables independientes (la mayoría comprendidas en el EASI (70)) y todos los instrumentos mencionados en el apartado variables (ANEXO VI):

- Mini-Examen Cognitivo (MEC) de Folstein et al. (1975) (128), adaptado y validado al español por Lobo et al. (2002) (129). Es una herramienta de cribado del deterioro cognitivo que evalúa las siguientes esferas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje. Tiene una puntuación máxima de 35 puntos, considerándose que hay deterioro cognitivo si la puntuación es <23 puntos. Se excluyen las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces se calcula la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. Este cuestionario tiene buena validez y fiabilidad con una especificidad del 82% y una sensibilidad del 84,6%.
- Test de autonomía para las actividades de la vida diaria de Mahoney y Barthel (1965) (130), adaptado y validado al español por Baztán et al. (1993) (133). Es una escala para valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, etc. Consta de 10 ítems con una escala Likert y tiene un rango de puntuación de 0 a 100, a menor puntuación, más dependencia, y a mayor puntuación más independencia, considerándose los siguientes rangos:
 - 0-20= dependencia total.
 - 21-60= dependencia severa.
 - 61-90=dependencia moderada.
 - 91-99=dependencia leve.
 - 100=Independencia.

Este cuestionario tiene una validez entre 0,73 y 0,77 y una fiabilidad de 0,88-0,98.

- Test APGAR familiar de Smilkstein G. (1978) (131), adaptado al español por Bellón et al. (1996) (134) (la sigla APGAR se deriva en inglés de los cinco componentes de la función familiar: *adaptability*, *partnertship*, *growth*, *affection* and *resolve*). Consta de 5 ítems tipo Likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar, los puntos de corte son los siguientes:
 - Normofuncional de 7 - 10 puntos.
 - Disfuncional leve de 3 – 6 puntos.
 - Disfuncional grave de 0 – 2 puntos.

Tiene una validez de 0,8 y una fiabilidad superior a 0,75.

- Índice de Sospecha de Maltrato hacia la Personas Mayores “EASI” (Elder Abuse Suspicion Index) de Yaffe et al. (2008) (63) validado y adaptado al español por Pérez-Rojo et al. (2010) (70). Se considera que hay caso de sospecha de maltrato en caso de una o más respuestas afirmativas del ítem 2 al 6. Tiene una sensibilidad del 51% y una especificidad del 95%.
- Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS) de Yaffe et al. (en IMSERSO, 2007) (132), adaptado al español por Pérez-Rojo et al. (2010) (70). Consta de 67 preguntas, siendo la pregunta 59 *¿Cree que este paciente está siendo maltratado?* la considerada como variable criterial para determinar si es un caso de maltrato. Además se utiliza esta variable para comparar y validar los resultados del EASI (70).
- Cuestionario autoelaborado para las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, hijos, ingresos económicos, nivel de estudios, actividad laboral y tipo de convivencia. La mayoría de ellas estaban comprendidas en los diferentes instrumentos nombrados anteriormente.

3.8. PROCEDIMIENTO EN LA RECOGIDA DE DATOS

- Se determinaron las áreas geográficas de los Centros de salud de referencia donde se iba a realizar el estudio y se solicitó colaboración a los gerentes de dichas áreas:
 - En España se realizó en la provincia de Córdoba (Andalucía): para ello se contactó con el gerente del Distrito Córdoba - Guadalquivir, emitiendo su permiso correspondiente (ANEXO VII). A su vez para la recogida de datos se estratificó la muestra y se aleatorizó en cuatro centros de salud en función de la distribución de personas mayores atendidas en los centros de referencia. Para el muestreo se utilizó una tabla de números aleatorios y se seleccionaron los casos de las bases de datos del censo de personas mayores de los diferentes centros de salud que participaron en el estudio.
 - En Portugal (Oporto - Azores). La muestra fue recogida en Oporto y en las diferentes Islas de las Azores. El muestreo utilizado fue aleatorio simple. La recogida se llevó a cabo en los centros de salud, centros de día para personas mayores y en el hogar de las personas mayores (todas las personas mayores que participaron estaban inscritos en los centros de salud de su correspondiente área). Se solicitó autorización para la realización del estudio a los directores de todos los centros de salud de la región. Después de obtener la autorización correspondiente, se llevó a cabo una reunión en cada uno de los centros de salud con las enfermeras sobre información y preparación para la recogida de los datos.

- En Bolivia se contactó con la gerente de la Red Metropolitana Norte y la responsable del Seguro Departamental de Salud (SEDES), emitiendo su permiso correspondiente (ANEXO VIII) para recoger datos de los centros Asistenciales del SSPAM de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. El muestreo fue aleatorio simple.
- Se procedió a solicitar los informes a los comités de ética correspondientes (ANEXO IX).
- Se contactó con los profesionales de la salud y/o sociosanitarios de los Centros de Salud referenciados: Enfermeros/as y/o Trabajadores Sociales y/o Psicólogos/as.
- Acceso a la población de estudio a través de los profesionales señalados en el punto anterior. En el caso de España y Bolivia se contó con un entrevistador único e independiente, previamente instruido y formado en el tema.
- Se visitó a los participantes en el centro de Salud y en los casos en los que las Personas Mayores no podían desplazarse por problemas de salud, el entrevistador les visitó en su domicilio. A todos los participantes se le dio la hoja de Información y se les pidió cumplimentar la solicitud de Consentimiento Informado antes de iniciar las entrevistas (ANEXO X).
- Se les realizó una entrevista semiestructurada (aplicando los diversos cuestionarios mencionados anteriormente) con una adaptación lingüística/cultural del entorno.
- Finalmente se cumplimentaron los cuestionarios y fueron analizados.

3.9. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa PASW Statistic 18 (antes SPSS) y consistió en:

3.9.1. Análisis descriptivo:

- Para las variables cualitativas mediante el cálculo de recuentos (n) y proporciones (%).
- Para las variables cuantitativas mediante el cálculo de medias aritméticas (m) y desviaciones típicas (DE), medianas (me) y rangos intercuartílicos (RIC), valores mínimos (Min) y máximos (Max).

3.9.2. Estadística Inferencial:

- Para las variables cualitativas:
 - Comparación de proporciones de las variables categóricas mediante pruebas ji-cuadrado para tablas de contingencia.

- En el caso de tablas 2 x 2 se utilizó el estadístico ji-cuadrado con corrección de Yates, y cuando alguna frecuencia esperada fue ≤ 5 se aplicó la prueba exacta de Fisher.
- Para variables cuantitativas:

En primer lugar, se realizó la determinación de la bondad de ajuste a una distribución normal mediante la prueba de Shapiro-Wilk y la comprobación de la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene.

Si los datos se ajustaron a una distribución normal se utilizaron pruebas paramétricas. En caso contrario, se aplicaron sus correspondientes no paramétricas.

 - Comparación de los valores promedios de las variables cuantitativas entre dos grupos, mediante pruebas t de Student para muestras independientes (prueba paramétrica) o pruebas U de Mann-Whitney (no paramétrica).

3.9.3. Comparación entre países:

- Comparación de los valores promedios de las variables cuantitativas entre los cuatro grupos geográficos (Córdoba, Oporto, Azores y Santa Cruz de la Sierra) mediante el Análisis de Varianza de un factor (prueba paramétrica) y sus respectivas pruebas post-hoc con corrección GT2 de Hochberg (si las varianzas fueran homogéneas) o Games Howell, (si fueran desiguales). Sus equivalentes no paramétricas fueron la prueba de Kruskal-Wallis y pruebas U de Mann-Whitney como pruebas post-hoc.
- Correlación entre variables cuantitativas, mediante el cálculo de coeficientes de correlación lineal de Pearson (prueba paramétrica) o correlación de Spearman (prueba no paramétrica).
- Comparación de las variables cualitativas mediante la prueba de Ji-cuadrado, con Test exacto de Fisher

3.9.4. Asociación multivariante

Para identificar posibles factores asociados al maltrato (comprobar la asociación entre variables independientes y la variable sospecha de maltrato) se ha utilizado el análisis de regresión logística múltiple (RLM). Además se realizó un RLM con cada una de las variables resultado más importantes para conocer cómo se relacionaban con las variables correspondientes y en especial con la variable sospecha de maltrato. Se pretendió también conocer la existencia de posibles variables confusoras. En concreto, las variables consideradas para el análisis de RLM, han sido:

- Sexo de la Persona Mayor.
- Edad de la Persona Mayor.
- Nivel educacional de la Persona Mayor.
- Estado civil de la Persona Mayor.

- Puntuación del Test Barthel para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Puntuación del Apgar Familiar.

Para la RLM se recodificaron estas variables agrupando categorías, quedando de la siguiente forma:

- Sexo (Hombre/mujer).
- Edad de la Persona Mayor (se establecieron 4 rangos de edad).
- Nivel educacional (Con estudios/sin estudios).
- Estado civil (Soltero/viudo/separado o divorciado/con pareja).
- Puntuación del Test Barthel para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (Dependencia total, severa o moderada/Dependencia escasa o Independiente).
- Puntuación del Apgar Familiar (Normofuncional/disfuncional leve o grave).

Para el RLM se realizó en primer lugar un análisis univariante con cada una de las variables recogidas. Por medio del estadístico de Wald, las variables con una $P > \alpha = 0,15$ (procedimiento de selección metódica hacia atrás), fueron una a una eliminadas del modelo. La comparación del modelo reducido con el que incluye las variables eliminadas se realizó mediante el test de la razón de verosimilitud. La escala de las variables continuas fue valorada mediante la prueba de Box Tidwell. Se estudiaron las posibles interacciones entre las variables. Las variables con una significación superior a 0,05 fueron estudiadas como posibles factores de confusión, considerándolas como tales si el porcentaje de cambio de los coeficientes era mayor al 15%. Como prueba diagnóstica de casos extremos se utilizó la distancia de Cook. El estadístico de Hosmer-Lemeshow se empleó para valorar la bondad de ajuste.

Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales. Y en todas las pruebas estadísticas se considerarán valores "significativos" aquéllos cuyo nivel de confianza sea del 95% ($p < 0,05$).

3.10. CRONOGRAMA

- Revisión bibliográfica: Junio 2012- Julio 2015.
- Elección de instrumentos: Febrero a Abril 2013.
- Diseño del proyecto de investigación: Enero a Abril de 2013.
- Redacción marco teórico: Enero a Julio de 2013.
- Diseño base de datos: Abril a Junio de 2013.
- Planificación recogida de datos: Informes Comités de Ética de la Investigación. Solicitud de Permisos en los Centros de Salud Referencia (puerta de entrada a los sujetos de estudio). Acceso Centros de Salud. Contactos profesionales enfermeros y/o Trabajadores Sociales. Formación colaboradores en la recogida de datos: Junio a Diciembre 2013

- Recogida de datos/administración de instrumentos: Enero – Junio 2014 (Portugal), Octubre - Noviembre 2014 (Bolivia) Junio 2014 - Abril 2015 (España).
- Corrección de cuestionarios: Abril 2014 a Abril 2015.
- Análisis de los datos: Octubre 2014 a Abril de 2015.
- Resultados: Febrero a Junio de 2015.
- Discusión, conclusiones: Marzo a Julio 2015.
- Redacción informe final: Junio a Septiembre 2015.
- Difusión resultados: Diciembre 2014 a Diciembre 2015.

CURSO ACADÉMICO																
TAREAS	2012				2013				2014				2015			
	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic												
Revisión bibliográfica																
Elección instrumentos																
Diseño proyecto de investigación																
Redacción del marco teórico																
Diseño de la base de datos																
Planificación recogida datos																
Administración de los instrumentos																
Corrección de cuestionarios																
Análisis e os datos																
Resultados																
Discusión y conclusiones																
Redacción del informe final																
Difusión de resultados																

3.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- El proyecto fue aprobado por los comités de ética correspondientes de los ámbitos sanitarios donde se realizó la recogida de datos.
- Los datos obtenidos de las historias clínicas se han trasladado a la base de recogida de datos sin ningún dato biográfico o identificativo, por lo que han sido tratados de forma anónima.
- Se solicitó permiso para pasar el Cuestionario a los Centros de Salud de referencia (puerta de entrada a los sujetos de estudio).
- La investigación realizada respeta los principios fundamentales de la declaración de Helsinki, del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, de la declaración Universal de la UNESCO, sobre el genoma humano y los derechos humanos y el Consejo de Oviedo relativo a los derechos humanos y a la biomedicina.
- España: Todos los datos de los participantes fueron tratados confidencialmente de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99 del Estado Español.
- Portugal: De acuerdo a la Ley nº 67/98 de 26 de octubre Ley de protección de datos personales (traslado al régimen jurídico portugués de la directiva 95/46/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de Octubre de 1995. Relativa a la protección de las personas en lo que respecta al tratamiento de los datos personales y la libre circulación de los mismos).
- Bolivia: Cumplimiento de las Leyes vigentes al respecto.

4. RESULTADOS

4.1.RESULTADOS DE ESPAÑA (ANDALUCÍA-CÓRDOBA):

Se reclutaron un total de 447 casos, de los cuales se excluyeron del estudio 30 por padecer deterioro cognitivo. Aunque la muestra estuvo compuesta por 417 casos, solo se consiguió entrevistar y cumplimentar el EASI en un total de 188 personas mayores, debido a que un 54,7% no acudieron a la cita prevista con el entrevistador.

4.1.1. Variables Sociodemográficas de las Personas Mayores

Con respecto a la filiación de las personas mayores (tablas 8 y 9), un 45,6% fueron hombres y un 54,4% mujeres. La edad media de las personas mayores fue 74,96 [Desviación Estándar (DE) \pm 7,012], siendo la mediana 74 años y la moda 66 años. El estado civil más frecuente fue casado/a (63,3%), seguido de viudo/a (27,7%), soltero/a (4,8%), separado/a (2,6%), pareja de hecho (1,1%) y divorciado/a (0,5%). El nivel de estudios más frecuente fue aprendizaje elemental no formal (leer y escribir) (31,7%), seguido de estudios primarios incompletos (29,1%), primarios completos (13,8%), analfabetismo (9,5%), secundaria/bachiller/formación profesional incompleta (5,8%), secundaria/bachiller/formación profesional completa (5,8%) y estudios universitarios (4,3%). Solo el 1,6% se encontraban activos laboralmente, mientras que el 98,4% de las personas mayores no tenían actividad laboral. El 88,4% tenían ingresos económicos, mientras que el 11,6% no. Un 38,1% no alcanzaban la renta mínima oficial, mientras que el 61,9% si. El 91,5% de las personas mayores tenían hijos, con una media de 3,01 hijos (DE \pm 4,615). La mayoría de las personas estudiadas tenían una convivencia permanente (98,9%) y solo el 1,1% tenían convivencia intermitente (golondrinas). La forma de convivencia más frecuente fue vivir con su cónyuge (45,8%), seguido de solos/as (18,6%), cónyuge e hijos (17%), hijos y nietos (8,5%), hijos (3,2%), otros familiares (3,2%), cónyuge, hijos y nietos (2,7%), cónyuge y otro familiar de 2º o 3º grado (0,5%) y cuidador (0,5%). El número de años que llevaba con la convivencia actual fue 31,38 años (DE \pm 18,28).

Tabla 8: Variables sociodemográficas cualitativas de la Persona Mayor España (Andalucía-Córdoba)

Variables sociodemográficas PM	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	190	45,6
Mujer	227	54,4
Estado Civil		
Casado/a	119	63,3
Viudo/a	52	27,7
Divorciado/a	1	0,5
Separado/a	5	2,6
Soltero/a	9	4,8
Pareja de hecho	2	1,1
Nivel de Estudios		
Analfabetismo	18	9,5
Aprendizaje elemental no formal	60	31,7
Primarios Incompletos	55	29,1
Primarios Completos	26	13,8
Secundaria/bachiller/f. profesional incompleta	11	5,8
Secundaria/bachiller/f. profesional completa	11	5,8
Estudios Universitarios	8	4,3
Actividad Laboral		
Si	3	1,6
No	186	98,4
Ingresos Económicos		
Si	167	88,4
No	22	11,6
Renta mínima oficial		
Si	117	61,9
No	72	38,1
¿Tiene hijos?		
Si	173	91,5
No	16	8,5

f.profesional= formación profesional

Variables sociodemográficas PM	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Tipo de convivencia		
Permanente	184	98,9
Intermitente (golondrinas)	2	1,1
Forma de convivencia		
Solo/a	35	18,6
Cónyuge	86	45,8
Cónyuge e hijos	32	17
Cónyuge, hijos y nietos	5	2,7
Cónyuge y otro familiar de 1º y 2º grado	1	0,5
Hijos	6	3,2
Hijos y nietos	16	8,5
Nietos	0	
Otro familiar de 2º o 3º grado	6	3,2
Cuidador	1	0,5
Otra forma no especificada	0	

Tabla 9: Variables sociodemográficas cuantitativas de la Persona Mayor España (Andalucía-Córdoba)

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	417	74,96	7,012	74	66	65	94
Nº Hijos	188	3,01	4,615	3	2	0	62
Años de convivencia	189	31,38	18,28	37	45	1	83

4.1.2. Variables sociodemográficas de los Convivientes Familiares

Con respecto a la filiación de los convivientes familiares (Tablas 10 y 11), las personas mayores tenían una media de 1,36 convivientes (DE $\pm 1,19$), siendo estos mujeres en un 64,1% de los casos y hombres en un 35,9%. La edad media de los convivientes o cuidadores fue de 68,54 (DE $\pm 11,35$). El estado civil más frecuente de los convivientes familiares/cuidador principal fue casado/a (88,2%), seguido de soltero/a (7,9%), viudo/a (1,3%), separado/a (1,3%) y pareja de hecho (1,3%). La mayoría de ellos tenían ingresos económicos (76,5%) y solo un 23,5% no tenían. El 52,3% de los convivientes familiares/cuidador principal no alcanzaban la renta mínima oficial, mientras que 47,7% si la alcanzaban. Por último el 82,2% de los

cuidadores familiares/cuidador principal no se encontraban con actividad laboral, mientras que el 17,8% si se encontraban activos laboralmente.

Tabla 10: Variables sociodemográficas cualitativas de los convivientes familiares España (Andalucía- Córdoba)

Variables sociodemográficas de los Convivientes familiares	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	55	35,9
Mujer	98	64,1
Estado Civil		
Casado/a	135	88,2
Viudo/a	2	1,3
Divorciado/a	0	
Separado/a	2	1,3
Soltero/a	12	7,9
Pareja de hecho	2	1,3
Actividad Laboral		
Si	27	17,8
No	125	82,2
Ingresos Económicos		
Si	117	76,5
No	36	23,5
Renta mínima oficial		
Si	73	47,7
No	80	52,3

Tabla 11: Variables sociodemográficas cuantitativas de los convivientes familiares España (Andalucía-Córdoba)

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	153	68,54	11,35	70	75	31	90
Nº Convivientes	188	1,36	1,19	1	1	0	7

4.1.3. Estado Cognitivo, Test de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y APGAR Familiar de las Personas Mayores

Con respecto al estado cognitivo de las Personas Mayores, al ser un criterio de exclusión del estudio, el 100% de las PM participantes no poseían deterioro cognitivo. La puntuación media obtenida para el MEC fue 31,5 puntos (DE $\pm 3,72$). Con respecto a las diferentes preguntas del examen cognitivo del MEC, destacar que los fallos más comunes fueron error en recordar tres palabras mencionadas anteriormente (36,7%), repetir inversamente los números 5,9,2 (30,7%) y error en la fecha (28,1%) (Tabla 12).

Tabla 12: Puntuación del examen cognitivo MEC de la Persona Mayor España (Andalucía-Córdoba)

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Puntuación del MEC	199	31,50	3,72	32	35	24	35

Con respecto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), la puntuación media fue 93,1 puntos (DE $\pm 15,91$); siendo un 67,8% independientes, un 15,4% tenían dependencia moderada, un 10,1% dependencia escasa, un 5,3% dependencia severa y un 1,4% tenían dependencia total (Tabla 13).

Tabla 13: Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria España (Andalucía-Córdoba)

Dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dependencia Total	3	1,4
Dependencia Severa	11	5,3
Dependencia Moderada	32	15,4
Dependencia Escasa	21	10,1
Independiente	141	67,8

Con respecto al APGAR Familiar, la puntuación media fue 8,68 puntos (DE $\pm 1,71$), perteneciendo el 91,5% a familias normofuncionales, el 7,4% a familias disfuncionales leves y el 1,1% a familias disfuncionales graves (Tabla 14).

Tabla 14: Test de APGAR Familiar España (Andalucía-Córdoba)

APGAR Familiar	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Normofuncional	172	91,5
Disfuncional leve	14	7,4
Disfuncional grave	2	1,1

4.1.4. Sospecha de Maltrato

Con respecto al estado de salud de las personas que participaron en el estudio, el 38,8% presentaban un buen estado de salud, seguido de estado regular de salud (31,1%), excelente (24,4%), mala (5,2%) y muy mala (0,5%). La media de enfermedades que poseía la persona mayor fue de 2,84 (DE $\pm 1,396$).

Con respecto a las diversas preguntas del EASI las respuestas fueron:

El 18,6% contestaron afirmativamente al ítem 1 [*en los últimos 12 meses ¿ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?*]. En los casos que necesitaron ayuda se la prestó principalmente su pareja (45%) o hijos/as (43,66%), y solo en el 2,8% afirmaron que existía problemas con la persona que le prestaba la ayuda, siendo el problema discusiones o peleas.

Nadie contestó afirmativamente al ítem 2 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audifono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente que desea estar?*].

El 2,2% contestó afirmativamente al ítem 3 [*en los últimos 12 meses, ¿se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?*] y un 0,2% no contestaron. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 80% “algunas veces” y el 20% ”una ocasión”.

Nadie contestó afirmativamente al ítem 4, aunque hubo un caso (0,2%) que no contestó al ítem 4 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?*].

El 0,7% respondieron afirmativamente al ítem 5 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?*]. La

frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 66,7% “algunas veces” y el 33,3% “una ocasión”.

Por último, el ítem 6, que es respondido por el entrevistador, fue afirmativo en el 1,7% de los casos [*el maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?*].

Con respecto al resultado del EASI, que mide la sospecha de maltrato en el último año, se identificó sospecha de maltrato en el 6,9% de los casos. En estos casos de sospecha de maltrato fue más frecuente la sospecha de maltrato psicológico (69,2%), negligencia (38,5%) y físico (7,7%). En estos casos la Persona Mayor identificó como el causante del maltrato a los hijos (75%), esposo/a (8,4%) y a los hijos y ex-marido/a (16,6%); tratándose en el 92,3% de los casos de familiares de primer grado. En el 72,9% de los casos se entrevistó a la persona mayor en privado y en el 27,1% de los casos no fue posible entrevistar a la persona mayor en privado, ya que estuvo presente en la mayoría de los casos su pareja (49%) o su hijo/a (33,33%). Respecto a los registros abiertos de las historias clínicas, solo se encontró un caso registrado de maltrato en la historia clínica.

4.1.5. Formulario de Evaluación del Trabajo Social

Con respecto al Formulario de Evaluación del Trabajador Social (FETS), en el que se utilizó la pregunta 59 “¿Cree que el paciente está siendo maltratado?” para comparar y validar los casos de sospecha de maltrato del EASI, en el 5,9% de los casos el entrevistador creyó que el paciente estaba siendo maltratado en base a los datos objetivos como ropa, suciedad, mal olor, etc. y la percepción de la PM y en 1,1% no estaba seguro. Un 4,8% de las personas entrevistadas respondió afirmativamente a que había habido momentos en los que se había sentido atemorizado o amenazado por alguna persona cercana, habiendo ocurrido esto en el último año en el 55,6% de las personas que habían respondido afirmativamente. El 1,6% (3 casos) de las personas mayores cree que alguien cercano a el, le maltrata de forma intencional o no; no habiendo ocurrido esto en el último año en la totalidad de los casos. El 8,5% de los casos contestó afirmativamente a la pregunta “¿Alguna vez ha sentido que alguien cercano a usted estaba haciéndole daño emocional, físico (por ejemplo, golpeándole o tratarle bruscamente), sexual o económico, o siendo negligente y descuidando sus necesidades básicas, ya sea de forma intencional o no”, habiendo ocurrido esto en el último año en el 37,5% de las personas que habían respondido afirmativamente. El 97,3% de las Personas Mayores están satisfechos con la relación que mantiene con las personas cercana a el.

Con relación a la percepción del entrevistador según el FETS, en el 99,8% de los casos el entrevistador pensó que la persona mayor se mostró sincera y abierta. Respecto al estado emocional percibido por el entrevistador, se observó tristeza en el 5,3% de las personas mayores, seguido de vergüenza (1,2%), depresión (1,2%), miedo (0,7%), impotencia (0,7%), llanto (0,7%) e ira (0,2%). Las personas mayores declararon que habían sido maltratadas psicológicamente en un 23,1% de la totalidad de los casos de maltrato y un 7,7% reconocieron

que habían sido maltratados físicamente. Ninguna de las Personas Mayores maltratadas reconoció ser objeto de maltrato sexual, económico o negligencia. La seguridad del evaluador de su evaluación en una escala de 0 a 1 puntos fue de 0,86 (DE $\pm 0,14$). Por último, el entrevistador considera que el 7,7% de los casos de maltrato la Persona Mayor se encuentra en peligro inminente y que el 46,2% de los casos de maltrato deben de ser derivados para recibir algún tipo de ayuda.

4.1.6. Características sociodemográficas de las Personas Mayores con Sospecha de maltrato

Con respecto al perfil de la persona mayor en los casos de sospecha de maltrato, un 84,6% fueron mujeres y un 15,4% hombres, con una edad media de 78,46 años (DE $\pm 7,97$). El 58,4% estaban viudos/as y un 16,7% estaban separados/as. El nivel de estudios de este colectivo fue que un 46,1% tenían aprendizaje elemental no formal (leer y escribir), seguidos del 30,8% que tenían estudios primarios incompletos y el 15,4% que eran analfabetos. Respecto a la actividad laboral el 100% no tenían actividad laboral y el 53,8% no llegaban a la renta mínima oficial. El 69,2% tenían ingresos económicos. El 92,3% tenían hijos con una media de 3,38 (DE $\pm 2,26$). La convivencia más común fue solo/a (46,1%), seguido de convivencia con el cónyuge (23,1%), hijos (15,4%), cónyuge e hijos (7,7%) e hijos y nietos (7,7%). Llevan conviviendo de ese modo una media de 15,62 años (DE $\pm 13,29$). Tenían una puntuación media en el MEC de 29,46 puntos (DE $\pm 4,45$); una puntuación media para las ABVD de 92,31 puntos (DE $\pm 11,66$) siendo la mayoría independientes (46,2%) o con dependencia escasa (23,1%) o dependencia moderada (23,1%); y una puntuación en el APGAR Familiar de 6,31 puntos (DE $\pm 2,53$), perteneciendo el 53,8% a familias normofuncionales, seguido de disfuncional leve (30,8%) y disfuncional (15,4%). Todos estos datos de las personas mayores con sospecha de maltrato se describen en la tabla 15, junto con los datos sociodemográficos de las personas mayores que no tienen sospecha de maltrato.

Tabla 15: Características sociodemográficas, dependencia para las ABVD y APGAR familiar de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato España (Andalucía-Córdoba)

Variables sociodemográficas PM	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	2	15,4	81	46,3
Mujer	11	84,6	94	53,7
Estado Civil				
Casado/a	1	8,3	118	67,4
Viudo/a	7	58,4	44	25,1
Divorciado/a			1	0,6
Separado/a	2	16,7	3	1,7
Soltero/a	1	8,3	8	4,6
Pareja de hecho	1	8,3	1	0,6
Nivel de Estudios				
Analfabetismo	2	15,4	15	8,6
Aprendizaje elemental no formal	6	46,1	54	30,8
Primarios Incompletos	4	30,8	51	29,1
Primarios Completos	0		26	14,9
Secundaria/bachiller/f. profesional incompleta	0		11	6,3
Secundaria/bachiller/f. profesional completa	1	7,7	10	5,7
Estudios Universitarios	0		8	4,6
Actividad Laboral				
Si	0		3	1,7
No	13	100	172	98,3
Ingresos Económicos				
Si	9	69,2	157	89,7
No	4	30,8	18	10,3
Renta mínima oficial				
Si	6	46,2	111	63,4
No	7	53,8	64	36,6

f. profesional=formación profesional

Variables sociodemográficas PM	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato	
	N	%	N	%
¿Tiene hijos?				
Si	12	92,3	161	92
No	1	7,7	14	8
Tipo de convivencia				
Permanente	12	92,3	171	99,4
Intermitente (golondrinas)	1	7,7	1	0,6
Forma de convivencia				
Solo/a	6	46,1	29	16,6
Cónyuge	3	23,1	83	47,4
Cónyuge e hijos	1	7,7	31	17,7
Cónyuge, hijos y nietos	0		5	2,8
Cónyuge y otro familiar de 1º y 2º grado	0		1	0,6
Hijos	2	15,4	4	2,3
Hijos y nietos	1	7,7	15	8,6
Otro familiar de 2º o 3º grado	0		6	3,4
Cuidador	0		1	0,6
Dependencia para las ABVD				
Dependencia Total	0		2	1,1
Dependencia Severa	1	7,6	5	2,9
Dependencia Moderada	3	23,1	24	13,7
Dependencia Escasa	3	23,1	17	9,7
Independiente	6	46,2	127	72,6
APGAR Familiar				
Normofuncional	7	53,8	165	94,3
Disfuncional leve	4	30,8	10	5,7
Disfuncional grave	2	15,4	0	

Con respecto al perfil del conviviente o cuidador principal en el caso de sospecha de maltrato a la persona mayor, el 57,1% eran mujeres y un 42,9% eran hombres. Tenían una edad media de 53,86 años (DE \pm 21,86). El 42,9% estaban solteros/as, seguidos del 28,5% que estaban casados/as y el 14,3% tenían pareja de hecho. El 85,7% tenían ingresos económicos, teniendo solo el 28,6% actividad laboral y el 28,6% no llegaban a la renta mínima oficial. En la tabla 16 se describen los datos sociodemográficos del conviviente de la persona mayor con sospecha de maltrato, junto con los convivientes de las personas mayores que no tienen sospecha de maltrato.

Tabla 16: Características sociodemográficas de los convivientes familiares de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato España (Andalucía-Córdoba)

Variables sociodemográficas de los Convivientes familiares	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	3	42,9	52	35,6
Mujer	4	57,1	94	64,4
Estado Civil				
Casado/a	2	28,5	133	91,1
Viudo/a	1	14,3	1	0,7
Divorciado/a				
Separado/a			2	1,4
Soltero/a	3	42,9	9	6,1
Pareja de hecho	1	14,3	1	0,7
Actividad Laboral				
Si	2	28,6	25	17,2
No	5	71,4	120	82,8
Ingresos Económicos				
Si	6	85,7	111	76
No	1	14,3	35	24
Renta mínima oficial				
Si	5	71,4	68	46,6
No	2	28,6	78	53,4

Por tanto, con los datos expuestos, se puede decir que descriptivamente el perfil de la Persona Mayor Maltratada es: mujer viuda con 78 años de edad, aprendizaje elemental no formal, sin actividad laboral y con una media de hijos de 3,38 y el perfil del perpetrador de esa

violencia es mujer soltera de 54 años de edad, sin actividad laboral y que llega a la renta mínima oficial.

4.1.7. Análisis Inferencial

Se encontraron diferencias significativas entre el sexo y la sospecha de maltrato siendo las mujeres las que mayor probabilidad tienen de padecer maltrato ($p=0,041$), ya que de las PM con sospecha de maltrato, un 84,62% fueron mujeres (tabla 17).

Tabla 17: Sexo de las PM España (Andalucía-Córdoba)

Sexo	No sospecha de Maltrato		Sospecha de Maltrato		P
	N	%	N	%	
Hombre	81	46,3	2	15,4	0,041
Mujer	94	53,7	11	84,6	

No se encontraron diferencias significativas ($p<0,05$) al comparar la variable maltrato con el nivel educacional.

Para comparar el estado civil con la sospecha de maltrato, se recodificó la variable estado civil en una nueva variable aunando grupos (se unió el grupo de casados con el de pareja de hecho y el grupo de separados con el grupo de separados), existiendo diferencias significativas ($p=0,001$) entre el estado civil y la variable maltrato, siendo los viudos los que mayor probabilidad tienen de sospecha de maltrato (tabla 18).

Tabla 18: Estado civil de las PM España (Andalucía-Córdoba)

Estado Civil	No sospecha de Maltrato		Sospecha de Maltrato		P
	N	%	N	%	
Soltero	8	4,6	1	7,7	0,001
Viudo	44	25,1	8	61,5	
Separado/Divorciado	4	2,3	2	15,4	
Casado/Con pareja	119	68	2	15,4	

También se encontraron diferencias significativas ($p=0,048$) al comparar la puntuación total del MEC con la sospecha de maltrato, teniendo las personas con sospecha de maltrato una puntuación media menor para el MEC (tabla 19).

Tabla 19: Puntuación MEC y puntuación APGAR Familiar de las PM España (Andalucía-Córdoba)

	No sospecha de Maltrato	Sospecha de Maltrato	P
	N= 175	N=13	
Estado Cognitivo (MEC)	31,76 (DE \pm 3,62)	29,46 (DE \pm 4,45)	0,048
APGAR Familiar	8,85 (DE \pm 1,50)	6,31 (DE \pm 2,53)	<0,001

Por último, también se encontraron diferencias significativas entre la puntuación del APGAR Familiar y la sospecha de maltrato ($p < 0.001$), teniendo las personas maltratadas una puntuación media inferior en el APGAR familiar que las personas que no tenían sospecha de maltrato (tabla 19).

4.1.8. Asociación multivariante

El modelo reducido de sujetos con sospecha de maltrato imposibilitaba la realización de un análisis de regresión múltiple significativo debido a que la variable dependiente ha de tener al menos 20 casos por cada variable independiente introducida en el modelo para que dicho modelo tenga fiabilidad y en el presente estudio el modelo no cumple esta consideración porque hay un total de 13 casos de sospecha de maltrato.

4.2. RESULTADOS DE BOLIVIA (SANTA CRUZ DE LA SIERRA):

La muestra estuvo compuesta por un total de 210 personas mayores de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).

4.2.1. Variables sociodemográficas de la Personas Mayores

Con respecto a la filiación de las personas mayores (Tabla 20 y 21), un 57,6% fueron mujeres y un 42,4% hombres. La edad media de las Personas Mayores fue 69,35 (DE \pm 6,904). El estado civil más frecuente fue casado/a (36,2%), seguido de viudo/a (27,1%), separado/a (11%), soltero/a (11%), pareja de hecho (8,6%) y divorciado/a (6,1%). El nivel de estudios más frecuente fue estudios primarios incompletos (37,1%), seguido de aprendizaje elemental no formal (leer y escribir) (18,6%), secundaria/bachiller/formación profesional incompleta (15,2%), analfabetismo (12,9%), primarios completos (7,6%), estudios universitarios (5,3%) y secundaria/bachiller/formación profesional completa (3,3%). El 41,4% de las Personas Mayores seguían activos laboralmente, mientras que el 58,6% no. El 99% tenían ingresos económicos pero solo el 10,5% alcanzaba la renta mínima oficial. El 95,2% de las personas mayores tenían hijos, con una media de 4,82 hijos (DE \pm 2,818). La mayoría de las personas mayores tenían una

convivencia permanente (97,1%) y un 2,9% tenían convivencia intermitente (golondrinas). La mayoría de las Personas Mayores vivía con sus hijos y nietos (25,7%), seguido de cónyuge, hijos y nietos (17,2%), cónyuge e hijos (13,1%), cónyuge (12,4%), solo/a (11,9%), hijos (7,1%), otros familiares (6,8%), cónyuge y nietos (1,9%), nietos (1,4%), otra forma (1,4) y cónyuge y otro familiar de 2° grado (1,1%). El número de años que llevaba con la convivencia actual fue 21,62 años (DE ±14,95).

Tabla 20: Variables sociodemográficas cualitativas de la Persona Mayor Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Variables sociodemográficas PM	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	89	42,4
Mujer	121	57,6
Estado Civil		
Casado/a	76	36,2
Viudo/a	57	27,1
Divorciado/a	13	6,1
Separado/a	23	11
Soltero/a	23	11
Pareja de hecho	18	8,6
Nivel de Estudios		
Analfabetismo	27	12,9
Aprendizaje elemental no formal	39	18,6
Primarios Incompletos	78	37,1
Primarios Completos	16	7,6
Secundaria/bachiller/f. profesional incompleta	32	15,2
Secundaria/bachiller/f. profesional completa	7	3,3
Estudios Universitarios	11	5,3
Actividad Laboral		
Si	87	41,4
No	123	58,6
Ingresos Económicos		
Si	208	99
No	2	1

f. profesional = formación profesional

Variables sociodemográficas PM	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Renta mínima oficial		
Si	22	10,5
No	188	89,5
¿Tiene hijos?		
Si	200	95,2
No	10	4,8
Tipo de convivencia		
Permanente	204	97,1
Intermitente (golondrinas)	6	2,9
Forma de convivencia		
Solo/a	25	11,9
Cónyuge	26	12,4
Cónyuge e hijos	28	13,1
Cónyuge, hijos y nietos	36	17,2
Cónyuge y nietos	4	1,9
Cónyuge y otro familiar de 2° o 3° grado	2	1,1
Hijos	15	7,1
Hijos y nietos	54	25,7
Nietos	3	1,4
Otro familiar de 2° o 3° grado	14	6,8
Otra forma no especificada	3	1,4

Tabla 21: Variables sociodemográficas cuantitativas de la Persona Mayor Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	210	69,35	6,904	68	61	60	94
N° Hijos	210	4,82	2,818	5	2	0	13
Años de convivencia	210	21,62	14,95	20	1	1	63

4.2.2. Variables sociodemográficas de los Convivientes Familiares

Con respecto a la filiación de los convivientes familiares (tabla 22 y 23), las personas mayores tenían una media de 3,16 convivientes (DE $\pm 3,73$), siendo estos mujeres en un 53% de los casos y hombres en un 47%. La edad media de los convivientes o cuidadores fue de 54,31 (DE $\pm 16,95$). El estado civil más frecuentes de los convivientes familiares/cuidador principal fue casado (69,7%) seguido de soltero (14,6%), pareja de hecho (8,6%), viudo (3,8%), separado (2,7%) y divorciado (0,6%). La mayoría de ellos tenían ingresos económicos (89,7%) y solo un 10,3% no tenían ingresos económicos. El 82,2% de los convivientes familiares/cuidador principal no alcanzaban la renta mínima oficial, mientras que el 17,8% si la alcanzaban. Por último, el 73,5% de los convivientes familiares/cuidador principal se encontraban activos laboralmente, mientras que el 26,5% no se encontraban activos laboralmente.

Tabla 22: Variables sociodemográficas cualitativas de los convivientes familiares Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Variables sociodemográficas de los Convivientes familiares	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	87	47
Mujer	98	53
Estado Civil		
Casado/a	129	69,7
Viudo/a	7	3,8
Divorciado/a	1	0,6
Separado/a	5	2,7
Soltero/a	27	14,6
Pareja de hecho	16	8,6
Actividad Laboral		
Si	136	73,5
No	49	26,5
Ingresos Económicos		
Si	166	89,7
No	19	10,3
Renta mínima oficial		
Si	33	17,8
No	152	82,2

Tabla 23: Variables sociodemográficas cuantitativas de los convivientes familiares Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	210	54,31	16,95	59	64	10	94
Nº Convivientes	210	3,16	3,73	2	1	0	29

4.2.3. Estado Cognitivo, Test para las Actividades Básicas de la Vida Diaria y APGAR Familiar de las Personas Mayores

Con respecto al estado cognitivo de las Personas Mayores, al ser un criterio de exclusión en el estudio, el 100% de las Personas Mayores no poseían deterioro cognitivo, por lo que la totalidad de los sujetos pudieron continuar la entrevista y cumplimentar el EASI. La puntuación media obtenida para el MEC fue de 30,94 puntos (DE \pm 3,79). Con respecto a las diferentes preguntas del examen cognitivo del MEC, se destaca que los fallos más comunes fueron error en la fecha (51,4%), repita inversamente los números 5,9,2 (36,7%) y lea y haga lo que dice (Cierre los ojos) (34,3%) (Tabla 24).

Tabla 24: Puntuación del examen cognitivo MEC de la Persona Mayor Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Puntuación del MEC	210	30,94	3,79	31	35	24	35

Con respecto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), la puntuación media fue 97,21 puntos (DE \pm 7,84); de forma que el 81% eran independientes, un 9,5% tenían dependencia moderada, un 8,1% dependencia escasa y 1,4% dependencia severa (Tabla 25).

Tabla 25: Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dependencia Severa	3	1,4
Dependencia Moderada	20	9,5
Dependencia Escasa	17	8,1
Independiente	170	81

Con respecto al APGAR Familiar, la puntuación media fue de 6,85 puntos (DE $\pm 2,30$), perteneciendo el 64,3% de las PM a familias normofuncionales, el 30,5% a familias disfuncionales leves y el 5,2% a familias disfuncionales (Tabla 26).

Tabla 26: Test de APGAR Familiar Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

APGAR Familiar	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Normofuncional	135	64,3
Disfuncional leve	64	30,5
Disfuncional grave	11	5,2

4.2.4. Sospecha de Maltrato

Con respecto al estado de salud de las personas que participaron en el estudio, el 46,7% presentaban un buen estado de salud, seguido de estado de salud regular (29%), excelente (15,7%), mala (8,1%) y muy mala (0,5%). La media del número de enfermedades que tenía la persona mayor fue de 2,06 (DE $\pm 1,04$).

Con respecto a las diversas preguntas del EASI, las respuestas fueron:

El 83,3% contestaron afirmativamente al ítem 1 [*en los últimos 12 meses ¿ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?*]. En los casos que necesitaron ayuda se la prestó principalmente su hijo/a (45%), pareja (28%) o nieto/a (16,66%); y solo/a en el 3,9% afirmaron que existía problemas con la persona que le prestaba la ayuda, siendo el problema discusiones o peleas.

El 7,1% contestaron afirmativamente al ítem 2 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente que desea estar?*] y 1,4% no contestaron. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 82,4% “algunas veces”, un 11,8% “bastantes veces” y el 5,9% “una ocasión”.

El 31,4% contestó afirmativamente al ítem 3 [*en los últimos 12 meses, ¿se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?*] y un 0,5% no contestó. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 54,7% “algunas veces”, un 35,9% “bastantes veces” y el 9,4% “muchas veces”.

El 5,7% contestaron afirmativamente al ítem 4 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar*

documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?] y el 1,4% no contestaron. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 53,8% “una ocasión”, un 30,8% “algunas veces” y el 15,4% “bastantes veces”.

El 11% respondieron afirmativamente al ítem 5 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?*]. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 59,1% “algunas veces”, el 22,7% “bastantes ocasiones”, el 13,6% “una ocasión” y el 4,5% “muchas veces”.

Por último, el ítem 6, que es respondido por el entrevistador, fue afirmativo en el 27,1% de los casos [*el maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?*].

Con respecto al EASI, que mide la sospecha de maltrato en el último año; se identificó sospecha de maltrato en el 39% de los casos. En estos casos de sospecha de maltrato fue más frecuente la sospecha de maltrato psicológico (82,9%), seguido de negligencia (54,9%), físico (18,3%), económico (17,1%) y sexual (1,2%). En estos casos la Persona Mayor identificó como desencadenantes del maltrato a los hijos (66,7%), pareja (6,4%), hermanos (6,4%), nietos (5,1%), vecinos (3,3%) y nuera o yerno (3,9%); tratándose en el 73,2% de los casos de familiares de primer grado, en el 10,3% sin parentesco, en el 7,7% parentesco de segundo grado y en el 5,1% parentesco no especificado. En el 86,7% de los casos se entrevistó a la persona mayor en privado y en el 13,3% de los casos no fue posible entrevistar a la persona mayor en privado, ya que estuvo presente en la mayoría de los casos su hijo/a (39,3%), su pareja (25%) o su nieto/a (14,3%).

4.2.5. Formulario de Evaluación del Trabajo Social

Con respecto al Formulario de Evaluación del Trabajador Social (FETS), en el que se utilizó la pregunta 59 “*¿Cree que el paciente está siendo maltratado?*” para comparar y validar los casos de sospecha de maltrato del EASI, en el 37,1% de los casos el entrevistador creyó que el paciente estaba siendo maltratado en base a los datos objetivos como ropa, suciedad, mal olor, etc. y la percepción de la PM y en el 2,9% no estaba seguro. Hay que destacar que un 23,8% de los encuestados respondió afirmativamente a que había habido momentos en los que se haya sentido atemorizado o amenazado por alguna persona cercana, habiendo ocurrido esto en el último año en el 84% de las personas que respondieron afirmativamente. El 6,7% de las personas mayores cree que alguien cercano a él, le maltrata de forma intencional o no, habiendo ocurrido esto en el último año en el 92,3% de las personas que respondieron afirmativamente. El 20% de las personas mayores contestó afirmativamente a la pregunta “*¿Alguna vez ha sentido que alguien cercano a usted estaba haciéndole daño emocional, físico (por ejemplo, golpeándole o tratarle bruscamente), sexual o económico, o siendo negligente y descuidando*

sus necesidades básicas, ya sea de forma intencional o no”, habiendo ocurrido esto en el último año en el 82,9% de los casos en el que la persona mayor contestó afirmativamente. El 82,4% de las Personas Mayores están satisfechos con la relación que mantiene con las personas cercana a él.

Con relación a la percepción del entrevistador según el FETS, en el 94,3% de los casos el entrevistador pensó que la persona mayor se mostró sincera y abierta. Respecto al estado emocional percibido por el entrevistador, se observó tristeza en el 39% de las personas mayores, depresión (15,2%), miedo (14,8%), vergüenza (11%), impotencia (11%), lloro (6,2%), ira (1,4%) y ansiedad (1%). Las personas mayores declararon que habían sido maltratadas psicológicamente en un 20,7% de la totalidad de los casos de maltrato, un 13,4% reconoció que había sufrido abuso económico, un 11% reconocieron que habían sido maltratados físicamente, un 1,2% (1 caso) reconoció que sufría negligencia y un 1,2% (1 caso) reconoció que había sufrido abuso sexual. La seguridad del evaluador sobre su evaluación en una escala de 0 a 1 puntos fue de 0,88 (DE $\pm 0,12$). Por último, el entrevistador considera que en el 20,7% de los casos de maltrato la Persona Mayor se encuentra en peligro inminente y en el 45,1% de los casos de maltrato deben de ser derivados para recibir algún tipo de ayuda.

4.2.6. Características sociodemográficas de las Personas Mayores con Sospecha de maltrato

Con respecto al perfil de la persona mayor en los casos de sospecha de maltrato, un 62,2% fueron mujeres y un 37,8% hombres, con una edad media de 69,96 años (DE $\pm 6,48$). El 36,6% estaban viudos/as, seguido del 18,3% que estaban casados/as y el 15,9% solteros/as. El nivel de estudios de este colectivo fue de un 42,7% estudios primarios incompletos, seguidos del 18,3% que eran analfabetos y el 17,1% que tenían aprendizaje elemental no formal (leer y escribir). Respecto a la actividad laboral el 59,8% no tenían actividad laboral y el 92,7% no llegaban a la renta mínima oficial. El 91,5% tenían hijos con una media de 4,59 (DE $\pm 3,06$). La convivencia más común fue hijos y nietos (31,7%), seguido de solo/a (15,9%), otro familiar de 2° o 3° grado (13,4%) y cónyuge, hijos y nietos (9,8%). Llevan conviviendo de ese modo una media de 19,07 años (DE $\pm 14,72$). Tenían una puntuación media en el MEC de 30,34 puntos (DE $\pm 3,97$); una puntuación media para las ABVD de 95,18 puntos (DE $\pm 10,58$) siendo la mayoría independientes (72%) o con dependencia moderada (15,9%) o dependencia escasa (8,5%); y una puntuación en el APGAR Familiar de 5,72 puntos (DE $\pm 2,36$), perteneciendo el 47,6% a familias normofuncionales, seguido de disfuncional leve (40,2%) y disfuncional (12,2%). Todos estos datos de las personas mayores con sospecha de maltrato se describen en la tabla 27, junto con los datos sociodemográficos de las personas mayores que no tienen sospecha de maltrato.

Tabla 27: Características sociodemográficas, dependencia para las ABVD y APGAR familiar de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Variables sociodemográficas PM	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	31	37,8	58	45,3
Mujer	51	62,2	70	54,7
Estado Civil				
Casado/a	15	18,3	61	47,7
Viudo/a	30	36,6	27	21,1
Divorciado/a	7	8,5	6	4,6
Separado/a	10	12,2	13	10,2
Soltero/a	13	15,9	10	7,8
Pareja de hecho	7	8,5	11	8,6
Nivel de Estudios				
Analfabetismo	15	18,3	12	9,4
Aprendizaje elemental no formal	14	17,1	25	19,5
Primarios Incompletos	35	42,7	43	33,6
Primarios Completos	3	3,7	13	10,2
Secundaria/bachiller/f. profesional incompleta	7	8,5	25	19,5
Secundaria/bachiller/f. profesional completa	3	3,7	4	3,1
Estudios Universitarios	5	6	6	4,7
Actividad Laboral				
Si	33	40,2	54	42,2
No	49	59,8	74	57,8
Ingresos Económicos				
Si	82	100	126	98,4
No	0		2	1,6
Renta mínima oficial				
Si	6	7,3	16	12,5
No	76	92,7	112	87,5

f. profesional=formación profesional

Variables sociodemográficas PM	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato	
	N	%	N	%
¿Tiene hijos?				
Si	75	91,5	124	97,6
No	7	8,5	3	2,4
Tipo de convivencia				
Permanente	80	97,6	124	96,9
Intermitente (golondrinas)	2	2,4	4	3,1
Forma de convivencia				
Solo/a	13	15,9	12	9,4
Cónyuge	7	8,6	19	14,8
Cónyuge e hijos	7	8,6	21	16,4
Cónyuge y nietos	1	1,2	3	2,3
Cónyuge, hijos y nietos	8	9,8	28	21,9
Cónyuge y otro familiar de 1º y 2º grado	1	1,2	1	0,8
Hijos	6	7,2	9	7,1
Hijos y nietos	26	31,7	28	21,9
Nietos	0		3	2,3
Otro familiar de 2º o 3º grado	11	13,4	3	2,3
Otra forma no especificada	2	2,4	1	0,8
Dependencia para las ABVD				
Dependencia Severa	3	3,6	0	
Dependencia Moderada	13	15,9	7	5,5
Dependencia Escasa	7	8,5	10	7,8
Independiente	59	72	111	86,7
APGAR Familiar				
Normofuncional	39	47,6	96	75
Disfuncional leve	33	40,2	31	24,2
Disfuncional grave	10	12,2	1	0,8

Con respecto al perfil del conviviente o cuidador principal en el caso de sospecha de maltrato a la persona mayor, el 55,1% eran mujeres y un 44,9% eran hombres. Tenían una edad media de 52,13 años (DE $\pm 16,27$). El 63,8% estaban casados/as, seguidos del 20,3% que estaban solteros/as y el 7,3% tenían pareja de hecho. El 89,9% tenían ingresos económicos, teniendo el 81,2% actividad laboral y el 78,3% no llegaban a la renta mínima oficial. En la tabla 28 se describen los datos sociodemográficos del conviviente de la persona mayor con sospecha de maltrato, junto con los convivientes de las personas mayores que no tienen sospecha de maltrato.

Tabla 28: Características sociodemográficas de los convivientes familiares de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Variables sociodemográficas de los Convivientes familiares	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	31	44,9	56	48,3
Mujer	38	55,1	60	51,7
Estado Civil				
Casado/a	44	63,8	85	73,3
Viudo/a	3	4,3	4	3,4
Divorciado/a	0		1	0,9
Separado/a	3	4,3	2	1,7
Soltero/a	14	20,3	13	11,2
Pareja de hecho	5	7,3	11	9,5
Actividad Laboral				
Si	56	81,2	80	69
No	13	18,8	36	31
Ingresos Económicos				
Si	62	89,9	104	89,7
No	7	10,1	12	10,3
Renta mínima oficial				
Si	15	21,7	18	15,5
No	54	78,3	98	84,5

Por tanto, con los datos expuestos, se puede decir que descriptivamente el perfil de la PM maltratada es: mujer viuda con 70 años de edad, estudios primarios incompletos, sin actividad laboral y con una media de hijos de 4,59.

Por su parte, el perfil del perpetrador de esa violencia es mujer casada de 52 años de edad, con actividad laboral que no llega a la renta mínima oficial.

4.2.7. Análisis Inferencial

Aunque no se encontraron diferencias significativas al relacionar la variable nivel educacional con la sospecha de maltrato ($p=0,079$), destacar el hecho de que un 55,6% de las personas analfabetas tenían sospecha de maltrato. Sin embargo, al recodificar esta variable en personas con estudios (a partir de estudios primarios completos) y sin estudios si se encontraron diferencias significativas para una $p=0,022$, siendo las personas sin estudios las que más probabilidad tienen de sufrir maltrato (78%) (Tabla 29).

Tabla 29: Estudios de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Nivel de estudios	Sospecha de Maltrato		No sospecha de Maltrato		P
	N	%	N	%	
Sin estudios	64	78	80	62,5	0,022
Con estudios	18	22	48	37,5	

Si se encontraron diferencias significativas al comparar el estado civil con la sospecha de maltrato ($p=0,001$), siendo las personas casadas las que menos probabilidad tienen de sospecha de maltrato, ya que dentro del grupo de las personas casadas el 19,74% tuvo sospecha de maltrato frente al 80,26% que no tenían sospecha de maltrato. El estado civil más frecuente de las PM con sospecha de maltrato fue el de los viudos/as (36,6%) (Tabla 30).

Tabla 30: Estado civil de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Estado Civil	Sospecha de Maltrato		No sospecha de Maltrato		P
	N	%	N	%	
Casado/a	15	18,3	61	47,7	0,001
Viudo/a	30	36,6	27	21,1	
Divorciado/a	7	8,5	6	4,6	
Separado/a	10	12,2	13	10,2	
Soltero/a	13	15,9	10	7,8	
Pareja de hecho	7	8,5	11	8,6	

Se encontraron diferencias significativas con un valor de $p<0,001$ al comparar la sospecha de maltrato con el APGAR Familiar, siendo las familias disfuncionales las que mayor probabilidad tienen de sufrir maltrato (90,90% de las familias disfuncionales tenían sospecha de maltrato) (Tabla 31).

Tabla 31: APGAR Familiar de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

APGAR Familiar	Sospecha de Maltrato		No sospecha de Maltrato		P
	N	%	N	%	
Normofuncional	39	47,6	96	75	<0,001
Disfuncional leve	33	40,2	31	24,2	
Disfuncional grave	10	12,2	1	0,8	

Hay diferencias significativas para un valor de $p=0,008$ al comparar el grado de dependencia para las ABVD con la sospecha de maltrato, siendo las personas con mayor dependencia las que mayor probabilidad tienen de padecer maltrato ya que el 100% de las personas con dependencia severa tenían sospecha de maltrato y el 65% de las personas con dependencia moderada tenían sospecha de maltrato (Tabla 32).

Tabla 32: Dependencia para las ABVD de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Dependencia para las ABVD	Sospecha de Maltrato		No sospecha de Maltrato		P
	N	%	N	%	
Dependencia Severa	3	3,6	0		0,008
Dependencia Moderada	13	15,9	7	5,5	
Dependencia Escasa	7	8,5	10	7,8	
Independiente	59	72	111	86,7	

También se encontraron diferencias significativas entre tener mal estado de salud la persona mayor (percibido por el entrevistador) y tener sospecha de maltrato ($p=0,024$), ya que el 100% de los casos con estado muy malo de salud tenían sospecha de maltrato y el 64,70% de los casos con estado de salud malo tenían sospecha de maltrato (Tabla 33).

Tabla 33: Estado de salud de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Estado de salud	Sospecha de Maltrato		No sospecha de Maltrato		P
	N	%	N	%	
Excelente	8	9,8	25	19,5	0,024
Buena	34	41,5	64	50	
Regular	28	34,1	33	25,8	
Mala	11	13,4	6	4,7	
Muy mala	1	1,2	0		

Por último, también se encontraron diferencias significativas al comparar la puntuación total de la dependencia para las ABVD y la sospecha de maltrato ($p=0,004$), siendo la puntuación media del test de las ABVD más baja en las personas con sospecha de maltrato [95,18 puntos (DE $\pm 10,58$)] que en las personas que no tenían sospecha de maltrato [98,52 puntos (DE $\pm 5,03$)] (Tabla 34). Del mismo modo, hay diferencias significativas entre la puntuación del APGAR Familiar y la sospecha de maltrato ($p<0,001$), teniendo las personas maltratadas una puntuación media inferior en el APGAR familiar [5,72 puntos (DE $\pm 2,36$)] que las personas que no tenían sospecha de maltrato [7,58 puntos (DE $\pm 1,95$)] (Tabla 34).

Tabla 34: Puntuaciones del test ABVD y APGAR Familiar de las PM Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

	No sospecha de Maltrato	Sospecha de Maltrato	P
	N= 128	N=82	
Puntuación test ABVD	98,52 (DE $\pm 5,03$)	95,18 (DE $\pm 10,58$)	0,004
Puntuación del APGAR Familiar	7,58 (DE $\pm 1,95$)	5,72 (DE $\pm 2,36$)	<0,001

4.2.8. Asociación multivariante

Para la RLM se recodificaron las variables agrupando categorías, quedando de la siguiente forma:

- Sexo (Hombre/mujer).
- Edad de la Persona Mayor (se establecieron 3 rangos de edad).
- Nivel educacional (Con estudios/sin estudios).
- Estado civil (Soltero/viudo/separado o divorciado/con pareja).
- Puntuación del Test Barthel para ABVD (Dependencia total, severa o moderada/Dependencia escasa o Independiente).
- Puntuación del Apgar Familiar (Nomofuncional/disfuncional leve o grave).

Por medio del estadístico de Wald, las variables con una $P > \alpha = 0,15$ (procedimiento de selección metódica hacia atrás), fueron eliminadas una a una del modelo, quedando el modelo final de la siguiente forma (Tabla 35):

Tabla 35: Variables de la ecuación Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Paso 1	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Estado civil			9,148	3	,027			
Soltero/a	1,156	,518	4,978	1	,026	3,178	1,151	8,773
Viudo/a	,957	,382	6,274	1	,012	2,605	1,232	5,511
Separado/a o Divorciado/a	,873	,437	3,982	1	,046	2,394	1,016	5,641
Sin estudios	,588	,348	2,858	1	,091	1,800	,911	3,559
Familia Disfuncional leve/grave	,931	,322	8,352	1	,004	2,536	1,349	4,767
Dependencia total/severa/moderada para las ABVD	1,209	,521	5,382	1	,020	3,350	1,206	9,303
Constante	-1,920	,369	27,047	1	,000	,147		
Variables especificadas en el paso 1: estado civil, estudios, APGAR familiar, ABVD.								

Se consideró como posible variable de confusión el poseer estudios (con estudios/sin estudios) debido a que su significación es superior a 0,05; pero no fue considerada variable de confusión ya que el porcentaje de cambio de los coeficientes no era mayor al 15%.

Por tanto, podemos decir que:

- El ser soltero tiene 3,18 veces más de probabilidad de sospecha de maltrato que el que tiene pareja (IC del 95%: 1,15-8,77).
- El ser viudo tiene 2,61 veces más de probabilidad de sospecha de maltrato que el que tiene pareja (IC del 95%: 1,23-5,51).
- El ser separado o divorciado tiene 2,39 veces más de probabilidad de sospecha de maltrato que el que tiene pareja (IC del 95%: 1,01-5,64).
- El no tener estudios tiene 1,8 veces más de probabilidad de sospecha de maltrato que el que tiene estudios (IC del 95%: 0,91-3,56).
- El pertenecer a una familia disfuncional leve o grave tiene 2,54 veces más probabilidad de sospecha de maltrato que el que pertenece a una familia normofuncional (IC del 95%: 1,35-4,77).
- El tener dependencia total/severa/moderada para las ABVD tiene 3,35 veces más probabilidad de padecer sospecha de maltrato que el que tiene dependencia escasa o es independiente (IC del 95%: 1,21-9,30).

Solo el 22,2% del maltrato viene expresado por las variables del modelo como se puede ver en la R de Nagelkerke (Tabla 36 y 37)

Tabla 36: Resumen del modelo Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Escalón	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	243,431 ^a	,164	,222

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de 0,001.

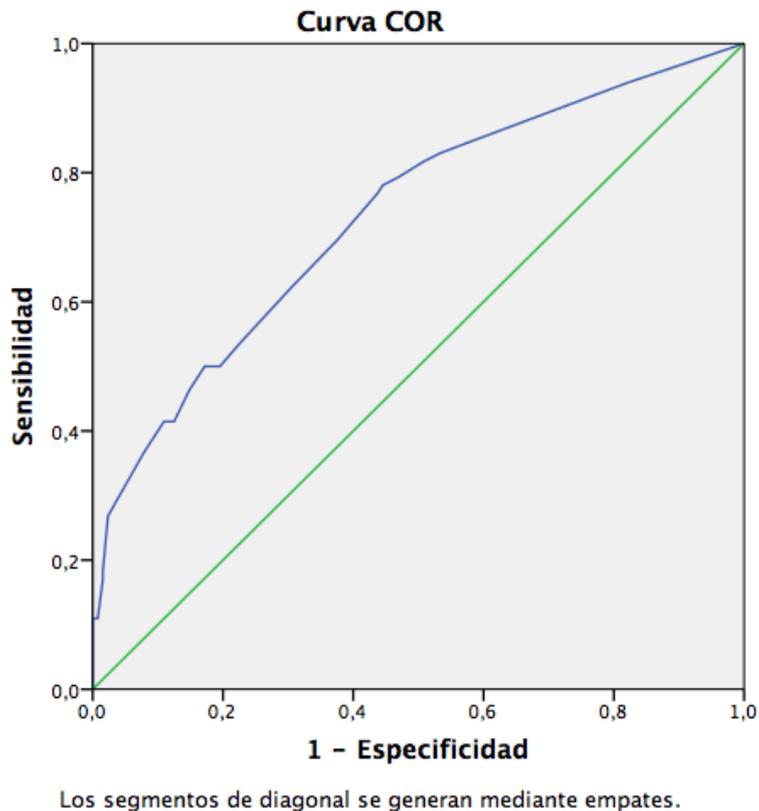
Tabla 37: Tabla de clasificación Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Observado			Pronosticado		
			Variable Sospecha de maltrato		Corrección de porcentaje
			No sospecha de maltrato	Sospecha de maltrato	
Paso 1	Variable sospecha de maltrato	No sospecha de maltrato	112	16	87,5
		Sospecha de maltrato	48	34	41,5
	Porcentaje global				69,5

a. El valor de corte es 0,5

En el siguiente gráfico de la curva COR se refleja la sensibilidad y especificidad de las variables del modelo para predecir la sospecha de maltrato (Figura 5).

Figura 5: Curva COR Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)



Por último, se observa que el área bajo la curva es de 0,732 (Tabla 38). Este es el poder de discriminación del modelo construido, un 73% del máximo posible. Evidentemente es estadísticamente significativo (la hipótesis nula es la no discriminación, que en la gráfica COR corresponde a los puntos que caen sobre la diagonal)

Tabla 38: Área bajo la curva Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)

Variable(s) de resultado de prueba: Probabilidad pronosticada

Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
,732	,036	,000	,661	,802

La(s) variable(s) de resultado de prueba: La probabilidad pronosticada tiene, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

4.3. RESULTADOS DE PORTUGAL-OPORTO:

La muestra estuvo compuesta por un total de 1354 personas mayores pertenecientes a la ciudad de Oporto.

4.3.1. Variables sociodemográficas de las Personas Mayores

Con respecto a la filiación de las personas mayores (tabla 39 y 40), un 57,7% de las personas mayores fueron mujeres y un 42,3% fueron hombres. La edad media de las personas mayores fue 74,40 (DE \pm 7.056). El estado civil más frecuente fue casado/a o con pareja(63,4%), seguido de viudo/a (27,2%), soltero/a (5,7%), divorciado/a o separado/a (3,7%). El nivel de estudios más frecuente fue personas mayores con estudios (83%), por el contrario un 17% no poseían estudios. Tenían una media de hijos de 3.33 hijos (DE \pm 3,725). Un 48,3% convivía con pareja, un 15% con sus hijos, un 14,7% con sus sobrinos, un 9,7% con su pareja e hijos, un 6,7% con su pareja, hijos y nietos, un 2,6% con otros familiares, un 0,8% con sus nietos y un 2,2% de otra forma no especificada.

Tabla 39: Variables sociodemográficas cualitativas de la Persona Mayor Portugal- Oporto

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PM	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	567	42,3
Mujer	773	57,7
Estado Civil		
Casado/a o con pareja	813	63,4
Viudo/a	349	27,2
Divorciado/a o separado/a	47	3,7
Soltero/a	73	5,7
Nivel de Estudios		
Sin estudios	224	17
Con estudios	1096	83

Variables sociodemográficas PM	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Forma de convivencia		
Sobrino	196	14,7
Cónyuge o pareja	636	48,3
Cónyuge e hijos	128	9,7
Hijos	197	15
Nietos	11	0,8
Cónyuge, hijos y nietos	88	6,7
Otro familiar de 2º o 3º grado	34	2,6
Otra forma no especificada	30	2,2

Tabla 40: Variables sociodemográficas cuantitativas de la Persona Mayor Portugal- Oporto

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	1328	74,4	7,056	73	68	65	99
Nº Hijos	1241	3,33	3,725	3	2	0	7

4.3.2. Variables sociodemográficas de los Convivientes Familiares

Con respecto a la filiación de los convivientes familiares (tabla 41), la edad media de los convivientes o cuidadores fue de 65,6 (DE \pm 17,831).

Tabla 41: Variables sociodemográficas cuantitativas de los convivientes familiares Portugal-Oporto

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	865	65,60	17,831	70	68	0	93

4.3.3. Estado Cognitivo, Test para las Actividades Básicas de la Vida Diaria y APGAR Familiar de las Personas Mayores

Con respecto al estado cognitivo de las Personas Mayores, al ser un criterio de exclusión en este estudio, el 100% de las PM no poseían deterioro cognitivo.

Con respecto al APGAR Familiar, la puntuación media fue 6,52 puntos (DE \pm 1,994), perteneciendo el 67,2% a familias disfuncionales leves y el 32,8% a familias normofuncionales (tabla 42).

Tabla 42: Test de APGAR Familiar Portugal- Oporto

APGAR Familiar	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Normofuncional	726	67,2
Disfuncional leve	355	32,8
Disfuncional grave	0	

4.3.4. Sospecha de Maltrato

Con respecto al EASI (que mide la sospecha de maltrato en el último año), en el caso de Oporto no se utilizó el ítem 6 de este instrumento (que es respondido por el entrevistador). Se identificó sospecha de maltrato en el 4,4% de los casos. Con respecto a las diversas preguntas del EASI, las respuestas fueron:

El 35,8% contestaron afirmativamente al ítem 1 [*en los últimos 12 meses ¿ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?*]. En los casos que necesitaron ayuda se la prestó principalmente su hijo/a (54,3%), pareja (30%) o nieto/a (5,4%); y solo en el 3% afirmó que existían problemas con la persona que le prestaba la ayuda, siendo el problema cuestiones de autoridad/poder o cuestiones de dinero.

El 2,4% contestaron afirmativamente al ítem 2 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente que desea estar*]. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 50% “algunas veces”, un 25% “una vez”, el 17,5% “bastantes veces” y el 7,5% “muchas veces”.

El 4,2% contestó afirmativamente al ítem 3 [*en los últimos 12 meses, ¿se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?*]. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 58,6% “algunas veces”, un 22,4% “bastantes veces”, el 17,2% “una vez”, y el 1,7% “muchas veces”.

El 0,1% contestaron afirmativamente al ítem 4 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?*]. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 100% “algunas veces”.

El 0,9% respondieron afirmativamente al ítem 5 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?*]. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 71,4% “algunas veces”, el 14,3% “una vez”, el 9,5% “muchas veces” y el 4,8% “bastantes veces”.

4.3.5. Características sociodemográficas de las Personas Mayores con Sospecha de maltrato

Con respecto al perfil de la persona mayor en los casos de sospecha de maltrato (tabla 43), un 65,6% de las personas mayores fueron mujeres y un 34,4% fueron hombres. La edad media de las personas mayores fue 75,90 (DE $\pm 7,186$). El estado civil más frecuente fue casado/a o con pareja (54,2%), seguido de viudo/a (32,2%), soltero/a (5,1%), divorciado/a o separado/a (8,5%). El nivel de estudios más frecuente fue personas mayores con estudios (70,7%). Tenían una media de hijos de 3.53 hijos (DE $\pm 2,235$). Un 42,3% convivía con pareja, un 23,7% con sus hijos, un 11,9% con su pareja e hijos, un 10,2% con sus sobrinos, un 5,1% con su pareja, hijos y nietos, un 5,1% de otra forma no especificada y un 1,7% con otros familiares. Todas las personas mayores con sospecha de maltrato pertenecían a familias disfuncionales leves.

Tabla 43: Características sociodemográficas y APGAR familiar de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato Portugal- Oporto

Variables sociodemográficas PM	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	21	34,4	546	42,7
Mujer	40	65,6	733	57,3
Estado Civil				
Casado/a o con pareja	32	54,2	781	63,9
Viudo/a	19	32,2	330	27
Divorciado/a o separado/a	5	8,5	42	3,4
Soltero/a	3	5,1	70	5,7
Nivel de Estudios				
Sin estudios	17	29,3	207	16,4
Con estudios	41	70,7	1055	83,6
Forma de convivencia				
Sobrino	6	10,2	187	14,9
Cónyuge o pareja	25	42,3	611	48,6
Cónyuge e hijos	7	11,9	121	9,6
Hijos	14	23,7	183	14,6
Nietos	0		11	0,8
Cónyuge, hijos y nietos	3	5,1	85	6,8
Otro familiar de 2º o 3º grado	1	1,7	33	2,6
Otra forma no especificada	3	5,1	27	2,1
APGAR Familiar				
Normofuncional	0		337	32,3
Disfuncional leve	40	100	706	67,7
Disfuncional grave	0		0	

Con respecto a la filiación de los convivientes familiares, la edad media de los convivientes o cuidadores fue de 64,16 (DE \pm 21,206).

Por tanto, con los datos expuestos, se puede decir que descriptivamente el perfil de la Persona Mayor Maltratada es: mujer casada con 76 años de edad, con estudios y con una media de hijos de 3,53.

En lo que respecta al perfil del perpetrador de esa violencia es persona de 64 años de edad.

4.3.6. Análisis Inferencial

Solo se encontraron diferencias significativas al comparar poseer estudios con la sospecha de maltrato ($p=0,018$), siendo las personas con estudios las que menos probabilidad tienen de sospecha de maltrato. (Tabla 44).

Tabla 44: Estado civil de las PM Portugal- Oporto

Poseer estudios	Sospecha de Maltrato		No sospecha de Maltrato		P
	N	%	N	%	
Si	17	29,3	207	16,4	0,018
No	41	70,7	1055	83,6	

4.3.7. Asociación multivariante

Para la RLM se recodificaron estas variables agrupando categorías, quedando de la siguiente forma:

- Sexo (Hombre/mujer).
- Edad de la Persona Mayor (se establecieron 3 rangos de edad).
- Nivel educacional (Con estudios/sin estudios).
- Estado civil (Soltero/casado/viudo/separado o divorciado/con pareja).
- Puntuación del Test Barthel para ABVD (Dependencia total, severa o moderada/Dependencia escasa o Independiente).
- Puntuación del Apgar Familiar (Nomofuncional/disfuncional leve o grave).

Por medio del estadístico de Wald, las variables con una $P > \alpha = 0,15$ (procedimiento de selección metódica hacia atrás), fueron eliminadas una a una del modelo, quedando el modelo final de la siguiente forma (Tabla 45):

Tabla 45: Variables de la ecuación Portugal- Oporto

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	O.R.	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1								
Sin estudios	,754	,315	5,732	1	,017	2,126	1,147	3,942
Estado Civil			5,373	3	,146			
Soltero/a	,032	,623	,003	1	,959	1,033	,305	3,501
Viudo/a	,258	,316	,670	1	,413	1,295	,697	2,405
Separado/a o Divorciado/a	1,165	,511	5,192	1	,023	3,207	1,177	8,738
Constante	-3,397	,199	291,351	1	,000	,033		
Variables especificadas en el paso 1: estudios, estado civil.								

Por tanto, podemos decir que:

- El no tener estudios tiene 2,126 veces más de probabilidad de sospecha de maltrato que el que tiene estudios (IC del 95%: 1,147-3,942).
- El ser separado o divorciado tiene 3,207 veces más de probabilidad de sospecha de maltrato que el que tiene pareja (IC del 95%: 1,177-8,738).

Solo el 2,8% del maltrato viene expresado por las variables del modelo como se refleja en la R de Nagelkerke (Tabla 46 y 47)

Tabla 46: Resumen del modelo Portugal- Oporto

Escalón	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	448,339 ^a	,008	,028

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de 0,001.

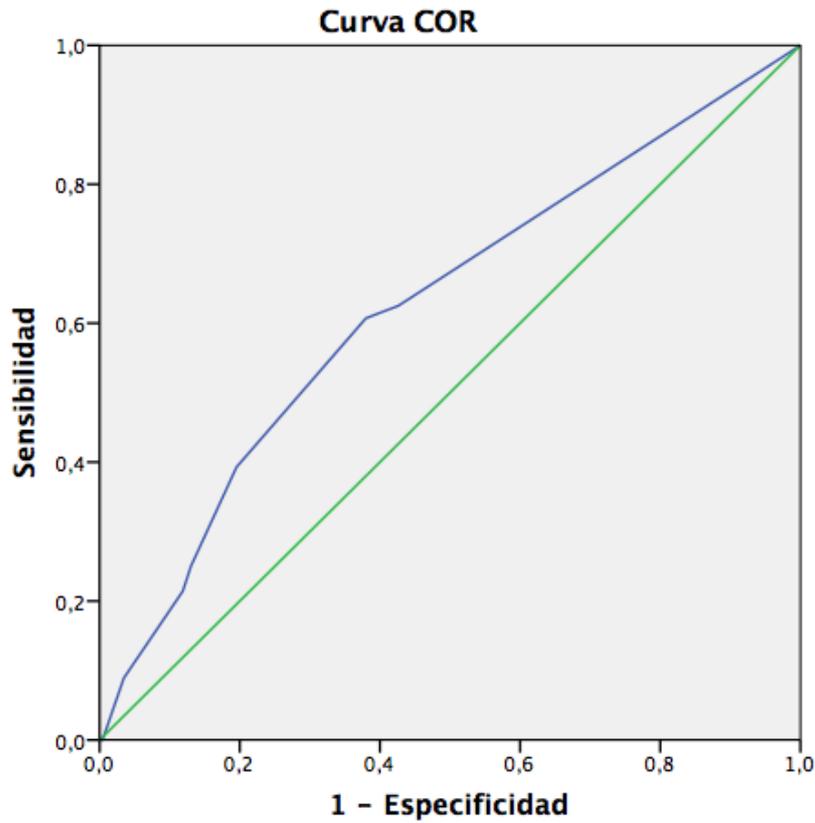
Tabla 47: Tabla de clasificación Portugal- Oporto

Observado			Pronosticado		
			Variable Sospecha de maltrato		Corrección de porcentaje
			No sospecha de maltrato	Sospecha de maltrato	
Paso 1	Variable sospecha de maltrato	No sospecha de maltrato	1213	0	100,0
		Sospecha de maltrato	56	0	,0
		Porcentaje global			95,6

a. El valor de corte es 0,5

En el siguiente gráfico de la curva COR se observa la sensibilidad y especificidad de las variables del modelo para predecir la sospecha de maltrato (Figura 6).

Figura 6: Curva COR Portugal- Oporto



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Por último, se refleja que el área bajo la curva es de 0,625 (Tabla 48). Este es el poder de discriminación del modelo construido, un 62,5% del máximo posible. Evidentemente es estadísticamente significativo (la hipótesis nula es la no discriminación, que en la gráfica COR corresponde a los puntos que caen sobre la diagonal).

Tabla 48: Área bajo la curva Portugal- Oporto

Variable(s) de resultado de prueba: Probabilidad pronosticada

Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
,625	,040	,002	,546	,703

La(s) variable(s) de resultado de prueba: La probabilidad pronosticada tiene, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

4.4. RESULTADOS DE PORTUGAL-ISLAS AZORES:

La muestra estuvo compuesta por un total de 212 personas mayores provenientes a las Islas Azores (Portugal).

4.4.1. Variables sociodemográficas de la Persona Mayor

Con respecto a la filiación de las personas mayores (Tabla 49 y 50), un 72,2% fueron mujeres y un 27,8% hombres. La edad fue 74,91 (DE $\pm 6,859$). El estado civil más frecuente fue casado/a (48,6%), seguido de viudo/a (38,7%), soltero/a (6,6%), divorciado/a (5,2%) y pareja de hecho (0,9%). El nivel de estudios más frecuente fue estudios primarios incompletos (36,3%), seguido de estudios primarios completos (32,1%), aprendizaje elemental no formal (14,6%), analfabetismo (13,7%), secundaria/bachiller/formación profesional completa (0,9%), estudios universitarios (0,9%) y secundaria/bachiller/formación profesional incompleta (0,5%). El 2,4% de las Personas Mayores seguía activo laboralmente, mientras que el 97,6% no. El 75,5% tenía ingresos económicos y el 95,3% alcanzaba la renta mínima oficial. El 85,8% de las personas mayores tenía hijos, con una media de 2,65 (DE $\pm 1,865$). La mayoría tenía una convivencia intermitente (golondrinas) (67%) y un 33% convivencia permanente. El 36,3% vivía con su cónyuge, seguido de solo/a (25%), con sus hijos (15,6), cónyuge e hijos (9,9%), hijos y nietos (3,8%), otros familiares (2,8%), cónyuge, hijos y nietos (2,4%), cuidador (1,9%), cónyuge y nietos (1,4%), y nietos (0,9%).

Tabla 49: Variables sociodemográficas cualitativas de la Persona Mayor Portugal-Azores

Variables sociodemográficas PM	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	59	27,8
Mujer	153	72,2
Estado Civil		
Casado/a	103	48,6
Viudo/a	82	38,7
Divorciado/a	11	5,2
Soltero/a	14	6,6
Pareja de hecho	2	0,9

Variables sociodemográficas PM	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Nivel de Estudios		
Analfabetismo	29	13,7
Aprendizaje elemental no formal	31	14,6
Primarios Incompletos	79	37,3
Primarios Completos	68	32,1
Secundaria/bachiller/f. profesional incompleta	1	0,5
Secundaria/bachiller/f. profesional completa	2	0,9
Estudios Universitarios	2	0,9
Actividad Laboral		
Si	5	2,4
No	207	97,6
Ingresos Económicos		
Si	160	75,5
No	52	24,5
Renta mínima oficial		
Si	202	95,3
No	10	4,7
¿Tiene hijos?		
Si	182	85,8
No	30	14,2
Tipo de convivencia		
Permanente	75	33
Intermitente (golondrinas)	137	67
Forma de convivencia		
Solo/a	53	25
Cónyuge	77	36,3
Cónyuge e hijos	21	9,9
Cónyuge, hijos y nietos	5	2,4
Cónyuge y nietos	3	1,4
Hijos	33	15,6
Hijos y nietos	8	3,8
Nietos	2	0,9
Otro familiar de 2º o 3º grado	6	2,8
Cuidador	4	1,9

f. profesional=formación profesional

Tabla 50: Variables sociodemográficas cuantitativas de la Persona Mayor Portugal-Azores

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	212	74,91	6,859	74	69	65	98
Nº Hijos	212	2,65	1,865	2	2	0	11
Nº convivientes	212	1,2	1,185	1	1	0	7

4.4.2. Variables sociodemográficas de los Convivientes Familiares

Con respecto a la filiación de los convivientes familiares, en Azores solo se recogió el número de convivientes familiares que tenía la persona mayor, que fue de 1,2 (DE $\pm 1,185$) (Tabla 50).

4.4.3. Estado Cognitivo, Test de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y APGAR Familiar de las Personas Mayores

Con respecto al estado cognitivo de las Personas Mayores, al ser el deterioro cognitivo un criterio de exclusión en el estudio, el 100% de las Personas Mayores no poseían deterioro cognitivo, por lo que la totalidad de los sujetos pudieron continuar la entrevista y cumplimentar el EASI. La puntuación media obtenida para el MEC fue de 29,95 puntos (DE $\pm 3,926$) (tabla 51). Con respecto a las diferentes preguntas del examen cognitivo del MEC, destaca que los fallos más comunes fueron error al escribir una frase (49%), error en la pregunta “*si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿cuantas le van quedando?*” (46,2%) y error en la pregunta “*¿recuerdas las tres palabras de antes?*” (45,8%).

Tabla 51: Puntuación del examen cognitivo MEC de la Persona Mayor Portugal-Azores

	N	Media	DE	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Puntuación del MEC	212	29,95	3,926	31	35	24	35

Con respecto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), la puntuación media fue 89,2 puntos (DE $\pm 19,036$); de forma que el 50,7% eran independientes, un 24,2% tenían dependencia moderada, un 14,7% dependencia escasa, un 8,5% dependencia severa y un 1,9% dependencia total (tabla 52).

Tabla 52: Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria Portugal-Azores

Dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dependencia Total	4	1,9
Dependencia Severa	18	8,5
Dependencia Moderada	51	24,2
Dependencia Escasa	31	14,7
Independiente	107	50,7

Con respecto al APGAR Familiar, la puntuación media fue de 8,43 puntos (DE $\pm 2,26$), perteneciendo el 84,9% de las PM a familias normofuncionales, el 12,3% a familias disfuncionales leves y el 2,8% a familias disfuncionales (tabla 53).

Tabla 53: Test de APGAR Familiar Portugal-Azores

APGAR Familiar	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Normofuncional	180	84,9
Disfuncional leve	26	12,3
Disfuncional grave	6	2,8

4.4.4. Sospecha de Maltrato

Con respecto al estado de salud de las personas que participaron en el estudio, el 52,8% presentaban un buen estado de salud, seguido de estado de salud regular (22,2%), mal (14,2%), excelente (8,5%) y regular (0,8%). La media del número de enfermedades que tenía la persona mayor fue de 1,61 (DE $\pm 1,141$). En la totalidad de los casos no era la primera consulta del personal entrevistador con el paciente, habiéndose sospechado anteriormente maltrato en el 8,5% de los casos.

Con respecto a las diversas preguntas del EASI, las respuestas fueron:

El 45,8% contestaron afirmativamente al ítem 1 [*en los últimos 12 meses ¿ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?*]. En los casos que necesitaron ayuda se la prestó principalmente su hijo/a

(69,4%); y solo en el 10,5% afirmó que existían problemas con la persona que le prestaba la ayuda, siendo el problema discusiones o peleas.

El 10,4% contestaron afirmativamente al ítem 2 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente que desea estar*]. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 77,3% “algunas veces”, un 9,1% “muchas veces”, un 9,1% “una ocasión” y un 4,5% “bastantes veces”.

El 14,6% contestó afirmativamente al ítem 3 [*en los últimos 12 meses, ¿se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?*]. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 43,8% “algunas veces”, un 37,5% “una ocasión”, un 15,6% “bastantes veces” y el 3,1% “muchas veces”.

El 4,2% contestaron afirmativamente al ítem 4 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?*]. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 11,1% “algunas veces” y 88,9% “una ocasión”.

El 8% respondieron afirmativamente al ítem 5 [*en los últimos 12 meses, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?*]. La frecuencia de las personas que contestaron afirmativamente a dicho ítem fue en el 47,1% “algunas veces”, el 29,4% “una ocasión”, el 17,6% “muchas veces” y el 5,9% “bastantes veces”.

Por último, el ítem 6, que es respondido por el entrevistador, fue afirmativo en el 17,9% de los casos [*el maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?*].

Con respecto al EASI, que mide la sospecha de maltrato en el último año; se identificó sospecha de maltrato en el 24,5% de los casos. En estos casos de sospecha de maltrato fue más frecuente la sospecha de maltrato psicológico (46,66%), seguido de negligencia (30%), económico (13,33%) y físico (10%). En estos casos la Persona Mayor identificó como desencadenantes del maltrato a los hijos (43,45%), cónyuge (26,09%), nuera o yerno (13,05%), sobrinos (8,7) y vecinos (8,7%); tratándose en el 69,54% de los casos de familiares de primer grado. En el 78,8% de los casos se entrevistó a la persona mayor en privado y en el 21,2% de los casos no fue posible la entrevista en privado, al estar presente en la mayoría de los casos su hijo/a (36,73%), su pareja (36,73%), su vecino/a o amigo/a (20,41%), su cuidador/a (4,08%) y su nieto/a (2,04%).

4.4.5. Formulario de Evaluación del Trabajo Social

Con respecto al Formulario de Evaluación del Trabajador Social (FETS), en el que se utilizó la pregunta 59 “¿Cree que el paciente está siendo maltratado?” para comparar y validar los casos de sospecha de maltrato del EASI, en el 9,5% de los casos el entrevistador creyó que el paciente estaba siendo maltratado en base a los datos objetivos: como ropa, suciedad, mal olor, etc. y la percepción de la PM. Destaca que un 11,3% respondió afirmativamente a que había habido momentos en los que se había sentido atemorizado o amenazado por alguna persona cercana, habiendo ocurrido esto en el último año en el 45,83% de los casos en los que la persona mayor contestó afirmativamente. El 2,4% de las personas mayores cree que alguien cercano a él, le maltrata de forma intencional o no, habiendo ocurrido esto en el último año en el 100% de las personas que contestaron afirmativamente. El 10,8% de las personas mayores contestó afirmativamente a la pregunta “¿Alguna vez ha sentido que alguien cercano a usted estaba haciéndole daño emocional, físico (por ejemplo, golpeándole o tratarle bruscamente), sexual o económico, o siendo negligente y descuidando sus necesidades básicas, ya sea de forma intencional o no”, habiendo ocurrido esto en el último año en el 86,95% de las personas que contestaron afirmativamente. El 90,1% de las Personas Mayores están satisfechos con la relación que mantienen con las personas cercanas a él.

Con relación a la percepción del entrevistador según el FETS, en el 97,2% de los casos el entrevistador pensó que la persona mayor se mostró sincera y abierta. Respecto al estado emocional percibido por el entrevistador, se observó tristeza en el 22,6% de las personas mayores, ansiedad (9,9%), depresión (8,5%), impotencia (5,7%), vergüenza (4,2%), miedo (2,4%), agresividad (0,9) e ira (0,5%). Las personas mayores declararon que habían sido maltratadas psicológicamente en un 42,3% de la totalidad de los casos de maltrato y declararon que habían sido maltratadas económicamente en un 13,46% de los casos de maltrato. La seguridad del entrevistador sobre la evaluación que había realizado sobre una escala de 0 a 1 puntos fue de 1. Por último, el entrevistador consideró que en el 4,7% de los casos de maltrato la Persona Mayor se encontraba en peligro inminente y que el 11,3% de los casos de maltrato debían ser derivados para recibir algún tipo de ayuda.

4.4.6. Características sociodemográficas de las Personas Mayores con Sospecha de maltrato

Con respecto al perfil de la persona mayor en los casos de sospecha de maltrato, un 65,4% fueron mujeres y un 34,6% hombres, con una edad media de 74,04 años (DE $\pm 6,556$). El 44,2% estaban casados/as, seguido del 38,5% que estaban viudos/as, el 9,6% solteros/as, el 5,8% divorciados/as y el 1,9 que tenían pareja de hecho. El nivel de estudios de este colectivo fue que un 46,2% tenían estudios primarios incompletos, seguidos del 26,9% que tenían estudios primarios completos, el 13,5% eran analfabetos, el 9,6 tenían aprendizaje elemental no formal (leer y escribir), el 1,9% Formación Profesional/Secundaria/bachiller completo y el 1,9% estudios universitarios completos. Respecto a la actividad laboral el 100% no tenía actividad laboral y el 7,7% no llegaba a la renta mínima oficial. El 82,7% tenían hijos con una media de 2,35 (DE $\pm 1,877$). La convivencia más común fue con el cónyuge (36,5%), seguido de solo/a (23,1%), hijos (21,2%), cónyuge e hijos (11,6%), cuidador (3,8%), hijos y nietos (1,9%) y otro familiares de 2º o 3º grado (1,9%). Tenían una puntuación media en el MEC de 29,58 puntos (DE $\pm 3,588$); una puntuación media para las ABVD de 83,37 puntos (DE $\pm 24,569$) siendo la

mayoría independientes (36,5%), con dependencia moderada (25%) o dependencia escasa (19,2%); y una puntuación en el APGAR Familiar de 6,88 puntos (DE $\pm 2,915$), perteneciendo el 61,6% a familias normofuncionales, seguido de disfuncional leve (28,8%) y disfuncional (9,6%). Todos los datos de las personas mayores con sospecha de maltrato se describen en la tabla 54, junto con los datos sociodemográficos de las personas mayores que no tienen sospecha de maltrato.

Tabla 54: Características sociodemográficas, dependencia para las ABVD y APGAR familiar de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato Portugal-Azores

Variables sociodemográficas PM	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	18	34,6	41	25,6
Mujer	34	65,4	119	74,4
Estado Civil				
Casado/a	23	44,2	80	50
Viudo/a	20	38,5	62	38,8
Divorciado/a	3	5,8	8	5
Soltero/a	5	9,6	9	5,6
Pareja de hecho	1	1,9	1	0,6
Nivel de Estudios				
Analfabetismo	7	13,5	22	13,7
Aprendizaje elemental no formal	5	9,6	26	16,3
Primarios Incompletos	24	46,2	55	34,4
Primarios Completos	14	26,9	54	33,8
Secundaria/bachiller/f. profesional incompleta	0		1	0,6
Secundaria/bachiller/f. profesional completa	1	1,9	1	0,6
Estudios Universitarios	1	1,9	1	0,6
Actividad Laboral				
Si			5	3,1
No	52	100	155	96,9
Ingresos Económicos				
Si	35	67,3	125	78,1
No	17	32,7	35	21,9

f. profesional=formación profesional

Variables sociodemográficas PM	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato	
	N	%	N	%
Renta mínima oficial				
Si	48	92,3	154	96,2
No	4	7,7	6	3,8
¿Tiene hijos?				
Si	43	82,7	139	86,9
No	9	17,3	21	13,1
Tipo de convivencia				
Permanente	16	37,2	44	31,7
Intermitente (golondrinas)	27	62,8	95	68,3
Forma de convivencia				
Solo/a	12	23,1	41	25,6
Cónyuge	19	36,5	58	36,3
Cónyuge e hijos	6	11,6	15	9,4
Cónyuge y nietos	0		3	1,9
Cónyuge, hijos y nietos	0		5	3,1
Hijos	11	21,2	22	13,8
Hijos y nietos	1	1,9	7	4,4
Nietos	0		2	1,2
Otro familiar de 2º o 3º grado	1	1,9	5	3,1
Cuidador	2	3,8	2	1,2
Dependencia para las ABVD				
Dependencia Total	2	3,9	2	1,3
Dependencia Severa	8	15,4	10	6,3
Dependencia Moderada	13	25	38	23,9
Dependencia Escasa	10	19,2	21	13,2
Independiente	19	36,5	88	55,3
APGAR Familiar				
Normofuncional	32	61,6	148	92,5
Disfuncional leve	15	28,8	11	6,9
Disfuncional grave	5	9,6	1	0,6

Por tanto, con los datos expuestos, se puede decir que el perfil de la PM maltratada es: mujer casada con 74 años de edad, estudios primarios incompletos, sin actividad laboral y con una media de hijos de 2,35.

4.4.7. Análisis Inferencial

Se encontraron diferencias significativas para un valor de $p=0,011$ al comparar la puntuación total para las ABVD, teniendo las personas con sospecha de maltrato menor puntuación para el test de las ABVD (83,37 puntos, DE $\pm 24,569$) que las personas mayores que no tienen sospecha de maltrato (91,09 puntos, DE $\pm 16,509$) (tabla 55).

Tabla 55: puntuación ABVD de las PM Portugal-Azores

	No sospecha de Maltrato	Sospecha de Maltrato	P
	N= 110	N=21	
Puntuación ABVD	91,09 (DE $\pm 16,509$)	83,37 (DE $\pm 24,569$)	0,011

Por último, se encontraron diferencias significativas con un valor de $p<0,001$ al comparar la sospecha de maltrato con el APGAR Familiar, siendo las familias disfuncionales las que mayor probabilidad tienen de sufrir maltrato (83,33%) de las familias disfuncionales tenían sospecha de maltrato) (Tabla 56).

Tabla 56: APGAR Familiar de las PM Portugal-Azores

APGAR Familiar	Sospecha de Maltrato		No sospecha de Maltrato		P
	N	%	N	%	
Normofuncional	32	61,6	148	92,5	<0,001
Disfuncional leve	15	28,8	11	6,9	
Disfuncional grave	5	9,6	1	0,6	

4.4.8. Asociación multivariante

Para la RLM se recodificaron estas variables agrupando categorías, quedando de la siguiente forma:

- Número de hijos (se establecieron 3 rangos)
- Nivel educacional (Con estudios/sin estudios).
- Estado civil (Soltero/viudo/separado o divorciado/con pareja).

- Puntuación del Test Barthel para ABVD (Dependencia total, severa o moderada/Dependencia escasa o Independiente).
- Puntuación del APGAR Familiar (Normofuncional/disfuncional leve o grave).

Por medio del estadístico de Wald, las variables con una $P > \alpha = 0,15$ (procedimiento de selección metódica hacia atrás), fueron eliminadas del modelo una a una, quedando el modelo final de la siguiente forma (Tabla 57):

Tabla 57: Variables de la ecuación Portugal-Azores

Paso 1	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Familia Disfuncional Leve/grave	2,122	,423	25,213	1	,000	8,351	3,647	19,122
Sexo PM	,627	,373	2,822	1	,093	1,871	,901	3,887
Constante	-1,739	,241	52,223	1	,000	,176		

Variables especificadas en el paso 1: APGAR familiar, sexo PM.

Se consideró como posible variable de confusión el sexo de la PM debido a que su significación es superior a 0,05, pero no fue considerada variable de confusión ya que el porcentaje de cambio de los coeficientes no era mayor al 15%.

Por tanto, se puede decir que:

- El pertenecer a una familia disfuncional leve o grave tiene 8,351 veces más probabilidad de sospecha de maltrato que el que pertenece a una familia normofuncional (IC del 95%: 3,647-19,122).
- El ser mujer tiene 1,871 veces más de probabilidad de sospecha de maltrato que el ser hombre (IC del 95%: 0,901-3,887).

Solo el 18,5% del maltrato viene expresado por las variables del modelo como se refleja en la R de Nagelkerke (Tabla 58 y 59)

Tabla 58: Resumen del modelo (Azores)

Escalón	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	208,045 ^a	,124	,185

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 4 porque las estimaciones del parámetro han cambiado en menos de 0,001.

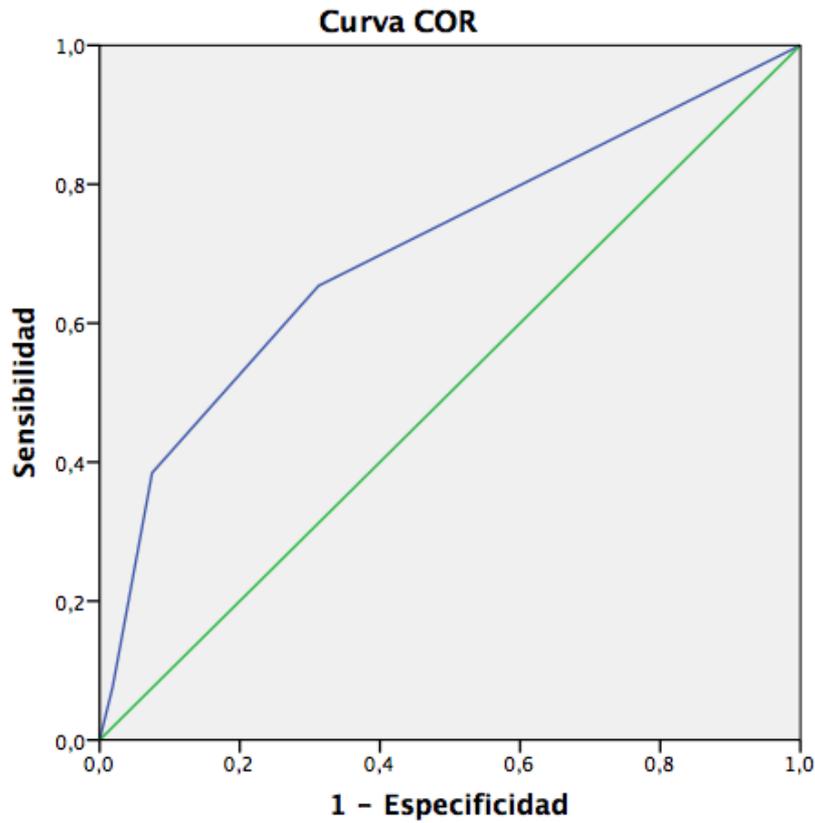
Tabla 59: Tabla de clasificación Portugal-Azores

Observado			Pronosticado		
			Variable Sospecha de maltrato		Corrección de porcentaje
			No sospecha de maltrato	Sospecha de maltrato	
Paso 1	Variable sospecha de maltrato	No sospecha de maltrato	148	12	92,5
		Sospecha de maltrato	32	20	38,5
		Porcentaje global			79,2

El valor de corte es 0,5

En el siguiente gráfico de la curva COR se observa la sensibilidad y especificidad de las variables del modelo para predecir la sospecha de maltrato (Figura 7).

Figura 7: curva COR Portugal-Azores



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Por último, se observa que el área bajo la curva es de 0,706 (Tabla 60). Este es el poder de discriminación del modelo construido, un 70,6% del máximo posible. Evidentemente es estadísticamente significativo (la hipótesis nula es la no discriminación, que en la gráfica COR corresponde a los puntos que caen sobre la diagonal).

Tabla 60: Área bajo la curva Portugal-Azores

Variable(s) de resultado de prueba: Probabilidad pronosticada

Área	Error estándar ^a	Significación asintótica ^b	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
,706	,045	,000	,618	,793

La(s) variable(s) de resultado de prueba: La probabilidad pronosticada tiene, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

4.5. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS CUATRO ÁMBITOS: ESPAÑA (ANDALUCÍA-CÓRDOBA), PORTUGAL (OPORTO AZORES) Y BOLIVIA (SANTA CRUZ DE LA SIERRA).

Al comparar la prevalencia de sospecha de maltrato en los 3 países estudiados, existen diferencias significativas ($p < 0,001$), siendo en Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) la que mayor prevalencia de sospecha de maltrato tiene (39,05%), seguido de Azores (24,5%), España (Andalucía-Córdoba) (6,9%) y por último Oporto (4,6%) (Tabla 61).

Tabla 61: Prevalencia de sospecha de maltrato por ámbitos

Prevalencia de maltrato	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato		P
	N	%	N	%	
España (Andalucía-Córdoba)	13	6,9	175	93,1	<0,001
Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	82	39,05	128	60,95	
Portugal (Oporto)	61	4,6	1279	95,4	
Portugal (Azores)	52	24,5	160	75,5	

También se encontraron diferencias significativas al comparar el nivel de estudios de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos ($p = 0,003$), siendo las PM de Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) las que tenían un nivel de estudios inferior (tabla 62).

Tabla 62: Nivel de estudios de las PM en los diferentes ámbitos

Nivel de estudios	España		Bolivia		Azores		P
	N	%	N	%	N	%	
Analfabetismo	2	15,4	15	18,3	7	13,5	0,003
Aprendizaje elemental no formal	6	46,1	14	17,1	5	9,6	
Primarios Incompletos	4	30,8	35	42,7	24	46,2	
Primarios Completos			3	3,7	14	26,9	
Secundaria/bachiller/f.p. incompleta			7	8,5	0		
Secundaria/bachiller/f.p. completa	1	7,7	3	3,7	1	1,9	
Universitarios			5	6	1	1,9	

f.p.=formación profesional

Se encontraron diferencias significativas al analizar la actividad laboral de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos ($p < 0.001$), teniendo en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) actividad laboral un 40,3% de las personas mayores con sospecha de maltrato y por el contrario en España (Andalucía-Córdoba) y Azores ninguna PM tenía actividad laboral (Tabla 63).

Tabla 63: Actividad laboral de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos

Actividad laboral de las PM con Sospecha de maltrato	Si		No		P
	N	%	N	%	
España (Andalucía-Córdoba)	0		13	100	<0,001
Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	33	40,2	49	59,8	
Portugal (Azores)	0		52	100	

Se encontraron diferencias significativas al analizar los ingresos económicos de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos ($p < 0,001$), teniendo en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) ingresos económicos el 100% de las PM con sospecha de maltrato (tabla 64).

Tabla 64: Ingresos económicos de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos

Ingresos económicos de las PM con Sospecha de maltrato	Si		No		P
	N	%	N	%	
España (Andalucía-Córdoba)	9	69,2	4	30,8	<0,001
Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	82	100	0		
Portugal (Azores)	35	67,3	17	12,7	

Se encontraron diferencias significativas al analizar la renta mínima oficial de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos ($p < 0,001$), alcanzando la renta mínima oficial en Bolivia solo el 7,3%, frente al 46.2% en España y el 92,3% en Azores (tabla 65).

Tabla 65: Renta mínima oficial de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos

Renta mínima oficial de las PM con Sospecha de maltrato	Si		No		P
	N	%	N	%	
España (Andalucía-Córdoba)	6	46,2	7	53,8	<0,001
Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	6	7,3	76	92,7	
Portugal (Azores)	48	92,3	4	7,7	

No se encontraron diferencias significativas al analizar si las PM con sospecha de maltrato tenían hijos en los diferentes ámbitos ($p=0,272$) (tabla 66).

Tabla 66: Tener hijos las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos

Tener hijos las PM con Sospecha de maltrato	Si		No		P
	N	%	N	%	
España (Andalucía-Córdoba)	12	92,3	1	7,7	0,272
Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	75	91,5	7	8,5	
Portugal (Azores)	43	92,3	9	7,7	

Existen diferencias significativas al analizar la forma de convivencia de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos ($p<0,001$) (tabla 67).

Tabla 67: Forma de Convivencia de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos

Forma de convivencia	Andalucía-Córdoba		Santa Cruz de la Sierra		Azores		P
	N	%	N	%	N	%	
Solo/a	6	46,2	13	15,9	12	23,1	<0,001
Cónyuge	3	23,1	7	8,5	19	36,5	
Cónyuge e hijos	1	7,7	7	8,5	6	11,6	
Cónyuge y nietos			1	1,2	0		
Cónyuge, hijos y nietos			8	9,8	0		
Cónyuge y otro familiar			1	1,2	11	21,2	
Hijos	2	15,3	6	7,3	1	1,9	
Hijos y nietos	1	7,7	26	31,8	0		
Otro familiar de 2° o 3° grado			11	13,4	1	1,9	
Cuidador			0		2	3,8	
Otra forma no especificada			2	2,4	0		

Se encontraron diferencias significativas al analizar la dependencia de las PM con sospecha de maltrato para las ABVD en los diferentes ámbitos ($p<0,001$), teniendo en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) mayor grado de independencia (tabla 68).

Tabla 68: Dependencia para las ABVD de las PM con maltrato en los diferentes ámbitos

Dependencia ABVD	Severa		Severa		Moderada		Escasa		Independencia		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
España (Andalucía-Córdoba)	0		1	7,7	3	23,1	3	23,1	6	46,2	<0,001
Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	0		3	3,7	13	15,9	7	8,5	59	72	
Portugal (Azores)	2	3,9	8	15,4	13	25	10	19,2	13	36,5	

Hay diferencias significativas ($p < 0,001$) al comparar el APGAR Familiar de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos, teniendo menor puntuación en el APGAR familiar en Oporto (Tabla 69).

Tabla 69: APGAR Familiar de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos

APGAR Familiar	Normofuncional		Disfuncional leve		Disfuncional grave		P
	N	%	N	%	N	%	
España (Andalucía-Córdoba)	7	53,8	4	30,8	2	15,4	<0,001
Bolivia (Santa Cruz de la Sierra)	39	47,6	33	40,2	10	12,2	
Portugal (Oporto)	0		21	54,5	19	47,5	
Portugal (Azores)	32	61,6	15	28,8	5	9,6	

A continuación se muestra una tabla resumen (tabla 70) de las diferentes variables de las PM con sospecha de maltrato en cada uno de los países:

Tabla 70: variables de las PM con sospecha de maltrato en los diferentes ámbitos

PM sospecha de maltrato	Andalucía-Córdoba (España)		Santa Cruz de la Sierra (Bolivia)		Azores (Portugal)		Oporto (Portugal)		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									
Hombre	2	15,4	31	37,8	18	34,6	21	24,4	0,476
Mujer	11	84,6	51	62,2	34	65,4	40	65,6	

PM sospecha de maltrato	Andalucía-Córdoba (España)		Santa Cruz de la Sierra (Bolivia)		Azores (Portugal)		Oporto (Portugal)		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estado Civil									
Casado/a	1	7,7	15	18,3	23	44,2			0,036
Viudo/a	8	61,5	30	36,6	20	38,5			
Divorciado/a	0		7	8,5	3	5,8			
Separado/a	2	15,4	10	12,2	0				
Soltero/a	1	7,7	13	15,9	5	9,6			
Pareja de hecho	1	7,7	7	8,5	1	1,9			
Nivel de Estudios									
Analfabetismo	2	15,4	15	18,3	7	13,5			0,003
Aprendizaje elemental no formal		46,1	14	17,1	5	9,6			
Primarios Incompletos	4	30,8	35	42,7	24	46,2			
Primarios Completos			3	3,7	14	26,9			
Secundaria/bachiller/f.p. incompleta			7	8,5	0				
Secundaria/bachiller/f.p. completa	1	7,7	3	3,7	1	1,9			
Universitarios			5	6	1	1,9			
Actividad Laboral									
Si	0		33	40,2	0				<0,001
No	13	100	49	59,8	52	100			
Ingresos Económicos									
Si	9	69,2	82	100	35	67,3			<0,001
No	4	30,8			17	32,7			
Renta mínima oficial									
Si	6	46,2	6	7,3	48	92,3			<0,001
No	7	53,8	76	92,7	4	7,7			
¿Tiene hijos?									
Si	12	92,3	75	91,5	43	82,7			0,272
No	1	7,7	7	8,5	9	17,3			
Tipo de convivencia									
Permanente	12	92,3	80	97,6	16	37,2			<0,001
Intermitente	1	7,7	2	2,4	27	62,8			

f.p.=formación profesional

PM sospecha de maltrato	Andalucía-Córdoba (España)		Santa Cruz de la Sierra (Bolivia)		Azores (Portugal)		Oporto (Portugal)		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Forma de convivencia									
Solo/a	6	46,2	13	15,9	12	23,1			<0,001
Cónyuge	3	23,1	7	8,5	19	36,5			
Cónyuge e hijos	1	7,7	7	8,5	6	11,6			
Cónyuge y nietos			1	1,2	0				
Cónyuge, hijos y nietos			8	9,8	0				
Cónyuge y otro familiar			1	1,2	0				
Hijos	2	15,4	6	7,3	11	21,2			
Hijos y nietos	1	7,7	26	31,7	1	1,9			
Otro familiar			11	13,4	1	1,9			
Cuidador			0		2	3,8			
Otra forma no especificada			2	2,4	0				
Dependencia para las ABVD									
Total					2	3,9			<0,001
Severa	1	7,7	3	3,7	8	15,4			
Moderada	3	23,1	13	15,9	13	25			
Escasa	3	23,1	7	8,5	10	19,2			
Independiente	6	46,2	59	72	19	36,5			
APGAR Familiar									
Normofuncional	7	53,8	39	47,6	32	61,6			<0,001
Disfuncional leve	4	30,8	33	40,2	15	28,8	21	54,5	
Disfuncional grave	2	15,4	10	12,2	5	9,6	19	47,5	

4.6. ELDER ABUSE SUSPICION INDEX (EASI) FRENTE AL FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE TRABAJO SOCIAL (FETS)

Al comparar los resultados de sospecha de maltrato del EASI con los casos en los que el entrevistador piensa que la persona mayor está sufriendo maltrato del FETS, se corroboró la fiabilidad del EASI para detectar casos de maltrato, ya que:

Para España (Andalucía-Córdoba), en los casos que el EASI detectó sospecha de maltrato, el FETS determinó también sospecha en el 84,62% de los casos, no estando seguro de ello el entrevistador en el 15,38%. Sin embargo, no hubo ningún caso en el

que el EASI determinara no maltrato y el FETS determinara que si había maltrato, es decir, no hubo ningún falso negativo.

Para Bolivia (Santa Cruz de la Sierra), en los casos que el EASI detectó sospecha de maltrato, el FETS determinó también sospecha en el 93,90% de los casos, no estando seguro de ello el entrevistador en el 6,1%.

Para Portugal-Oporto no se pudo observar este dato porque no se cumplimentó el FETS.

Para Portugal-Azores, en los casos que el EASI detectó sospecha de maltrato, el FETS determinó también sospecha solo en el 28,8% de los casos.

5. DISCUSIÓN

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Los resultados muestran que en los diferentes ámbitos de estudio, en general las mujeres tienen mayor sospecha de maltrato que los hombres. Esto se observa también en otros estudios como el de Iborra (2009) (135) en el que hace referencia a un estudio realizado en diez países, sobre maltrato en personas mayores, informando que las mujeres representaban entre el 60-75% de las víctimas de maltrato, en función del país. Además, parece ser que las mujeres son las que sufren los casos más graves de maltrato tanto físico como psicológico (136). Hay que mencionar que la muestra del presente estudio no estuvo compuesta de forma equitativa por hombres y mujeres, si no que hubo más mujeres que hombres, lo que puede influir en estos hallazgos.

Con respecto al estado civil, las Personas Mayores que están viudas tienen mayor probabilidad de padecer maltrato, como se observa en los resultados de España y Bolivia. Hay estudios que apoyan estos resultados como el de Pérez-Cárceles et al. (2009) (113). Sin embargo, en Oporto se observa que los separados y divorciados tienen mayor sospecha de maltrato, resultados similares a los encontrados por Vida et al. (2002) (137), que encontró que las viudas, separadas y divorciadas presentan un mayor riesgo de maltrato. Por otro lado, Lowenstein et al. (2009) (105) señala que las mujeres casadas tienen mayor riesgo de maltrato. Por tanto, se observa que existe cierta controversia entre el estado civil y el riesgo de sufrir maltrato ante datos tan dispares; se podría pensar que un determinado estado civil no se puede considerar como factor de riesgo del maltrato.

Con respecto al nivel de estudios, el poseer un nivel de estudios bajos se relaciona con mayor sospecha de maltrato en algunos ámbitos estudiados (Santa Cruz de la Sierra-Bolivia y Oporto), en correspondencia con otros estudios como el de Fernández et al. (2012) (138) en el que se encontró mayor violencia en los adultos mayores iletrados y con estudios primarios. Esto puede ser debido a que las personas mayores con alto nivel educacional tienen mayor conciencia de sus derechos y más acceso a los recursos del medio, como se explica en el estudio de Bermúdez y Pamarino (1993) (139) sobre las mujeres maltratadas. De hecho, se ha demostrado que a menor nivel educacional, mayor vulnerabilidad al maltrato y los que tienen mayor nivel de estudios son menos sensibles a la violencia, puesto que el individuo con mayor preparación posee mejores mecanismo de defensa y se supone que, a una mayor calificación corresponden generalmente mejores sueldos y, por consiguiente, mejor jubilación. Por lo tanto, todo esto influye en que la persona mayor tenga altos ingresos económicos, lo cual repercute en la estima que pueden tener al anciano los componentes del núcleo familiar, siendo más respetado y menos vulnerable a padecer maltrato (138).

Aunque no se encontraron diferencias significativas, en los ámbitos estudiados la mayoría de las personas con sospecha de maltrato tenían hijos. Resultados similares se han encontrado en la bibliografía internacional que avala este hecho debido a que se asocia tener mayor número de hijos con un mayor riesgo de maltrato (140).

Con respecto a las ABVD, las personas con mayor dependencia para las ABVD parece ser que tienen mayor sospecha de maltrato según los resultados obtenidos. Esto puede ser debido a que en muchos casos, el perpetrador es un miembro de la familia que atiende a la

persona mayor. Estos resultados concuerdan con la mayoría de los estudios existentes como el estudio de Iborra (2008) (21) en el que se obtuvo que la tasa de maltrato aumenta hasta el 2,9% entre los ancianos con mayor dependencia (aquellos que requieren de ayuda todo el día). Otros estudios como el de Bazo (2001) (111) determinan que la discapacidad física puede llevar a una situación de abuso debido a que la propia defensa o escapar de la situación de maltrato es limitada. A veces esta situación de dependencia para las ABVD es el resultado de un deterioro físico y cognitivo de la persona mayor. Por ello, algunos autores los consideran factores de riesgo junto a la dependencia para padecer maltrato (141). Según la mayoría de los estudios, mientras mayor es el deterioro cognitivo y la persona mayor necesita más ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, mayor probabilidad de sufrir maltrato (127).

Los resultados también muestran que en la medida en que la familia es menos capaz de resolver sus problemas y adaptarse (baja puntuación en APGAR familiar), la situación de maltrato se incrementa, al igual que se observa en los resultados del estudio de Tuesca R. (2003) (142) realizado en Colombia en el que se asoció a las mujeres pertenecientes a familias disfuncionales moderadas y graves con padecer maltrato físico por parte su pareja. Por tanto, se puede decir que la estructura familiar y su funcionamiento influyen en la aparición del maltrato; la existencia de un adecuado funcionamiento familiar conlleva que la persona mayor ocupe su lugar en la familia con dignidad, y tener a la persona mayor presente en cada actividad a realizar es un elemento importante para que no se sienta ajeno a su familia (138).

5.2. IDENTIFICACIÓN DE MALTRATADOS

Con este estudio que engloba ámbitos de tres países, se ha pretendido avanzar en el conocimiento del fenómeno de los malos tratos hacia las personas mayores.

En España, a pesar de que en los últimos años se ha producido un incremento de los estudios de prevalencia de malos tratos hacia las personas mayores en diferentes regiones y contextos, resulta difícil comparar y generalizar los resultados debido a que los objetivos y metodologías empleados en ellos son muy distintos (98, 100). La prevalencia de maltrato de los estudios realizados en el ámbito español oscilan entre el 0,8% y el 29,3% (21, 112).

En el presente estudio, la prevalencia de maltrato en la provincia de Córdoba es de 6,9%, cifras similares a otros estudios realizados en España (29, 60, 111). Si se compara con el estudio de Sancho et al. (2011) (91) realizado en el País Vasco, en el que se detectó que el 0,9% de las personas mayores sufría maltrato, utilizando el mismo instrumento para medir el maltrato (EASI), se observa que las cifras de maltrato detectadas en la provincia de Córdoba son algo mayores. Por tanto, se puede decir que la prevalencia de maltrato a las personas mayores en el ámbito familiar y comunitario de España, puede variar según la zona geográfica y los instrumentos utilizados. Si se compara con datos de otros tipos de violencia existentes en España, como puede ser la violencia de género, parece ser que esta tiene mayor prevalencia. Según el estudio de Martín Baena (2014) (143) realizado en las diferentes comunidades autónomas de España con una muestra de 1676 mujeres de 55 a 70 años, la prevalencia de

violencia por compañero íntimo de las mujeres de España fue del 29,4% en algún momento de su vida adulta y un alto porcentaje de este maltrato duro más de 20 años.

En Bolivia, los datos obtenidos ponen de manifiesto la prevalencia de maltrato que sufren las PM en el ámbito familiar y comunitario de Santa Cruz de la Sierra, un país en vías de desarrollo en el que no se han encontrado estudios con relación al país que cuantifiquen o determinen el maltrato a las PM, hasta la fecha. Solo se disponía de informaciones procedentes de artículos de periódico como el de Camacho C. (2012) (42) y del informe de HelpAge y la Defensoría del pueblo (2010) (11), por lo que es de entender que los resultados del presente estudio son de gran valor y utilidad en la planificación de intervenciones preventivas promotoras. La prevalencia de malos tratos a las PM encontrada, es similar al de otros tipos de maltrato existentes en Bolivia como el maltrato a la mujer, como se comprueba al comparar esta prevalencia con el estudio de Meekers D. (2013) (144) en el que un 47% de las mujeres experimentaron algún tipo de maltrato en el último año. Por su parte, la prevalencia de maltrato al mayor, también es similar al encontrado en otros países en vías de desarrollo de América del Sur, como Perú, en el que según informó el diario Andina el 15 de Junio de 2013, el 50% de las PM sufrió algún tipo de maltrato por parte de sus familiares (145); Brasil, en el que según el estudio de Duque et al. (2012) (146), el 20,8% de los encuestados informó haber experimentado al menos un tipo de violencia en su entorno familiar; Chile, donde según Terra (2013) (147) uno de cada cinco adultos mayores fue víctima de algún tipo de maltrato y aumentaron las denuncias por maltrato en un 132% entre el 2010 y 2011; o Venezuela, en el que según Fernández et al. (2012) (138) un 68,7% de las personas mayores de la región de Las Tunitas sufría maltrato.

En Portugal, los datos obtenidos ponen de manifiesto la diferencia entre las Islas Azores (24,5% de sospecha de maltrato) y Oporto (4,6% de sospecha de maltrato), encontrándose una prevalencia mayor en las Islas Azores. Estos resultados son inferiores a los de otros estudios realizados previamente como el de la Organización Mundial de la Salud (2011) (97) en el que se obtuvo que el 39,4% de las personas mayores en Portugal eran víctimas de abuso y, de éstos, el 32,9% eran víctimas de maltrato psicológico. Aunque los resultados obtenidos son más bajos que otros estudios realizados en Portugal, sin embargo, la sospecha de maltrato encontrada en Azores es intermedia entre las cifras obtenidas por la Organización Mundial de la Salud (2011) y la obtenida por Gil et al. (2014) (124) que obtuvo que el 12.3% de las Personas Mayores fueron maltratadas en el último año.

Estas cifras encontradas en España (Andalucía-Córdoba) y Portugal (Azores), son bajas si las comparamos con otros países de la Unión Europea como por ejemplo Alemania, en el que Fraga et al. (2014) (78), estableció la prevalencia de maltrato a personas mayores en el ámbito comunitario en un 30.4%.

Se evidencian diferencias significativas entre los diferentes ámbitos de estudio. Parece que en los países de América del Sur hay una mayor prevalencia de maltrato a ancianos que en los Países Europeos. En el origen de estas diferencias puede encontrarse el machismo, la concepción patriarcal y los bajos ingresos económicos, que hacen que la persona mayor sea dependiente y más vulnerable a sufrir maltrato (4). Por ejemplo, el régimen de pensiones existente en la mayoría de países europeos presenta un perfil económico diferente a los ingresos económicos de las PM en Bolivia que se deben en la mayoría de los casos (91%) (14) al Sistema No Contributivo de Pensiones, llamado “Renta de Dignidad” que es una prestación de carácter

universal para todos los mayores de 60 años y cuya cantidad alcanza desde mayo de 2013 los 250 bolivianos (US 35,92\$), cantidad que no les alcanza para cubrir sus necesidades básicas, por lo que todo esto hace que las personas mayores vivan en condiciones de pobreza y que sean más vulnerables (11) (14).

La forma de maltrato más frecuente fue el psicológico en los diferentes ámbitos de estudio; en España (Andalucía-Córdoba) el 69,2% de los casos, Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) el 82,9% de los casos y Portugal (Azores) el 46,66% de los casos. Como se observa los datos coinciden con la mayoría de los estudios realizados en estos ámbitos de estudio:

En España, en la mayoría de los estudios se observa que el maltrato psicológico es el más frecuente (21, 60, 91, 98, 115), sirva como ejemplo el estudio de Sancho et al. (2011) (91) en el que las personas declararon recibir maltrato en el 0,9% de los casos, siendo en más de la mitad de los casos maltrato psicológico (0,5%).

En Portugal, en la mayoría de estudios también se observa que el maltrato psicológico es el más frecuente (97, 121, 122, 125), como por ejemplo el estudio de Ramos (2012) (122), que sitúa el maltrato psicológico en el 73.4% de los casos de maltrato a Personas Mayores.

En Bolivia, aunque no existen estudios previos fiables, los datos de que se dispone también coinciden con que el maltrato psicológico es el más frecuente como los resultados del informe de Camacho C. en el diario “Los Tiempos” (2012) (42) del Distrito de Cochabamba (Bolivia), en el que informa que de las 510 denuncias por maltrato a las personas mayores, el 60% fue por maltrato psicológico.

La segunda forma de maltrato más frecuente en los diferentes ámbitos de estudio fue la negligencia: en España (Andalucía-Córdoba) 28,5% de los casos de maltrato; Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) 54,9% de los casos de maltrato; y Portugal (Azores) 30% de los casos de maltrato. Junto al maltrato psicológico, la negligencia es una de las formas de maltrato más frecuente (111, 112, 121, 126), como se puede ver en el estudio de Garre-Olmo (2009) (112) en el que se detectó alguna forma de maltrato en 29,3% de las personas mayores, siendo por negligencia en más de la mitad de los casos (16% del total de la muestra) o el estudio de Lowenstein et al. (2009) (105) en Israel, en el que de las 1.045 personas mayores que participaron un 26% padecían negligencia,

La tercera forma más frecuente de maltrato en la mayoría de los ámbitos de estudio fue el maltrato físico: En España (Andalucía-Córdoba) 7,7% de los casos de maltrato; Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) 18,3% y en Portugal (Azores) 10% de los casos de maltrato. Sin embargo algunos estudios sitúan el maltrato físico como una de las formas de maltrato más frecuente como obtuvo Lau y Kosberg (1979) (101) en un estudio realizado en Estados Unidos donde obtuvo que un 9,6% de las personas mayores participantes padecían malos tratos (físico, psicológico o económico), siendo el maltrato físico el más frecuente.

El maltrato económico, aunque estuvo presente en los diferentes ámbitos de estudio, fue de los menos frecuentes, ya que en España (Andalucía-Córdoba) no hubo casos de maltrato por este tipo, en Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) representó el 17,1% de los casos de maltrato y Portugal (Azores) representó el 13,33% de los casos de maltrato. La mayoría de los estudios coinciden con los datos obtenidos y no sitúan el maltrato económico como una de las formas más frecuentes de maltrato a las personas mayores aunque existen algunos estudios que sí lo consideran importante como el de Naughton et al. (2011) (106) realizado en Irlanda con una

muestra de 2000 personas mayores y que estimó la prevalencia de maltrato al anciano en el último año en un 2,2%, siendo el más frecuente el abuso económico (1,3%); es decir, más de la mitad de los participantes que presentaron maltrato sufría maltrato económico.

El maltrato sexual parece ser el menos frecuente, ya que solo estuvo presente en Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) y este representó el 1,2%. Estos datos coinciden con los de otros estudios, ya que en muchos estudios no se detectó maltrato y en otros el maltrato sexual fue de los menos frecuentes (60, 100, 106, 125). Por ello se puede decir que aunque el maltrato sexual es de los menos frecuentes en las personas mayores también existe.

El hecho de que el maltrato psicológico sea el más frecuente en los diferentes ámbitos de estudios impele a estudiar la influencia que este maltrato tiene sobre la salud de la persona mayor y la interacción con las demás formas de maltrato, ya que puede ser la primera manifestación perceptible de maltrato que conduzca a otros tipos de maltrato (como puede ser la negligencia) si no se inicia una rápida actuación al identificarlo.

5.3. PERFIL DE LA PERSONA MAYOR MALTRATADA

Se ha conseguido determinar el perfil de la persona mayor maltratada en los diferentes ámbitos de estudio, siendo este:

En España (Andalucía-Córdoba): mujer viuda con 78 años de edad, aprendizaje elemental no formal, sin actividad laboral y con una media de hijos de 3,38, el perfil del perpetrador de esa violencia es mujer soltera de 54 años de edad, sin actividad laboral y que llega a la renta mínima oficial.

En Bolivia (Santa Cruz de la Sierra): mujer viuda con 70 años de edad, estudios primarios incompletos, sin actividad laboral y con una media de hijos de 4,59, el perfil del perpetrador de esa violencia es mujer casada de 52 años de edad, con actividad laboral que no llega a la renta mínima oficial.

En Portugal (Oporto): mujer casada con 76 años de edad, con estudios y con una media de hijos de 3,53, el perfil del perpetrador de esa violencia es persona de 64 años de edad.

En Portugal (Azores): mujer casada con 74 años de edad, estudios primarios incompletos, sin actividad laboral y con una media de hijos de 2,35.

Por tanto se puede establecer un perfil general de la persona mayor que sería mujer casada o viuda de 70 a 78 años de edad, con un nivel bajo de estudios, sin actividad laboral y con hijos (de 2 a 5 hijos). Este perfil obtenido es similar al obtenido por la mayoría de los estudios existentes en la bibliografía internacional (21, 91, 95, 111).

En base a los datos expuestos, parece ser que, aunque la tasa de prevalencia de maltrato varía según el ámbito de estudio y las herramientas utilizadas, existe un perfil único de la persona mayor maltratada que prevalece a la diversidad cultural y geográfica. Es decir, el perfil de la persona mayor maltratada es similar en la mayoría de los países a pesar de que existen diferencias en cuanto a la prevalencia.

Por último, señalar que aunque en los últimos años se han desarrollado estudios con el objetivo de identificar perfiles tanto de la persona mayor víctima de maltrato como del responsable de ese maltrato, es muy difícil establecer un perfil exacto debido a que el maltrato afecta todas las edades y a todos los niveles socioeconómicos de la sociedad. Además el hecho de utilizar estos perfiles generalizados tanto de la persona mayor como del maltratador para identificar casos de maltrato puede ser peligroso porque para considerar que una persona está siendo maltratada debería de cumplir una serie de criterios y en caso de no cumplir esos requisitos pues se podrían dejar fuera posibles casos de maltrato (falsos negativos) y viceversa, es decir, casos que presente los criterios establecidos en el perfil y no esté siendo maltratada (falso positivo) (91).

5.4. PERFIL DEL PERPETRADOR DEL MALTRATO

Con los datos anteriormente expuestos se puede decir que el perfil del perpetrador de esa violencia es mujer de 52 a 62 años de edad, sin actividad laboral para el caso de España (Andalucía-Córdoba) y con actividad laboral para Bolivia (Santa Cruz de la Sierra), que llega a la renta mínima oficial en España (Andalucía-Córdoba) y que no llega la renta mínima oficial en Bolivia (Santa Cruz de la Sierra).

En el presente estudio la información sobre el perpetrador de esa violencia fue facilitada por la persona mayor. Existen otros estudios que analizan expresamente el perfil del perpetrador de malos tratos hacia las personas mayores como es el caso del estudio de González et al. (2004) (148) y que coincide con el perfil del perpetrador de la violencia hacia las personas mayores descrito en el presente estudio.

Otros estudios realizados como el de Valdivieso (2000) describen el perfil del perpetrador de malos tratos a la persona mayor de la siguiente forma: *“hombre, de parentesco cercano, que convive con la víctima, con problemas de salud física, psíquica, y/o adicciones a drogas, alcohol, y juego, sobrecargado por los cuidados, incapaz de asumir su papel, y con problemas de integración y relación social, por lo que no pide ayuda y renuncia si se le otorga”* (149). En los diferentes entornos del presente estudio las características del perpetrador no son como las descritas por Valdivieso (2000) (149) como el caso del sexo ya que en el presente estudio se observa que las mujeres son frecuentemente las causantes del maltrato. Esto puede deberse a que en los entornos de estudio, debido a la cultura, la mujer ha asumido la función del cuidado del enfermo por lo que la mayoría de los cuidadores habituales de las personas mayores son mujeres con algún tipo de parentesco con la persona mayor (150). Por otro lado, según otros estudios, el hombre hace más uso de la violencia y la mujer por su parte, realiza el maltrato de una forma sutil, indirecta y verbal (149).

Aunque se observa que los perfiles descritos del perpetrador de malos tratos hacia las personas mayores son similares en la mayoría de los estudios encontrados (148, 149), resulta muy difícil establecer un perfil generalizado de la persona agresora de las personas mayores. En general, cualquier persona puede provocar maltrato a una persona mayor aunque pase pocas

horas junto a ella (150). La convivencia aparece como un factor de riesgo y mientras mas horas pase junto a ella tiene mayor probabilidad de ejercer maltrato (150).

Por su parte, la mayoría del maltrato a la PM es perpetrado por sus familiares directos como son los hijos y la pareja, en coincidencia con los estudios previos como el de Fernández-Alonso (2006) (49) en el que según los estudios revisados en varios países (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido...) en el 66% de los casos los agresores eran los propios cónyuges, mientras que en el resto lo fueron los hijos mayores. Otros estudios realizados en España también identificaron a los hijos y pareja como los maltratadores a las personas mayores (21, 96, 98, 111). Debido a que en la mayoría de los casos los maltratadores pertenecen al núcleo familiar de la persona mayor (43, 111), dificulta que las personas mayores víctimas de maltrato denuncien el caso o lo comuniquen y ocasionando a los profesionales sanitarios esta situación que deben de abordar y denunciar el caso, situaciones de estrés, dudas y problemas éticos.

5.5. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Las consecuencias que el maltrato a las PM produce en la salud son varias y van desde las consecuencias en la propia persona mayor a la repercusión que produce en los sistemas de salud y los costes financieros y humanos que conlleva, si bien todavía no se conoce su verdadera magnitud debido a que se han realizado pocos estudios para determinarlo (151).

En los resultados del presente estudio se observa como el entrevistador observó entre los entrevistados principalmente depresión, miedo y ansiedad. Esto coincide con la mayoría de los estudios realizados que señalan la depresión como una de las principales consecuencias del maltrato (49, 127). El hecho de que la depresión sea el estado más frecuentemente observado avala la teoría de que en las personas mayores, habitualmente se encuentran estados depresivos intensos porque parece ser difícil presentar conductas de evitación o otras conductas de afrontamiento (151, 152).

Existen estudios que han investigado las consecuencias que produce el maltrato en la persona mayor señalando consecuencias físicas (traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por negligencia, quemaduras, heridas por ataduras, etc.) dependen del tipo de heridas o daños sufridos, de la intensidad, gravedad, frecuencia y tiempo de duración de los malos tratos, así como de la disponibilidad y tardanza del apoyo médico y social (151, 152). Además las lesiones físicas pueden causar daños más graves que en las personas jóvenes debido a que son físicamente más débiles (sus huesos son más frágiles) y vulnerables (151).

Aunque en la mayoría de los ámbitos estudiados las personas mayores presentaban un buen estado de salud, hay que tener en cuenta que en los casos de maltrato, las lesiones, el miedo y el estrés asociados al mismo pueden ocasionar que estos problemas de salud se hagan crónicos (153). También pueden reducir la esperanza de vida y, como una de las consecuencias más fatídicas, pueden llevar a la muerte de la persona mayor (47, 127, 151). De hecho, existen estudios realizados en Estados Unidos que avalan que el maltrato aumenta el riesgo de muerte (154). También existen estudios que avalan que las víctimas de malos tratos pueden no

recuperarse de la experiencia sufrida y aparezcan trastornos como: cuadros confusionales, caídas de repetición, pérdida de autonomía, aislamiento, trastornos depresivos, etc. (155)

Respecto a las consecuencias del maltrato y su repercusión en los sistemas de salud, aunque existen pocos estudios que lo miden, se considera importante desarrollar futuros estudios en esta línea. Puesto que bien es sabido que el maltrato a personas mayores repercute en la utilización de los servicios sanitarios aumentando la utilización y visita a los centros sanitarios y, del mismo modo, aumentando las hospitalizaciones condicionadas por la morbilidad asociada a los síntomas y consecuencias del maltrato como puede ser violencia física o negligencia (49). Todo esto conlleva un importante aumento en los costes sanitarios.

5.6. DIFICULTADES EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO

El maltrato a las personas mayores, como otras formas de maltrato doméstico, es a menudo un problema oculto. En los resultados que se están presentando se observa como las personas mayores no se reconocían víctimas de maltrato y negaban las diversas preguntas del FETS, aún considerando el entrevistador que era un caso de sospecha de maltrato. Por tanto, todo esto hace pensar, que muchas personas mayores que sufren maltrato no lo denuncian por diversas causas que dificultan la detección de casos de maltrato, entre las que se encuentran:

Confusión de los signos de abuso con signos y síntomas relacionados con problemas de salud relacionados a su vez con la edad o problemas mentales (156). A diferencia del abuso infantil, donde los signos de abandono y maltrato físico casi siempre indican un problema, los cambios del envejecimiento normales y los síntomas y signos de enfermedades (por ejemplo, cáncer) pueden parecer maltrato y no serlo (54).

La intimidad de la familia y considerar el abuso un tema tabú (50).

Desconocimiento. A veces, el maltrato no puede ser reconocido por la persona mayor como maltrato debido a la cultura, la familia o el contexto del estilo de vida (150).

El vínculo emocional en el que se encuentran las personas mayores que son maltratadas por un familiar cercano impide en ocasiones la divulgación (157).

La vergüenza. En ocasiones las personas mayores piensan que los conflictos familiares deben ser íntimos y tienen vergüenza a extrapolar los problemas fuera de la casa. Si el perpetrador de esa violencia es el cuidador principal, las personas mayores puede creer que una residencia de ancianos va a ser el lugar que les albergue si su cuidador principal se aleja de ellos, (49, 150).

Miedo o temor a las represalias y a la participación legal o policial (49, 150).

En el caso de personas mayores dependientes, a veces ellos mismos se consideran cargas hacia el cuidador e intentan justificar el abuso que ellos mismos sufren (50, 51).

Deterioro cognitivo. En ocasiones las personas mayores pueden simplemente sentir que no se les va a creer o no tienen la capacidad de hablar debido a que presentan demencia o dificultades para la comunicación. También puede ser debido a pensar que no pueden probar el abuso (49, 150).

Como se refleja en los resultados y en la literatura existente, en la mayoría de los casos de maltrato, el agresor o perpetrador es un miembro de la familia, y frecuentemente la víctima niega la sospecha de abuso o trata de justificar el comportamiento del agresor (158). Si a esto se le suma, que el domicilio es el sitio de más difícil acceso, ya que allí puede ocurrir cualquier cosa sin que prácticamente trascienda nada al exterior (150), hace que la detección de los casos de maltrato sea muy difícil. Por ello, los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la identificación de los casos de maltrato, en especial los que desarrollan su labor profesional en Atención Primaria y/o comunitaria, ya que pueden ser los únicos que tengan contacto con las personas mayores maltratadas y los únicos que pueden acceder a sus domicilios. En los casos en los que el personal sanitario de Atención Primaria también se desplaza a residencias de ancianos para los controles periódicos de salud, deben poner especial atención en estas personas y detectar casos de posible negligencia por el personal que les atiende, ya que existen estudios realizados en hogares de ancianos en Alemania, donde se encontró que el 79% del personal indicó haber abusado o descuidado un residente anciano al menos una vez en el año anterior, mientras que el 66% fue testigo de maltrato a ancianos por sus compañeros (159).

A menudo, como se indica anteriormente, las personas mayores tenían miedo de denunciar el abuso o el cambio de su situación, a pesar de haber sido informados de los posibles recursos de los que disponían. Por ello, la colaboración interdisciplinaria entre médicos, enfermeras, trabajadores sociales y demás profesionales involucrados en la atención a la persona mayor es crucial. Una herramienta que puede favorecer esta comunicación es la historia clínica, que ayuda a realizar un buen seguimiento de los pacientes en la comunidad (158). Sin embargo, frecuentemente se encuentra que los profesionales sanitarios no realizan un buen registro en las historias clínicas. Sirvan como ejemplo los resultados del presente estudio en España, en el que de todos los participantes con sospecha de maltrato, tan solo en un caso estaba registrado en la historia clínica. Diversos estudios confirman las dificultades que presentan los registros de atención primaria como el de Sancho Viudes et al. (2002) (160) en el que, mediante un estudio cualitativo realizado con profesionales sanitarios de Atención Primaria de Mallorca, los profesionales reconocieron que los registros eran inadecuados. Normalmente no se refleja la actividad real, no hay uniformidad en los registros y en ocasiones no tienen conexión con los centros de atención especializada (161). Por tanto, sería recomendable una mayor formación de los profesionales de Atención Primaria para concienciarles de esta problemática y formarles para ser capaces de reconocer y actuar en casos de maltrato a personas mayores ya que se ha demostrado que en las áreas donde los profesionales están mejor formados y motivados, es mayor la detección de personas mayores maltratadas (150). Por todo ello, además de mejorar los registros de las historias clínicas para mejorar la detección de maltrato, hay que hacer también hincapié en la educación continuada de todo el personal sanitario para aumentar la conciencia de este problema y ser capaces de reconocer casos de maltrato (158).

Es posible que la prevalencia obtenida en países como España (Andalucía-Córdoba) y Portugal (Oporto, Azores) no refleje la realidad (es decir, la prevalencia real puede ser mayor) y que diversos factores influyan para que las personas mayores no se reconozcan como víctimas. Entre estos factores podrían estar los siguientes detectados por Iborra-Marmolejo (2008) en un estudio realizado en España (21):

- *Ciertas personas mayores pueden no ser conscientes de la situación de maltrato que están viviendo.*

- *En los casos en los que sí son conscientes, pueden estar interviniendo otros factores como los sentimientos de vergüenza, tristeza e impotencia, que les llevan a ocultar la realidad de su maltrato. Este secretismo se incrementa en nuestro país por el estigma social que recae sobre la familia maltratadora. Además, estos ancianos consideran que hablando del maltrato sufrido pueden contribuir a dañar la convivencia familiar, en una sociedad en la que la familia tiene una enorme consideración.*

Por último, destacar que el abordaje global del maltrato a las personas mayores exige actuaciones en todos los niveles de prevención: prevención primaria (evitar que se produzca e 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), prevención secundaria (evitar la repetición del suceso) y prevención terciaria (minimizar las consecuencias). La atención primaria es el nivel asistencial óptimo para detectar y prevenir este problema y requiere de una atención multidisciplinar de todos los profesionales que tienen relación con la atención a la persona mayor, así como el conocimiento de los factores de riesgo y posibilidad de actuación sobre ellos en el caso de que se presenten (150). De hecho, una temprana intervención, asesoramiento y prestación de servicios adecuados ayuda a limitar el impacto del maltrato en las personas mayores (141). También sería necesario desarrollar herramientas que permitan a la enfermera poder detectar casos de maltrato precozmente, ya que en algunos casos, el personal de enfermería es el único evaluador externo de la víctima-agresor puesto que es el que mayor visita domiciliaria realiza (162). De hecho, la detección de abuso a menudo se ve obstaculizada por la falta de conocimiento y las habilidades para la intervención (62, 163, 164). A veces, los profesionales de la salud se preguntan qué deben hacer ante un posible caso de maltrato a una persona mayor. Por ello, se deben proporcionar primordialmente programas de formación para sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios, para que adquieran competencias y puedan actuar en casos de sospecha o identificación de casos de maltrato o riesgo de maltrato (164).

Actualmente no existe una estrategia establecida de atención a la persona maltratada que se pueda recomendar de forma global. Sí existen recomendaciones de actuación ante un caso de maltrato (mencionadas en el apartado de la introducción). Las actuaciones que puede realizar el personal sanitario serían (49, 97, 150):

Concienciar y educar a la sociedad (mejorar la imagen de las personas mayores, concienciar sobre la existencia de que hay personas mayores que están siendo maltratadas, mejorar las relaciones intergeneracionales, educación en colegios, campañas de sensibilización pública, educación a personas mayores y familiares, formación a los profesionales para conocer los factores de riesgo y modos de actuación, etc.)

Detectar los factores de riesgo de la persona mayor y del cuidador principal, así como las situaciones de mayor vulnerabilidad.

Canalizar las intervenciones para modificar los factores de riesgo.

Apoyo a la familia y a los cuidadores. Se debe identificar y actuar de forma preventiva ante situaciones de estrés y sobrecarga física y emocional del cuidador principal mediante programas dirigidos a los cuidadores principales, para así poder evitar que estas situaciones influyan en la aparición de malos tratos.

Investigación, concienciación, divulgación de resultados y actuación.

Hasta el momento, no se han encontrado estudios en España, Bolivia y Portugal que hayan investigado intervenciones preventivas en el campo del anciano maltratado, por lo que sería útil realizar investigaciones en esta dirección.

5.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En la realización de este trabajo interfirió la dificultad de que parece haber pocos estudios para detectar el maltrato en personas mayores y la inexistencia de herramientas eficaces para detectar el maltrato, ya que, como se ha explicado en el apartado de la introducción cuando se describen las diferentes herramientas disponibles para la detección de maltrato en las personas mayores, ninguna ofrece resultados concluyentes para identificar un caso de maltrato. Por ello, la mayoría de las herramientas disponibles hablan de “*sospecha de maltrato*” o de “*casos que requieren un estudio en profundidad*”. Estas herramientas existentes se basan en signos objetivos y subjetivos para la detección de maltrato y debido a la diferencia de conocimientos y habilidades de evaluación y entrevista por parte de los diferentes profesionales que las utiliza, el grado de coherencia e interpretación de las diferentes herramientas estandarizadas puede variar. Sería por tanto recomendable realizar investigaciones futuras para aunar criterios sobre las herramientas disponibles y desarrollar una herramienta estandarizada y que a través de signos objetivos se puedan diagnosticar casos de maltrato con una buena especificidad y sensibilidad. Para contrarrestar en lo posible las limitaciones anteriormente señaladas, se ha contado en este estudio con un entrevistador único, formado y experto en el tema en los ámbitos de estudio de España (Andalucía-Córdoba) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra).

Además, otra limitación sería el hecho de que con una sola entrevista al paciente, sin contrastar situaciones, es difícil determinar un caso de maltrato a las personas mayores, de modo que solo se puede hablar de sospecha de maltrato. Como explica Bomba et al. (2006) cuando a las personas mayores se les pregunta por primera vez acerca de si son abusados, es difícil que la persona mayor se capaz de revelar y dar detalles sobre el maltrato. Este proceso necesita tiempo y esfuerzo para lograr un ambiente favorable, en que la persona mayor confíe y muestre empatía al personal (88).

Otro aspecto limitante fue la falta de registros e información en las historias clínicas de casos de maltrato. No suelen registrarse los casos de sospecha de maltrato o los posibles signos y síntomas que presente la persona mayor. Tampoco existe ningún test de cribado que se haga de forma sistemática en las consultas de enfermería o médicas.

Entre las limitaciones relacionadas con la muestra, la tasa de no respuesta obtenida en España (Andalucía-Córdoba) y el difícil acceso a la población, hacen que, aunque la muestra sea representativa, esté compuesta por pocos casos. Por ello, en España (Andalucía-Córdoba) se deberían considerar estos datos como un primer acercamiento al problema; y considerar, ya que sería conveniente, realizar futuros estudios utilizando el EASI con una muestra más amplia y que englobe diferentes regiones del Estado Español porque, como se puede ver, los datos difieren con el resto de estudios realizados en el país en la prevalencia obtenida y en las

herramientas utilizadas para detectar el maltrato. La causa de las diferencias entre la prevalencia de maltrato a las personas mayores establecida en el presente estudio y los realizados en otros estudios en España pueden ser los diferentes instrumentos utilizados para medir el maltrato y las diferencias en la población. En este sentido es necesario diseñar y validar un instrumento universal con alto índice de sensibilidad y especificidad para la detección de los malos tratos en las personas mayores.

Otra de las limitaciones de la muestra sería que se estableció como criterio de exclusión que la persona mayor padeciera deterioro cognitivo. Pues según la literatura, las prevalencias de maltrato entre los adultos mayores con deterioro cognitivo son sustancialmente más altas que las de individuos mentalmente intactos (165). Según el estudio de cohortes realizado por Lachs et al. (1997) (127) durante un periodo de seguimiento de 9 años en Estados Unidos, el deterioro funcional y cognitivo fue un factor de riesgo para padecer maltrato las personas mayores de 65 años de edad. Estas tasas más altas pueden deberse a una necesidad de cuidados más intensos y a más problemas de comportamiento, pero también, a la incapacidad de los individuos maltratados de insistir en sus derechos o quejarse (165). Por lo que aunque es sabido que la presencia de deterioro cognitivo en la persona mayor es un factor de riesgo significativo de malos tratos, en el presente estudio al realizarlo únicamente con personas mayores sin deterioro cognitivo, los resultados obtenidos no deben ser extrapolados a la población de personas mayores en general y se recomienda hacer estudios en esa línea.

Entre las limitaciones relacionadas con el diseño, al ser un estudio transversal, no es posible deducir la dirección causal de las asociaciones encontradas entre la sospecha del abuso y sus variables sociodemográficas relacionadas. Tampoco se pueden medir los cambios en el tiempo y no se puede controlar las condiciones en las que se realiza la investigación.

En lo que se refiere a las limitaciones de los instrumentos utilizados, hay que decir que el EASI no fue diseñado para identificar casos de maltrato, sino para identificar casos de “*sospecha de maltrato*”. Esta limitación se ha solventado aplicando también el FETS, para contrastar ambos resultados; obteniendo en ambos cuestionarios prácticamente el mismo resultado para los casos del maltrato, por lo que se confirman los casos de sospecha de maltrato, y a su vez, se refuerza la validez del EASI como instrumento para identificar casos de maltrato en el ámbito familiar y comunitario.

La utilización del FETS, por su parte, presenta una limitación para confirmar los casos de maltrato, ya que se basa en la percepción del entrevistador, y la variable criterial es la pregunta 59: *¿Cree que este paciente está siendo maltratado?*. Faltan por tanto, criterios externos objetivos de maltrato en esta herramienta, ya que el criterio externo para la detección del maltrato es subjetivo, basado en la opinión del personal. Esta limitación también fue señalada por Yaffe et al. (2008) (63) “*la barrera más significativa en el desarrollo preciso de instrumentos de screening y evaluación es la falta de un criterio estándar para el diagnóstico o validación del maltrato. La ausencia de un biomarcador o test clínico decisivo hace que el diagnóstico dependa de una serie de datos objetivos y subjetivos*”.

6. CONCLUSIONES

Se ha dimensionado el maltrato a las personas mayores en España (Córdoba), Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) y Portugal (Oporto, Azores).

Según los datos obtenidos, se puede estimar la existencia de sospecha de maltrato en el ámbito familiar y comunitario en un 6,9% de las personas mayores en España (Andalucía-Córdoba), un 24,5% en Azores (Portugal), un 4,6% en Oporto (Portugal) y un 39% en Bolivia (Santa Cruz de la Sierra).

Los resultados evidencian que el maltrato psicológico es la forma más frecuente de maltrato. En general se asocia ser mujer, tener nivel bajo de estudios, pertenecer a familias disfuncionales, y tener mayor dependencia para las ABVD, con mayor probabilidad de padecer maltrato.

El perfil de la Persona Mayor maltratada en los diferentes ámbitos estudiados es:

En España (Andalucía-Córdoba): mujer viuda con 78 años de edad, aprendizaje elemental no formal, sin actividad laboral y con una media de hijos de 3,38. El perfil del perpetrador de esa violencia es mujer soltera de 54 años de edad, sin actividad laboral y que llega a la renta mínima oficial.

En Bolivia (Santa Cruz de la Sierra): mujer viuda con 70 años de edad, estudios primarios incompletos, sin actividad laboral y con una media de hijos de 4,59. El perfil del perpetrador de esa violencia es mujer casada de 52 años de edad, con actividad laboral que no llega a la renta mínima oficial.

En Oporto-Portugal: mujer casada con 76 años de edad, con estudios y con una media de hijos de 3,53. El perfil del perpetrador de esa violencia es persona de 64 años de edad.

En Azores-Portugal: mujer casada con 74 años de edad, estudios primarios incompletos, sin actividad laboral y con una media de hijos de 2,35.

Los temas a conocer propuestos como objetivos secundarios para el presente trabajo están ampliamente desarrollados en el marco conceptual descrito en el apartado de la introducción del estudio.

Se observa que aunque la prevalencia de maltrato a las personas mayores en el ámbito familiar y comunitario difiere según el ámbito de estudio, está presente en todos los ámbitos y parece ser, en base a los datos expuestos, que el perfil de la persona mayor maltratada prevalece a la diversidad cultural, es decir, a pesar de las diferencias entre las distintas zonas geográficas el perfil de la persona mayor maltratada parece ser único.

Los diferentes instrumentos y metodología utilizados en los tres países para cuantificar la prevalencia plantean limitaciones en la valoración de los datos obtenidos. Por ello sería útil desarrollar una herramienta universal para cuantificar este problema adaptada a los diferentes contextos geográficos e idiomas.

6.1 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos evidencian que el maltrato es un fenómeno presente en todos los ámbitos de estudio y el porcentaje de maltrato encontrado demuestra la necesidad urgente de una investigación sobre la prevalencia y consecuencias para la salud del maltrato hacia las Personas Mayores, especialmente en los países en desarrollo donde parece que la prevalencia es mayor.

Las diferencias con respecto a la prevalencia de maltrato en comparación a estudios realizados hasta el momento pueden ser debido a las diferentes herramientas utilizadas para detectar el maltrato. Por ello, es necesario desarrollar una herramienta universal con adaptación lingüística y cultural para los diferentes países del mundo que presente buena validez y fiabilidad para diagnosticar los casos de maltrato en personas mayores y que pueda ser utilizada por diferentes profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.), así como seguir investigando el maltrato y realizar futuras investigaciones que implanten programas de intervención en las personas mayores que padecen maltrato y evaluar la efectividad de los mismos. También sería útil investigar la presencia de biomarcadores o signos objetivos que puedan conducir al diagnóstico de un caso de maltrato.

Como se ha visto en los resultados expuestos y en la literatura existente, las personas mayores con dependencia para las ABVD y las personas mayores que pertenecen a familias disfuncionales tienen mayor probabilidad de sufrir maltrato. En el presente estudio no se han incluido las personas con deterioro cognitivo debido a que los resultados del EASI no son válidos en personas que padecen deterioro cognitivo. Si bien se considera de interés realizar estudios de prevalencia en estas personas y que permitan desarrollar herramientas fiables para diagnosticar los casos. Por otra parte, también sería útil incluir en los estudios referidos, en los casos de sospecha de maltrato, entrevistas abiertas con la PM y el cuidador principal, que permitan conocer esta problemática desde un enfoque más personal que ayude a conocer el comportamiento o actuación de las PM que sufren maltrato y de los cuidadores, así como las causas del maltrato.

Este estudio supone también una evidencia de cara a los profesionales sanitarios y colectivos que trabajan con personas mayores para que se conciencien de una realidad existente, ayuden a la detección de casos y los denuncien. En esto tienen un papel muy importante los profesionales de enfermería comunitaria, puesto que se considera que son los que mayor número de visitas domiciliarias realizan y en ocasiones pueden ser los únicos que tengan contacto con la persona maltratada. Por otra parte, se recomienda desarrollar e implantar programas de formación a los profesionales sobre el maltrato a las personas mayores, ya que la formación es el método ideal para adquirir nuevas competencias y habilidades, así como reconocer los signos y síntomas desencadenantes y tratar a las víctimas. Los profesionales han de conocer las medidas legales y herramientas existentes para el abordaje de casos de maltrato. Por último también sería útil desarrollar estudios que cuantifiquen las repercusiones del maltrato en los sistemas sanitarios e identifiquen intervenciones efectivas de los profesionales enfermeros para reducir las consecuencias y repercusiones de ese maltrato en la salud y calidad de vida de las víctimas.

7. CONCLUSÕES

Os maus-tratos foram dimensionados as pessoas idosas em Espanha (Córdoba), Bolívia (Santa Cruz de la Sierra) e Portugal (Porto, Açores).

De acordo com os dados, podemos estimar a existência de suspeição de abuso no âmbito da família e da comunidade em 6,9% dos idosos em Espanha (Andaluzia-Cordoba), 24,5% nos Açores (Portugal), 4,6% em Porto (Portugal) e 39% na Bolívia (Santa Cruz de la Sierra).

Os resultados mostram que o abuso psicológico é a forma mais comum de abuso. A maior probabilidade de sofrer abuso está geralmente associado ao sexo feminino, baixa escolaridade, pertencer a famílias disfuncionais, e ter maior dependência nas ABVD.

O perfil do idoso abusado nas diferentes áreas estudadas é o seguinte:

Em Espanha (Andaluzia-Cordoba): viúva de 78 anos de idade, aprendizagem básica, não formal, sem uma ocupação laboral e uma média de 3,38 filhos. O perfil do autor de tal violência é mulher solteira de 54 anos de idade, sem trabalho e que aufera a renda mínima oficial.

Na Bolívia (Santa Cruz de la Sierra): viúva de 70 anos, ensino fundamental incompleto, nenhuma atividade de trabalho, com uma média de 4,59 filhos. O perfil do autor de tal violência é mulher casada de 52 anos de idade, com atividade de trabalho que não atinge o salário mínimo oficial.

No Porto-Portugal: mulher casada com 76 anos de idade, com estudos e com uma média de 3,53 filhos. O perfil do autor de tal violência é uma pessoa de 64 anos de idade.

Nos Açores-Portugal: mulher casada com 74 anos de idade, ensino fundamental incompleto, sem uma ocupação laboral, e com uma média de 2,35 filhos.

Os temas propostos para cumprir os objetivos secundários para este trabalho são amplamente desenvolvidos no quadro descrito na secção de introdução do estudo.

Salienta-se que, embora a prevalência de abuso de idosos na família e na comunidade difere por área de estudo, está presente em todas as áreas e considera-se, com base nos dados apresentados, que o perfil do idoso abusado prevalece perante a diversidade cultural, ou seja, apesar das diferenças entre as áreas geográficas o perfil da pessoa mais velha abusada parece ser único.

As diferentes ferramentas e metodologias utilizadas para os quatro âmbitos de estudo para quantificar a prevalência, colocam limitações na avaliação dos dados. Por conseguinte, seria útil desenvolver uma ferramenta universal para quantificar este problema adaptado a diferentes contextos geográficos, culturas e línguas.

7.1. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E RECOMENDAÇÕES

Os resultados obtidos mostram que o abuso é um fenômeno presente em todas as áreas de estudo e o percentual de abuso encontrado demonstra a necessidade urgente de investigação sobre a prevalência e as consequências para a saúde do idoso abusado, especialmente nos países em desenvolvimento, onde segundo os dados a prevalência é maior.

As diferenças em relação à prevalência de abuso quando comparadas com estudos realizados até ao momento podem ser devidas às diferentes ferramentas utilizadas para detectar o abuso. É, portanto, necessário desenvolver uma ferramenta universal com adaptação linguística e cultural para diferentes países que apresente boa validade e confiabilidade para diagnosticar casos de abuso em pessoas mais velhas e que possa ser utilizada por diferentes profissionais (médicos, enfermeiras, assistentes sociais, etc.). É necessário ainda continuar a investigar o abuso e realizar pesquisas futuras para implementar programas de intervenção em idosos que sofrem abuso e avaliar a eficácia dos mesmos. Seria também útil investigar a presença de biomarcadores ou sinais objectivos, que podem levar ao diagnóstico de um caso de abuso.

Refrem os resultados relatados da literatura, os idosos com dependência para ABVD e os idosos que pertencem a famílias disfuncionais são mais propensos a sofrer abusos. Neste estudo, não estão incluídas pessoas com comprometimento cognitivo, porque os resultados do EASI não são válidos em pessoas com comprometimento cognitivo. É considerado importante fazer estudos de prevalência nessas pessoas, a fim de desenvolver ferramentas confiáveis para diagnosticar casos. Além disso, nos casos de suspeita de abuso, seria útil incluir nos estudos referidos, entrevistas abertas com a Pessoa Idosa e o cuidador primário, que revelam o problema a partir de uma abordagem mais pessoal para ajudar a entender o comportamento ou ação da Pessoa Idosa que são abusadas e os cuidadores, bem como as causas do abuso.

Este estudo também fornece evidências frente aos profissionais de saúde coletiva que trabalham com as pessoas mais velhas para tornar-se conscientes de uma realidade existente, ajudem a detectar casos e a relatá-los. Neste aspeto desempenham um importante papel os profissionais de enfermagem da comunidade, uma vez que eles são considerados os que maior número de visitas domiciliares fazem e às vezes podem ser os únicos que têm contato com a pessoa abusada.

Além disso, recomenda-se a desenvolver e implementar programas de treinamento de profissionais sobre abuso aos idosos, uma vez que a formação é a oportunidade ideal para adquirir novas competências e habilidades, e reconhecer os sinais e sintomas e tratar as vítimas. Os profissionais têm de conhecer medidas e instrumentos jurídicos existentes para lidar com casos de abuso. Finalmente, seria também útil desenvolver estudos que quantificam o impacto do abuso nos sistemas de saúde e identificar intervenções eficazes dos profissionais de enfermagem para reduzir as consequências e repercussões del abuso sobre a saúde e a qualidade de vida das vítimas.

8. CONCLUSIONS

The abuse of older people in Spain (Cordoba), Bolivia (Santa Cruz de la Sierra) and Portugal (Porto, Azores) has been dimensioned

According to the data obtained, the existence of suspected abuse in the family and community settings has been estimated in 6.9% of the elderly in Spain (Andalusia-Cordoba), 24.5% in the elder people in Azores (Portugal), 4.6% in Porto (Portugal) and 39% in Bolivia (Santa Cruz de la Sierra).

The results show that psychological abuse is the most common form of abuse. The victim of abuse is generally female, with low education, who belong to a dysfunctional family and presents a greater dependence for basic activities of daily life.

The profile of the elderly abused in the different areas studied is:

In Spain (Andalusia-Cordoba): 78-year-old widowed woman, without formal elementary education or occupation and with an average of 3.38 children. The profile of the perpetrator of such violence is a woman of 54 years old, single, unemployed and not perceiving the official minimum income.

In Bolivia (Santa Cruz de la Sierra): 70-year-old widowed woman, with incomplete primary education, no work activity and having an average of 4.59 children. The profile of the perpetrator of such violence is a married woman of 52 year old, performing a work activity that generates less than the official minimum income.

In Oporto-Portugal: 76-year-old married woman with qualifications and having an average of 3.53 children. The profile of the perpetrator of such violence is a 64 year-old person.

In Azores-Portugal: 74-year-old married woman, with incomplete primary education, without an occupation and having an average of 2.35 children.

The topics proposed as secondary objectives for this work are widely developed in the conceptual framework described in the introduction of this study.

The prevalence of abuse of elder people in their family and community settings differs depending on the study areas. However, based on the data presented, the profile of the abused elder prevails to the cultural diversity. That is, the profile of the abused older person seems to be unique in spite of the differences between geographical areas.

The different instruments and methodology used in the three countries to quantify the prevalence present limitations in the valuation of the data obtained. Therefore, it would be useful to develop an universal instrument to quantify this problem, adapted to different geographical contexts and languages.

8.1. IMPLICATIONS FOR PRACTICE AND RECOMMENDATION

The results show that abuse is a phenomenon present in all areas of study and the percentage of abuse in this study demonstrates the urgent need of further research on the prevalence and health consequences, especially in developing countries which seems to display a higher prevalence.

With regard to the different prevalence of abuse presented in this study in comparison to other studies performed to date, the contrast may be consequence of the use of different instruments to detect abuse. It is therefore necessary to develop an universal instrument with linguistic and cultural adaptation for the different countries. Such instrument should present right validity and reliability for diagnosing cases of abuse in older people and be of use to different professionals (physician, nurses, social workers, etc.). Further studies that implement intervention programs in older people suffering from abuse are necessary, as it is the evaluation of its effectiveness. It would be also useful to investigate the presence of biomarkers or objective signs that may lead to the diagnosis of a case of abuse.

As in the results presented and in the literature, it is seem the elder people with dependence for basic activities of daily life and those who live in dysfunctional families are more likely to suffer abuse. In the present study, people with cognitive impairment have not been included because the results of EASI are not valid for people with cognitive impairment. It is considered of interest the conduction of studies of prevalence on these people in order to develop reliable instruments for diagnosing the cases of abuse. On the other hand, it would be also useful to include in cases of suspected abuse, in the studies referred, open interviews with the elder person and the primary caregiver. Those interviews would allow us to know the problem from a more personal approach and help us to understand the behavior or action of elder abused people and their caregivers, as well as the causes of abuse.

Furthermore, this study provides an evidence to health professionals and groups working with older people so they can become aware of an existing reality and therefore, they can help in the detection and reporting of cases. Community nursing professionals play an important role in these cases since they are considered to be the professionals who conduct the highest number of home visits. Sometimes they can be the only ones who have contact with the abused person. On the other hand, it is recommended to develop and implement training programs for professionals about the abuse of older people because through training the professionals can acquire new competencies and skills, as well as learn to recognize the signs and symptoms and to treat the victims. It is essential that professionals know the legal measures and existing tools to evaluate the cases of abuse. Finally it would be also useful to develop studies which quantify the effects of abuse on health systems and identify effective nursing interventions in order to reduce the consequences and repercussions of that abuse on the health and quality of life of the victims.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Junta de Andalucía. Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2010.
2. World Health Organization. Definition of an older or elderly person 2012 [cited 2015 May 30]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
3. HelpAge International. Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch 2014: Informe en profundidad. Londres, Reino Unido: HelpAge International; 2014.
4. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y HelpAge International. Envejecimiento del Siglo XXI: una celebración y un desafío. New York: Fondo de Población de Naciones Unidas; 2012.
5. Organización de las Naciones Unidas. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. New York: World Health Organization; 2002 [cited 2015 May 30. Available from: <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
6. Junta de Andalucía. Europa da vida a los años. Europa Junta. 2012;143:1-44.
7. Lopesino PC, López-Céron AB, Muñoz MP, Echanagorría AM. Envejecimiento Activo, Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
8. INE IP. Censos 2011: Resultados Provisórios. Lisboa: IP Instituto Nacional de Estatística; 2011.
9. Unecce O. Eurostat. Measuring Sustainable Development. United Nations, New York and Geneva; 2009.
10. PORDATA. Índice de envelhecimento segundo os censos: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2012 [February 6, 2014]. Available from: <http://www.pordata.pt/Municipios/Indice+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-348>.
11. HelpAge International y la Defensoría del Pueblo. Levantamiento de información sustantiva sobre los derechos de las Personas Adultas Mayores en Bolivia. Estado Plurinacional de Bolivia: HelpAge Internacional y la Defensoría del Pueblo; 2011.
12. Instituto Nacional de Estadística (INE). Bolivia: Características de Población y Vivienda, Censo Nacional de Población y Vivienda 2012. Estado Plurinacional de Bolivia: Instituto Nacional Estadística; 2013.
13. Chumacero Viscarra M, Escobar Loza F, Mendizábal Córdova J. Documento Descriptivo de Resultados de la “Encuesta a Hogares con Personas Adultas Mayores y Cercanas a la edad de 60 Años” - EPAM 2011. Estado Plurinacional de Bolivia: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas del Ministerio de Planificación del Desarrollo, con el apoyo del UNFPA y HelpAge Internacional; 2013.
14. Escobar Loza F, Martínez Wilde S, Mendizábal Córdova J. El Impacto de la Renta de Dignidad: Política de Redistribución del Ingreso, Consumo y Reducción de la Pobreza en Hogares con Personas Adultas Mayores. La Paz, Bolivia: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas del Ministerio de Planificación del Desarrollo, con el apoyo del UNFPA y HelpAge Internacional; 2013.

15. Villarreal Martínez M. La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CELADE; 2005.
16. Codón I. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración. 2003(42):193-208.
17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la Prevención Global de Maltrato de las Personas Mayores. Toronto: Organización Mundial de la Salud; 2003.
18. Tomás AF. La carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea: Tirant lo Blanch; 2001.
19. Paneque Sosa M. La protección de los derechos de las personas mayores en España por los defensores del pueblo. Madrid: Portal Mayores, Informe 79; 2007.
20. Centro de Dinamización económica y Social. Redes Europeas: Diputación Provincial de Castellón; [cited 2013 February 10]. Available from: <http://www.centroscedes.es/red/miembros.php>.
21. Iborra Marmolejo I. Maltrato de personas mayores en la familia en España [Elder abuse in the family in Spain]. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia; 2008.
22. Rodríguez VR, Manas LR, Castiello MS, Martín RD. Envejecimiento. La investigación en España y Europa. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2012;47(4):174-9.
23. WEDO. Marco Europeo de Calidad de los servicios de atención de larga duración [cited 2012 December 10]. Available from: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=1724&furtherNews=yes>
24. FUTURAGE. A Road Map for ageing research [cited 2010 December 10]. Available from: <http://futurage.group.shef.ac.uk/home.html>.
25. Artículo 50. Constitución Española de 1978. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29 de Diciembre de 1978).
26. García Martínez A. Constitución española. Madrid; 2003 [cited 2012 November 28]. Available from: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=50&tipo=2>
27. Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín oficial del Estado, número 313, (29 de Diciembre de 2004).
28. Ley 39/2006 de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia. Boletín Oficial del Estado, número 229, (15 de Diciembre de 2006).
29. Pérez-Rojo G, Sancho Castiello MT, Aranda Jaquotot MT. 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 Geriátría y Gerontología. 2008;43(3):180-8.
30. Fernández-Delgado O. El maltrato omisivo a las personas mayores en el ámbito residencial. Comentarios al artículo 619 del Código Penal. Revista de derecho y proceso penal. 2007;1(17):31-50.

31. IMSERSO. Documentación Personas Mayores. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2009 [cited 2012 November 28]. Available from: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/normativas/personas_mayores/index.htm
32. Ley 16/2011 de 23 de diciembre, de Salud Pública de d Andalucía. Boletín Oficial del Estado, nº 17, (20 de Enero de 2003).
33. Decreto 72/2012, de 20 de marzo por el que se aprueba el Estatuto de los Centros de Participación Activa para Personas Mayores. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 66, (04 de Abril de 2012).
34. de Miranda JMML. La Constitución de 1976 en el ámbito del constitucionalismo portugués. *Revista de estudios políticos*. 1988(60):569-606.
35. Gonçalves MLM. Código penal português: anotado e comentado. Coimbra: Livr. Almedina; 1988.
36. Ley 3791/2007 de 29 de diciembre, de la Renta Universal de Vejez (Renta Dignidad) y Gastos Funerales. *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*, Nº 29400, (29 de Diciembre de 2007).
37. Ley 3323 de 16 de Enero de 2006, del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM). *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*, (16 de Enero de 2006).
38. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. *Personas Adultas Mayores – Situación en Bolivia*. La Paz, Bolivia: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); 2012 [cited 2014 February 6]. Available from: http://bolivia.unfpa.org/personas_adultas_mayores - tabset-tab-3
39. Ley Nº 1674 del 15 de Diciembre de 1995 contra la violencia en la familia o doméstica. *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*, (15 de Diciembre de 1995).
40. Decreto Supremo Nº 0264 del 26 Agosto 2009. *Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia*, Edición 56NEC, (26 de Agosto de 2009).
41. Larico L, HelpAge International. Día del Adulto Mayor en Bolivia: organizaciones de Personas Mayores saldrán a la calle para exigir mayor respeto a sus derechos Bolivia: HelpAge International; 25 de Agosto de 2012 [cited 2014 February 6]. Available from: <http://www.helpagela.org/noticias/dia-del-adulto-mayor-en-bolivia-organizaciones-de-personas-mayores-saldran-a-las-calles-a-exigir-respeto-a-sus-derechos/>
42. Camacho C. La familia, principal agresor del adulto mayor: *Los Tiempos*; 26 de Agosto de 2012 [cited 2015 February 18]. Available from: http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/vida-y-futuro/20120826/la-familia-principal-agresor-del-adulto-mayor_183303_388240.html.
43. Risco Romero C, Paniagua Vicioso MdC, Jiménez Mendoza G, Poblador Curtó MD, Molina Martínez L, Buitrago F. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Medicina clínica*. 2005;125(2):51-5.
44. Jones JS, Holstege C, Holstege H. Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. *The American journal of emergency medicine*. 1997;15(6):579-83.

45. Brandl B, Raymond JA. Policy implications of recognizing that caregiver stress is not the primary cause of elder abuse. *Generations*. 2012;36(3):32-9.
46. Hudson MF. Elder mistreatment: Current research. In: Pillemer KA, Wolf RS, editors. *Elder abuse: Conflict in the family*. Massachusetts: Auburn House; 1986.
47. Quinn MJ, Tomita SK. *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies*: New York: Springer Publishing Company; 1997.
48. Lehning AJ, Mss EKA, Austin MJ. Instruments for Assessing Elder Mistreatment: Implications for Adult Protective Services. *Evidence for practice* 2007;9:1-4.
49. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención primaria*. 2006;37(1):56-9.
50. Phelan A. Elder abuse in the emergency department. *International emergency nursing*. 2012;20(4):214-20.
51. Phelan A. *Discursive Constructions of Elder Abuse: Community Nurses' Accounts*. Dublin: University College Dublin; 2010.
52. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and ageing*. 2013;0:1-7.
53. Hoover RM, Polson M. Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *American family physician*. 2014;89(6):453-60.
54. Fulmer T, Guadagno L, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(2):297-304.
55. Block MR, Sinnott JD. *The battered elder syndrome: An exploratory study.*: College Park, MD: University of Maryland, Center on Aging; 1979.
56. Jones J, Dougherty J, Schelble D, Cunningham W. Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse. *Annals of emergency medicine*. 1988;17(10):1006-15.
57. World Health Organization. *A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
58. Cohen M. Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting. *Internal medicine journal*. 2008;38(9):704-7.
59. U. S. Preventive Services Task Force. *Guía de Medicina clínica preventiva*. Barcelona: Medical Trends; 1998.
60. Ruiz A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M, Requesens N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*. 2001;27(5):331-4.
61. Phelan A, Treacy MP. *A review of elder abuse screening tools*. Dublin: NCPOP, School of Nursing, Midwifery and Health Systems, University College Dublin; 2011.
62. Cohen M. Screening tools for the identification of elder abuse. *Journal of Clinical Outcomes Management*. 2011;18(6):261-70.

63. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *Journal of elder abuse & neglect*. 2008;20(3):276-300.
64. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C. Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *Journal of applied gerontology*. 1991;10(4):406-18.
65. Reis M, Nahmiash D, Schrier R, editors. *The Brief Abuse Screen for the Elderly*. 22nd Annual Scientific and Educational Meeting of the Canadian Association on Gerontology; 1993.
66. Crome P, Moulias R, Sánchez-Castellano C, Tilvis R, Arora A, Busby F, et al. Elder abuse in Finland, France, Spain and United Kingdom. *European Geriatric Medicine*. 2014;5(4):277-84.
67. Reis M, Nahmiash D. Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*. 1995;14(S2):45-60.
68. Schofield MJ, Reynolds R, Mishra GD, Powers JR, Dobson AJ. Screening for vulnerability to abuse among older women: Women's Health Australia Study. *Journal of Applied Gerontology*. 2002;21(1):24-39.
69. Cohen M, Levin SH, Gagin R, Friedman G. Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55(8):1224-30.
70. Pérez-Rojo G, Izal M, Sancho MT, Grupo de Investigación Trátame Bien. Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2010;45(4):213-8.
71. Yaffe MJ, Weiss D, Lithwick M. Seniors' self-administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): a feasibility study. *Journal of elder abuse & neglect*. 2012;24(4):277-92.
72. Conrad KJ, Iris M, Ridings JW, Langley K, Wilber KH. Self-report measure of financial exploitation of older adults. *The Gerontologist*. 2010;50(6):758-73.
73. Adelman RD, Breckman R. *Elder Mistreatment Guidelines for Health Care Professionals: Detection, Assessment and Intervention*. New York: Mount Sinai Victims Services Agency, Elder Abuse Project. 1988.
74. Neale AV, Hwalek MA, Goodrich CS, Quinn KM. The Illinois elder abuse system: Program description and administrative findings. *The Gerontologist*. 1996;36(4):502-11.
75. Fulmer T. Screening for mistreatment of older adults. *AJN The American Journal of Nursing*. 2008;108(12):52-9.
76. Ejaz FK, Bass DM, Anetzberger GJ, Nagpaul K. Evaluating the Ohio elder abuse and domestic violence in late life screening tools and referral protocol. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2001;13(2):39-57.
77. Ferguson D, Beck C. HALF—A tool to assess elder abuse within the family. *Geriatric Nursing*. 1983;4(5):301-4.

78. Fraga S, Lindert J, Barros H, Torres-Gonzalez F, Ioannidi-Kapolou E, Melchiorre MG, et al. Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries. *Preventive medicine*. 2014;61:42-7.
79. Reis M, Nahmiash D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*. 1998;38(4):471-80.
80. Wang JJ, Lin JN, Lee FP. Psychologically abusive behavior by those caring for the elderly in a domestic context. *Geriatric Nursing*. 2006;27(5):284-91.
81. Cohen M, Halevi-Levin S, Gagin R, Friedman G. Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*. 2006;18(5):660-85.
82. Wang JJ, Tseng HF, Chen KM. Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people. *Archives of psychiatric nursing*. 2007;21(1):40-7
83. Hwalek MA, Sengstock MC. Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. *Journal of Applied Gerontology*. 1986;5(2):153-73.
84. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago, IL: American Medical Association; 1992
85. Siu AL, Reuben DB, Moore AA. Comprehensive geriatric assessment. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (3rd ed). New York: McGraw-Hill; 1994. p. 203-11.
86. Bass DM, Anetzberger GJ, Ejaz FK, Nagpaul K. Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2001;13(2):23-38.
87. Lafata MJ, Helfrich CA. The Occupational Therapy Elder Abuse Checklist. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2001;16(3-4):141-61.
88. Bomba PA. 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*. 2006;46(3-4):103-22.
89. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family*. 1979:75-88.
90. Muñoz-Rivas MJ, Rodríguez JMA, Gómez JLG, O'Leary DK, González MDP. Validación de la versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (M-CTS) en población juvenil española. *Psicothema*. 2007;19(4):693-8.
91. Sancho M, Pérez G, Barrio E, Yanguas J, Fernández MI. Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2011.
92. Iguacen XC. Posible maltrato a una persona anciana. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2008;15(4):235-8.
93. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Atención Primaria*. 2006;37(2):113-5.

94. Collins KA. Elder maltreatment: a review. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 2006;130(9):1290-6.
95. Rueda Estrada JD, De la Red Vega N, Vega García C, Nieto Bedoya M, Niño Martín V, Arquiga Thireau R. *El maltrato a las personas mayores. Bases teóricas para su estudio*. Salamanca, España: Junta de Castilla y León/Universidad de Valladolid; 2006.
96. Moya Bernal A, Barbero Gutiérrez J, Barrio Cantalejo IM, Gutiérrez González B, Fernández de Trocóniz MI, Martínez Maroto A, et al. *Malos tratos a personas mayores: Guía de Actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
97. Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2011.
98. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Regato P, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clínica*. 2013;141(12):522-6.
99. Jayawardena KM, Liao S. Elder abuse at end of life. *Journal of palliative medicine*. 2006;9(1):127-36.
100. O'Keeffe M, Relief C. *UK study of abuse and neglect of older people: Prevalence survey report*. London: Comic Relief; 2007.
101. Law E, Kosberg J, editors. *Abuse of the elderly by informal care providers: Practice and re—search issues*. 31st Annual Meeting of the Gerontological Society, Dallas, TX; 1978.
102. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1993;4(1-2):5-58.
103. Ogg J, Bennett G. Elder abuse in Britain. *Bmj*. 1992;305(6860):998-9.
104. Oh J, Kim HS, Martins D, Kim H. A study of elder abuse in Korea. *International journal of nursing studies*. 2006;43(2):203-14.
105. Lowenstein A, Eisikovits Z, Band-Winterstein T, Enosh G. Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2009;21(3):253-77.
106. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age and ageing*. 2012;41:98-103.
107. Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American geriatrics Society*. 1998;46(7):885-8.
108. Fernández Alonso C, Baratas Crespo E, García Briñón MÁ, Martín Sánchez FJ. Detección de malos tratos al anciano en las urgencias hospitalarias. *Atención Primaria*. 2011;43(8):451-2.
109. Lázaro del Nogal M. *Manual de detección y seguimiento de los malos tratos a personas mayores en instituciones sanitarias*. Madrid: Fundación MAPFRE; 2012.

110. US Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *The Annals of Family Medicine*. 2004;2(2):156-60.
111. Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2001;36(1):8-14.
112. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Juvinyà D, Vilà A, Vilalta-Franch J. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(5):815-22.
113. Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2009;49(1):132-7.
114. Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients†. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1975;23(10):433-41.
115. Jürschik P, Viladrosa M, Botigué T, Lavedán A, Vena AB, Noguera T. 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*. 2013;48(2):55-8.
116. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Estatísticas APAV Pessoas idosas vítimas de crime e de violência [2000-2012] [cited 2013 June 14]. Available from: http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_2000-2012.pdf.
117. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Estatísticas APAV, Relatório anual 2012. [cited 2013 May 19]. Available from: http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2012.pdf.
118. Norte H. Maus tratos a idosos mais do que duplicaram: Diário de Notícias; 7-10-2010 [cited 2013 February 17]. Available from: http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1679522&page=-
119. Diário de Notícias. Portugal na lista negra dos maus tratos a idosos Publicado el 10 de Julio de 2011 [cited 2014 February 6]. Available from: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1903152.
120. Ferreira-Alves J, Sousa M. Indicadores de maus tratos a pessoas idosas na cidade de Braga. Estudo preliminar. Braga: Universidade do Minho; 2005.
121. Borrallho O. Maus-tratos e negligência a pessoas idosas: identificação e caracterização de casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central. Dissertação de mestrado em Psicologia. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2010.
122. Ramos F. Os agressores de pessoas idosas [Tese de Mestrado em Educação para a Saúde]. Oporto: Universidade do Porto; 2012.
123. Perista H, Silva A, Neves V. Violência contra as mulheres idosas nas relações de intimidade. Lisboa: CESIS – Centro de Estudos para a Intervenção Social; 2010.

124. Gil APM, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder abuse in Portugal: findings from the first national prevalence study. *Journal of elder abuse & neglect*. 2015;27(3):174-95
125. Lisboa M, Miguens F, Cerejo D, Favita A. Inquérito violência de género. Região Autónoma dos Açores. Relatório final. Região Autónoma dos Açores: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa; 2009.
126. Sousa V. Maus tratos a pessoas idosas no domicílio. A percepção dos cuidadores formais. [Tese de mestrado em Gerontologia Social]. Angra do Heroísmo: Universidade dos Açores; 2012.
127. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*. 1997;37(4):469-74.
128. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*. 1975;12(3):189-98.
129. Lobo A, Saz P, Marcos G, Grupo De Trabajo Zarademp. MMSE examen cognoscitivo mini-mental. Madrid: TEA; 2002.
130. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland state medical journal*. 1965;14:61-5.
131. Smilkstein G. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of family practice*. 1978;6:1231-9.
132. Yaffé M, Lithwick M, Wolfson C. Social Work Evaluation Form. In: Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [SEGG], Organización Mundial de la Salud [OMS], editors. *Malos tratos a personas mayores Adaptación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]; 2007.
133. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 1993;28(1):32-40.
134. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JdD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención primaria*. 1996;18(6):289-96.
135. Iborra Marmolejo I. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan*. 2009(45):49-57.
136. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*. 1988;28(1):51-7.
137. Vida S, Monks RC, Rosiers PD. Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2002;47(5):459-67.

138. Fernández P, Socarrás E, González LC, Nápoles M, Díaz R. Violencia intrafamiliar en el sector venezolano Las Tunitas. *MEDISAN*. 2012;16(7):1090-7.
139. Bermúdez P, Pumarino M. Mujeres maltratadas: Análisis de variables psicosociales, culturales y de contexto que inciden en la detención del maltrato físico [Tesis para optar al título de psicólogo]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 1993.
140. Instituto Vasco de Criminología. El maltrato de personas mayores: detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. de la Cuesta Arzamendi JL, editor. San Sebastian, España: Hurkoa Fundazioa; 2006.
141. Kurrle SE, Sadler PM, Cameron ID. Elder abuse--an Australian case series. *The Medical Journal of Australia*. 1991;155(3):150-3.
142. Tuesca R, Borda M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Gaceta Sanitaria*. 2003;17(4):302-8.
143. Martín Baena D. Violencia por compañero íntimo: consecuencias en salud, uso de servicios y factores que condicionan su cese. España: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2014.
144. Meekers D, Pallin SC, Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC women's health*. 2013;13(1):28.
145. ANDINA. 50% de adultos mayores en el Perú sufre maltrato por parte de familiares, estiman.: ANDINA; 15 de Junio de 2009 [cited 2014 February 6]. Available from: <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-50-adultos-mayores-el-peru-sufre-maltrato-parte-familiares-estiman-238173.aspx>.
146. Marques Duque A, Campos Leal MC, de Oliveira Marques AP, Vieira Eskinazi FM, Marques Duque A. Violence against the elderly in the home environment: prevalence and associated factors (Recife, State of Pernambuco). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2199-208.
147. Terra. Uno de cada cinco adultos mayores ha sido maltratado: Terra; 14 de Junio de 2013 [cited 2014 February 6]. Available from: <http://vidayestilo.terra.cl/mujer/uno-de-cada-cinco-adultos-mayores-ha-sido-maltratado,a904216d2934f310VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html>.
148. González Ceinos M, Buján Garay I, López Saiz G, Longa García I, Cacho Blanco L. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. *Revista cubana de medicina general integral*. 2004;20(1):12-17.
149. Valdivieso C, Cabellos MC. Negligencia y maltrato a personas mayores: un estudio de casos en Castilla-La Mancha. *Asistencia Sociosanitaria y Bienestar*. 2000(2):21-3.
150. Espinosa Monzada C. ¿ Asisto a un anciano maltratado? *El Peu* 2009;29(3):160-7.
151. Corbacho Armas K. El maltrato en el anciano [Tesis fin de grado]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2013.
152. Patterson C. Secondary prevention of elder abuse. Ottawa: Health Canada; 1994.
153. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002;359(9314):1331-6.

154. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *Jama*. 1998;280(5):428-32.
155. Cordero Jiménez J, García Cordero S, Rodríguez Sánchez I, Santana Castellón D, Frago O, Fernández López O. Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato: de la eritropoyesis a la cardioprotección. *MediSur*. 2010;8(4):78-89.
156. Wallace RB, Bonnie RJ. *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington: National Academies Press; 2003.
157. Naughton C, Drennan J, Treacy MP, Lafferty A, Lyons I, Phelan A, et al. *Abuse and neglect of older people in Ireland: Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. Dublin: National Centre for the Protection of Older People; 2010.
158. Kahan FS, Paris BE. Why elder abuse continues to elude the health care system. *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*. 2003;70(1):62-8.
159. Goergen T. Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: A pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2001;13(1):1-26.
160. Sancho Viudes S, Vidal Thomàs C, Cañellas Pons R, Caldés Pinilla MJ, Corcoll Reixach J, Ramos Montserrat M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*. 2002;76(5):531-43.
161. Gervas Camacho JJ. *Los sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos; 1987.
162. Martínez Galdame H, Zepeda González M. La visita domiciliaria como una herramienta para la detección de la violencia hacia el adulto mayor. *Enfermería Global*. 2009;8(17):1-5.
163. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Family Medicine*. 2005;37(7):481-5.
164. Anetzberger GJ. Elder abuse identification and referral: The importance of screening tools and referral protocols. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2001;13(2):3-22.
165. Cooper C, Manela M, Katona C, Livingston G. Screening for elder abuse in dementia in the LASER-AD study: prevalence, correlates and validation of instruments. *International journal of geriatric psychiatry*. 2008;23(3):283-8.

10. ANEXOS

ANEXO I:**MINI-EXAMEN COGNITIVO (MEC) (Lobo et al.; 2002)****INSTRUCCIONES GENERALES:**

Invitar al entrevistado a colaborar. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque.

Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los 5 ítems del test.

1. Orientación: No se permite la Comunidad Autónoma como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país (excepto en las comunidades históricas).
2. Fijación. Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Están permitidos seis intentos para que las repita correctamente.
3. Concentración y Cálculo: Sustracción de 3 en 3. Si no le entiende se puede reformular la pregunta. Si tiene 30 pesetas y me da tres ¿cuántas le quedan?, y seguir pero sin repetir la cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta. Repetir los dígitos 5 – 9 – 2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.
4. Memoria: Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. 1 punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.
5. Lenguaje y construcción: El entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra, es 0 puntos en el ítem:
 - a. Semejanzas: En las semejanzas perro-gato las respuestas correctas son animales de “x” características. Órdenes verbales, si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error.
 - b. Lectura, escritura y dibujo: Si utiliza gafas se solicita que se las ponga.
 - c. Frase: Advertir que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir algo diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.
 - d. Figura. Cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.

PUNTUACIÓN:

La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23 puntos. Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación

total. Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación $(20 \times 35 / 21) = 22,5$ (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).

INTERPRETACIÓN:

Instrumento sencillo y breve de aplicación, no requiere de especiales habilidades para su administración.

La edad y la escolarización influyen en la puntuación total.

Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales.

No explora todas las áreas cognitivas. Posibilidad de que pasen inadvertidos los casos incipientes de deterioro cognitivo.

RANGO de PUNTUACION 0 – 35.

Lobo y col, proponen:

- Pacientes GERIÁTRICOS:(> de 65 años), punto de corte 23/24(es decir, 23 ó menos igual a “caso” y 24 ó más a “no caso”., y en
- Pacientes NO GERIÁTRICOS punto de corte 27/28 (es decir, 27 0 meno igual a “caso”, y 28 ó más igual a “no caso”.

Paciente.....Edad.....
 Ocupación.....Escolaridad.....
 Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

- Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....Año.....(5 puntos)
- Dígame el hospital (o lugar).....
 planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... (5 puntos)

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿Cuántas le van quedando ? (5 puntos)
- Repita estos tres números: 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás(3 puntos)

MEMORIA

- ¿Recuerda lastres palabras de antes? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj (2puntos)
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros(1 punto)
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad ? (2 puntos)
¿qué son el rojo y el verde ?
- ¿Que son un perro y un gato? (1 punto)
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1punto)
- Escriba una frase (1 punto)
- Copie este dibujo (1 punto)



ANEXO II:

ÍNDICE DE BARTHEL (Mahoney y Barthel; 1965)

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo Likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer (marcar con una X)

- 10 Independiente: Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 Necesita ayuda: Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- 0 Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse – (marcar con una X)

- 5 Independiente: Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse (marcar con una X)

- 10 Independiente: Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda).

- 5 Necesita ayuda: Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente

Arreglarse (marcar con una X)

- 5 Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
- 0 Dependiente: Necesita alguna ayuda.

Deposición (marcar con una X)

- 10 Continente: Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.
- 5 Accidente ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
- 0 Incontinente: Incluye administración de enemas o supositorios por otro.

Micción - valorar la situación en la semana previa – (marcar con una X)

- 10 Continente: Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
- 5 Accidente ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
- 0 Incontinente: Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

Ir al retrete (marcar con una X)

- 10 Independiente: Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
- 5 Necesita ayuda: Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
- 0 Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama (marcar con una X)

- 15 Independiente: Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
- 10 Mínima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.

- 5 Gran ayuda: Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.
- 0 Dependiente: Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n (marcar con una X)

- 15 Independiente: Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela solo.
- 10 Necesita ayuda: supervisi3n o pequea ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).
- 5 Independiente: en silla de ruedas En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
- 0 Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

Subir y bajar escaleras (marcar con una X)

- 10 Independiente: Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos.
- 5 Necesita ayuda: Supervisi3n f3sica o verbal.
- 0 Dependiente: Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

ANEXO III:**APGAR FAMILIAR (Smilkstein G; 1978)**

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo Likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3 - 6
- Disfuncional grave: 0 - 2

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

Cuestiones	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

Enfermedades de la persona mayor (enumerar):

¿Cómo considera que es el estado de salud de la persona mayor?

Excelente Buena Regular Mala Muy mala

A continuación aplique el cuestionario MEC. Puntuación del MEC

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Con una puntuación del MEC igual o menor de 23 existe deterioro cognitivo. Finaliza la entrevista.

Nombre cuidador _____

Teléfono cuidador: _____ Con una puntuación en el MEC igual o mayor a 24 no existe deterioro cognitivo. Continúe la entrevista. **ANTES DE APLICAR EL ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO EL PROFESIONAL DEBE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

¿Es ésta su primera consulta con este paciente? Sí No

¿Ha sospechado en algún momento que la persona mayor a la que va a evaluar puede estar sufriendo algún tipo de maltrato (físico, psicológico, sexual, económico, negligencia)? Sí No

¿Por qué? (Por ejemplo, indicadores observados, informado por otro profesional):

En caso de respuesta afirmativa indique el tipo de maltrato (Marque todas las opciones que considere necesarias)

Físico Psicológico Sexual Económico Negligencia

Instrucciones que se dan a las personas mayores para aplicarle el cuestionario: “A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses. Es decir, vamos a centrarnos solamente en lo que haya sucedido en el último año.”

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Se pone un ejemplo a la persona mayor para centrarla en el tiempo en el que estamos interesados que haga referencia con sus respuestas, por ejemplo, si el cuestionario se aplica en enero se le dice, “Si nosotros estamos en enero, me gustaría que sus respuestas se refirieran al período comprendido entre enero del año pasado y enero de este año”.

- 5 En los últimos 12 meses/En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Quién se la ha proporcionado?

¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s? Sí No

¿Qué tipo de problemas tiene con esas personas? _____

En caso de respuesta negativa, ¿La ha necesitado? Sí No No contesta

¿Por qué no la ha recibido? _____

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?

- 5 En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?

Sí No No contesta

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

Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

- 5 En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?

Sí No No contesta En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación? Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

- 5 En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

Sí No No contesta

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

Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

- 5 En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?
- Sí No No contesta
- En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?
- Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Una vez contestadas las preguntas, se vuelve al inicio de las preguntas sobre sospecha de maltrato (1-5) y si la persona mayor ha contestado afirmativamente a alguna de ellas tendrá que preguntarle, ¿quién es la persona responsable de cada una de estas situaciones?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Al terminar hay que comentar a la persona mayor que es posible que la llamen por teléfono para citarla otro día para saber cómo se encuentra, si ha cambiado algo en su situación actual, etc. Si la persona mayor es cuidada por otra persona se pregunta a ese cuidador (familiar o no) que estamos realizando un estudio y que nos gustaría saber cómo se siente y afronta la situación de cuidado, por lo que es probable que le llame para entrevistarle.

Teléfono de la persona mayor: _____

Teléfono del cuidador _____

LA SIGUIENTE PREGUNTA ES EXCLUSIVAMENTE PARA EL PROFESIONAL. No hacer la siguiente pregunta a la persona mayor.

- 6a. El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?

Sí No No está seguro

¿Cree que éste es un caso de sospecha de maltrato?

Sí No No está seguro

En caso de respuesta afirmativa indique por qué: indicadores actuales, historia previa, etc.

En caso de respuesta afirmativa, ¿qué tipo de sospecha de maltrato cree que se está produciendo? Marque todas las opciones que considere necesarias

Físico Psicológico Sexual Económico Negligencia

5 Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, ¿quién? _____

NOTA PARA EL PROFESIONAL: “Por favor anote cualquier observación o información que considere importante tras la aplicación del protocolo a la persona mayor”:

ANEXO V:**FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE TRABAJO SOCIAL (FETS)
(Yaffe et al.; en IMSERSO, 2007)**

Fecha:

Nombre del EVALUADOR

Nombre de la PERSONA MAYOR

Edad: _____ años

Lugar de la entrevista: Domicilio Centro de salud

Fecha de la primera visita (aa / mm / dd):

Hora inicio entrevista:

El instrumento tiene como objetivo detectar la sospecha de maltrato a personas mayores en el ámbito doméstico, donde el posible responsable del maltrato puede ser un familiar, un vecino, un amigo, un cuidador remunerado o formal.

NOTA PARA EL PROFESIONAL: “Para intentar que pueda responder libremente, se intentará que la persona mayor esté sola en la consulta, sin la presencia de ninguna otra persona allegada, por ejemplo, un familiar, amigo, vecino, etc. Por ejemplo se podría decir a la persona que le acompaña “Debido a que el estudio solicita que estas preguntas se hagan en privado, ¿podría por favor dejarnos a solas un momento?”. Si la persona que acompaña a la persona mayor no se marcha, las preguntas se formulan de todos modos pero se informa de esta presencia al final de la aplicación del instrumento.”.

SECCIÓN 1: HISTORIA SOCIAL (ocupación, matrimonio, divorcio, desgracia o acontecimiento negativo, educación, inmigración, traslados, otros acontecimientos importantes). En esta sección, sugiera al paciente que le cuente su historia personal. Durante el proceso, reúna información sobre lo que antecede y vaya reflejándola más abajo:

1. Situación ocupacional (trace un círculo alrededor de lo que proceda)
 1. Jubilado ¿Tipo de trabajo desempeñado? :
 2. Tareas domésticas
 3. Otro: Vivienda 1. Casa / apartamento [] 2. Vivienda de bajo costo / habitación de alquiler moderado [] 3. Vivienda pública / residencia de larga duración []
 4. Viviendas tuteladas [] Con servicios [] Sin servicios []
 5. Otra (especifíquese):

2. ¿Existen dificultades o problemas específicos identificados por el paciente con respecto a las condiciones de la vivienda (salubridad, espacio, seguridad, satisfacción...)? o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

3. Con quién convive (marque todo lo que proceda): o Solo o Con el cónyuge o pareja o Con un compañero de habitación o Con hijo(s) ¿Cuántos? : _____ hijos o Con nieto(s) ¿Cuántos? : _____ nietos o Con otros familiares: _____ (determinar) o Con un cuidador pagado o Otra forma: _____ (determinar)

• ¿Cuánto tiempo ha permanecido en la forma de convivencia actual? _____

• ¿Esta situación supone un problema (por ejemplo: problemas familiares, necesidad de mayor cantidad de ayuda, otros)?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

4. Describa los acontecimientos más importantes (o sucesos vitales) vividos en los últimos 12 meses (trace un círculo alrededor de todo lo que proceda)

1. Ninguno

2. Fallecimiento

3. Divorcio (propio o en la familia) / separación de la pareja

4. Deterioro físico de la persona mayor o de la persona con quien convive

5. Cambio en la situación financiera

6. Hijos o nietos que se trasladan o se marchan de casa.

7. Trasladarse o marcharse de la casa de un hijo o de otro familiar

8. Otro (especifíquese):

Detallar:

5. En la actualidad, ¿cómo considera usted su salud?
o Excelente o Buena o Regular o Mala o Muy mala

SECCIÓN 2: DINÁMICA FAMILIAR

RELACIÓN CON EL CÓNYUGE / LA PAREJA

6. En el caso de que esté casado, ¿es este el primer matrimonio? (Aplique la misma pregunta en el caso tiene pareja de hecho o relación estable)
1. Sí ¿Desde cuándo? :
 2. No ¿Cuánto tiempo hace que tiene la relación actual? :
 3. No aplicable (Vaya a la pregunta 8)
 4. Resistencia a responder
7. La mayoría de las parejas reconocen que, de vez en cuando, surgen problemas en su relación. ¿Con qué frecuencia estima que se producen estos problemas en la suya y

utilizando la siguiente escala?: o Nunca o Ocasionales/ esporádicos o Frecuentes/A menudo o Muy frecuentes

Detallar:

◆ ¿Su cónyuge o pareja tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso —del alcohol, de la droga o del juego— o trastorno mental)?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que este problema ha tenido sobre la persona mayor:

◆ Si procede, investigue las siguientes preguntas:

- ¿Cómo influyen estos problemas en su relación?
- ¿Desde cuándo vienen ocurriendo estos problemas?
- ¿Diría que usted está siendo maltratado en esta relación?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

- ¿Hay algo que provoque estos problemas?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

- ¿Han empeorado las cosas en los últimos 12 meses?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

RELACIÓN CON LOS HIJOS

8. ¿Tiene algún hijo? o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

- En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 10.
- En caso de respuesta afirmativa, ¿cuántos hijos tiene? _____
- Explore la relación entre el paciente y el hijo o los hijos. Si hay problemas, ¿con quién?

Señale con qué hijos tiene problemas A: B: C: D:

Describa cualquier problema que tenga con ellos:

9. ¿Alguno de los hijos tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso —del alcohol, de la droga o del juego— o trastorno mental)?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que estos problemas han tenido sobre la persona mayor:

¿Esta persona vive con el paciente?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

RELACIÓN CON LOS NIETOS

10. ¿Tiene nietos?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

- En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 12.
- En caso de respuesta afirmativa, ¿cuántos nietos tiene? _____
- Explore la relación entre el paciente y el nieto o los nietos. Si hay problemas, ¿con quién?

Señale con qué nietos tiene problemas A: B: C: D:

Describa cualquier problema que tenga con ellos:

11. ¿Alguno de los nietos tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso —del alcohol, de la droga o del juego— o trastorno mental)?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que estos problemas han tenido sobre la persona mayor:

• ¿Esta persona vive con el paciente?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

RELACIÓN CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA, AMIGOS, VECINOS, CUIDADOR PAGADO O FORMAL

12. ¿Hay algún otro miembro de la familia, amigo, vecino, cuidador formal con quien haya tenido problemas en los últimos 12 meses?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

- En caso de respuesta afirmativa, ¿Con quién ha tenido esos problemas?
- ¿Qué problemas ha tenido?
- ¿Con qué frecuencia se han producido esos problemas?

o Una ocasión o Algunas veces o Bastantes veces o Muchas veces

13. ¿Algún otro miembro de la familia, amigo, vecino o su cuidador pagado o formal, tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso —del alcohol, de la droga o del juego— o trastorno mental)?
o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que estos problemas han tenido sobre la persona mayor:

- ¿Esta persona vive con el paciente?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

SECCIÓN 3: PREGUNTAS ACERCA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

GRADO DE DEPENDENCIA

14. La persona mayor es:

1. Independiente en todas las actividades de la vida diaria Vaya a la pregunta 19
2. Independiente en algunas actividades de la vida diaria
3. Completamente dependiente 4. (Si es aplicable) ¿Cuántas personas le proporcionan ayuda? Haga una lista de las personas que le ayudan y del grado de parentesco que tiene con ellas:

A:

B:

C:

D:

En esta sección, use las categorías enumeradas anteriormente para ayudarlo a completar la tabla. Las personas mayores pueden tener diferentes cuidadores para diferentes tareas.

Grado de ayuda:

1. Sin ayuda
2. Con la ayuda de otros
3. Completamente dependiente de otros
4. Actividad no realizada

Actividad	Grado de ayuda (de 1 a 4)	Para cada ítem, indique si la situación es Temporal o Permanente	¿Quién lleva a cabo la actividad) (véanse de A a D, anteriores)	¿Se siente satisfecho con el cuidado recibido		¿Vive la persona mayor con el cuidador?
				SÍ	NO	
Bañarse						
Administración de medicamentos						
Tareas domésticas						
Preparación de la comida						
Comer						
Ir a comprar						
Transporte						
Movilidad						
Otra						

15. Pregunte directamente a la persona mayor acerca del tipo de cuidados que recibe y la relación con la persona que le ayuda:

- ¿Ha habido algún problema con el tipo de cuidados que ha recibido en los últimos 12 meses?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

Detallar:

- ¿Con qué frecuencia diría que se han producido tales problemas?

o Una sola vez o Algunas veces o Mensualmente o Semanalmente

Detallar:

- ¿Cree que en alguna ocasión se le ha privado de cosas que necesitaba? (Por ejemplo: equipamiento de la casa, alimentos, visitas al médico, dentadura postiza, etc.).

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

- ¿Alguna vez se ha comportado con usted la/s persona/s que le presta cuidados de alguna forma que le haya molestado?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

- ¿Se han producido discusiones entre usted y esa/s persona/s?
o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder
- ¿Le ha tratado alguna vez de forma brusca esa/s persona/s?
o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder
- ¿Dispone de la comida que quiere?
o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder
- Respecto a calidad de comida
o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder
- Respecto a cantidad de comida
o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder
- ¿Alguna vez, durante un día o más, no haya tenido comida suficiente?
o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder
- ¿Se ha negado alguna vez esa persona a llevarle de compras?
o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder
- ¿Alguna vez le han hecho sentir que no valía para nada o que era una carga?
o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

- A la hora de pedir cosas que quiere o necesita, ¿se muestra reacio a pedirlo o tiene temor de hacerlo?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

16. ¿Tiene alguna preocupación con respecto a
1. estar seguro de que siempre tendrá ayuda disponible?
o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder
 2. la calidad de los cuidados que recibe? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder
 3. sentirse en deuda con la persona que le proporciona los cuidados? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder
 4. alguna otra cosa? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

17. Antes de necesitar algún tipo de ayuda, ¿ha habido problemas en su relación con alguna de las personas que le cuidan?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

18. ¿Alguno de los cuidadores tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso —del alcohol, de la droga o del juego— o trastorno mental)?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder ¿Quién? _____

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

En caso de respuesta afirmativa, describa el impacto que estos problemas han tenido sobre la persona mayor:

SECCIÓN 4: ESTADO FÍSICO Y MENTAL

19. ¿Toma algún medicamento?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

20. ¿Sabe para qué toma cada medicamento?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

21. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su consumo de medicamentos?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

22. ¿Consume alcohol?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

23. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su consumo de alcohol?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

24. En los últimos 12 meses, ¿ha aumentado su nivel de tristeza o depresión? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

25. En los últimos 12 meses, ¿ha consultado o ha sido remitido a un psicólogo, a un trabajador social, a un psiquiatra o a cualquier otro tipo de profesional?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 5: VIVIR CON UNA PERSONA A LA QUE TIENE QUE CUIDAR

26. ¿Vive con alguien que dependa de usted? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

• En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 28.

• En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál es su relación con esta persona? _____

- ¿Qué tipo de ayuda le proporciona usted a esta persona?

Sí

No

N/A = No aplicable

R = Resistencia a responder

	Sí	No	N/A	R
Baño				
Vestido				
Aseo				
Administración de la medicación				
Tareas domésticas				
Preparación de comida				
Comer				
Comprar				
Transporte				
Movilidad				
Otra (describase):				

- En caso de respuesta afirmativa a alguna de las cuestiones anteriores, ¿existe algún problema entre usted y esta persona?

o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

Detallar:

27. ¿Alguna vez le ha amenazado esta persona o se ha mostrado agresiva con usted? (de forma intencional o no intencional) o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 6: FAMILIA Y ACTIVIDADES SOCIALES

28. ¿Participa en actividades sociales? o Sí o No o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

- ¿Cree que tiene suficiente contacto con sus hijos, familiares, amigos, vecinos, etc.?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa. Detallar

- ¿Participa en actividades familiares con tanta frecuencia como le gustaría?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder ¿Participa en actividades sociales con tanta frecuencia como le gustaría? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa. Detallar:

- En caso de respuesta negativa, ¿qué se lo impide?

oLa salud oNo hay nadie que le lleve oAccesibilidad insuficiente a las actividades en las que me gustaría participar oEs demasiado caro oOtras

Detallar:

- ¿Alguna vez alguien cercano a usted le ha impedido participar en actividades sociales?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 7 A: DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LA PERSONA MAYOR

29. ¿Cómo cree que es su situación económica? 1. Económicamente autosuficiente 2. Parcialmente autosuficiente 3. Total dependencia económica 4. La desconozco

Detallar:

30. ¿Quién administra sus recursos económicos?

1. Yo mismo 2. Tengo alguna ayuda 3. Otros 4. Lo desconozco

31. En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 30.2 ó 30.3", ¿cuál es su relación con esa persona?

1. Cónyuge / pareja de hecho

2. Hijo(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :

3. Nieto(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :

4. Sobrina / sobrino ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :

5. Amigo(s) ¿Cuántos le ayudan o administran sus recursos económicos? :

6. Otra persona _____

• ¿Quién es el responsable de pagar su alquiler (hipoteca o impuestos sobre bienes inmuebles)? :

• ¿Alguna vez ha existido algún problema entre usted y la persona que administra sus recursos económicos?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

32. ¿Alguna persona tiene un poder notarial bancario? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿alguna vez ha existido algún problema con esta persona?

33. ¿Alguna persona tiene un poder notarial total? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿alguna vez ha existido algún problema con esta persona?

34. ¿Alguna vez ha firmado documentos y ha sentido que le estaban obligando a firmarlos? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál fue su relación con la persona que le obligó a firmar? Señale las consecuencias de ese hecho

35. Formule estas preguntas SOLO a las personas mayores que reciben ayuda para administrar sus recursos económicos o cuyos recursos han sido administrados por otra persona (incluidos quienes han concedido poderes notariales):

- ¿Está informado de todas las gestiones que se hacen con su dinero y recursos económicos?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder En caso de respuesta negativa, ¿esto supone un problema para usted? o Sí oNo o No aplicable

- ¿Alguna vez se ha preocupado o ha sospechado de que su dinero no estaba siendo administrando como usted quería?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder • ¿Esto ha ocurrido en los últimos 12 meses? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

- ¿Cree que su saldo bancarios es tal y como debería ser?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

- ◆ En caso de respuesta negativa, ¿este problema se ha producido en los últimos 12 meses?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder • ¿Alguna vez han utilizado su dinero sin su consentimiento? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

- ◆ En caso de respuesta afirmativa, ¿esta situación se ha producido en los últimos 12 meses?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

- ¿Se pagan regularmente todas sus facturas?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

- ◆ En caso de respuesta negativa, ¿esta situación se ha producido en los últimos 12 meses?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

• Si se ha identificado algún problema en cualquiera de las preguntas precedentes, ¿con qué frecuencia se han producido este tipo de situaciones en los últimos 12 meses?

o Una sola vez oAlgunas veces o Mensualmente o Semanalmente

Explicación de los problemas mencionados

36. En general, ¿cree que alguien anda detrás de su dinero? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 7 B: DEPENDENCIA ECONÓMICA DE ALGUIEN SOBRE LA PERSONA MAYOR

37. En los últimos 12 meses, ¿ha dependido alguna persona de su dinero? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

• En caso de respuesta negativa, vaya a la pregunta 43.

En caso de respuesta afirmativa, ¿quién? o Cónyuge / pareja de hecho o Hijo(s) o Hija(s) o Nieto(s) o Sobrina(s) o Sobrino(s) o Otra persona:

• ¿Alguna de las personas anteriores administra también sus recursos económicos?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

◆ En caso de respuesta afirmativa, ¿quién? _____

38. ¿Vive esa persona con usted? o Sí o No o A veces o No aplicable oResistencia a responder

39. ¿Hasta qué punto esa persona depende de usted económicamente? 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. Ocasionalmente

• ¿Esta situación es o permanente? o temporal?

Explicación (por ejemplo: actualmente en situación de desempleo, ingresos insuficientes, discapacidad, otro motivo):

40. ¿Esta persona tiene algún problema concreto de salud o de tipo emocional (como, por ejemplo, enfermedad, discapacidad, abuso —del alcohol, de la droga o del juego— o enfermedad mental)? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

41. ¿Alguna vez ha existido algún problema con respecto a los recursos económicos entre usted y esa persona? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

42. ¿Esta persona le ha maltratado alguna vez, de forma intencional o no intencional? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

- ¿Persiste todavía este problema?

o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

Detallar:

SECCIÓN 8: RESUMEN DE LAS PREGUNTAS FORMULADAS A LA PERSONA MAYOR

El entrevistador indica: “Estamos a punto de acabar las preguntas y me gustaría repasar algunas cuestiones más”

43. ¿Ha habido momentos en los que se haya sentido atemorizado o amenazado por alguna persona cercana a usted? 1. No 2. Sí, ya mencionado 3. Si, no mencionado; explicar quién y la situación: 4. En caso de respuesta afirmativa la pregunta 43.3, ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa a la pregunta 43.4 ¿cuándo ocurrió?

44. ¿Cree que alguien cercano a usted le maltrata de alguna forma, ya sea de forma intencional o no? 1. No (vaya a la pregunta 45) 2. Sí, ya mencionado 3. Sí, no mencionado; explicar quién y la situación: 4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 44.3 , ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa a la pregunta 44.4 , ¿cuándo ocurrió? :

45. ¿Alguna vez ha sentido que alguien cercano a usted estaba haciéndole daño emocional, físico (por ejemplo, golpeándole o tratarle bruscamente), sexual o económico, o siendo negligente y descuidando sus necesidades básicas, ya sea de forma intencional o no intencional? 1. No (vaya a la pregunta 46) 2. Sí, ya mencionado 3. Si, no mencionado; explicar quién y qué situación : 4. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 45.3, ¿esto ha sucedido durante los últimos 12 meses? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa a la pregunta 45.4, ¿cuándo ocurrió?

46. En general, ¿está satisfecho con la relación que mantiene con las personas que están cerca de usted? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

47. ¿Hay algo que le gustaría añadir que no haya sido mencionado antes? o Sí oNo o No aplicable o Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 9: PREGUNTAS PARA EL EVALUADOR

48. ¿Le fue posible entrevistar al paciente en privado? o Sí oNo o No aplicable

En caso de respuesta negativa, ¿quién estaba presente y por qué? :

49. ¿Cree que la persona mayor se ha mostrado abierto y sincero con usted durante la evaluación? o Sí oNo o No aplicable

En caso de respuesta negativa, detallar:

50. ¿La persona mayor fue capaz de participar plenamente en la entrevista? o Sí oNo o No aplicable

En caso de respuesta negativa, incluya la explicación (dificultad de entendimiento, problemas auditivos, falta de cooperación, etc.):

51. Durante la entrevista, ¿observó en el paciente alguno de los siguientes estados afectivos? Marque todos los que procedan: o Agresividad o Ansiedad o Vergüenza o Depresión o Miedo o Impotencia o Ira o Tristeza o Otros:

Comentario:

52. ¿Observó algún signo de abuso, negligencia o maltrato? (Por ejemplo, que estuviese mal atendido, casa desordenada, falta de alimentos, olor a orina, algún moratón visible e inexplicable, u otro signo) o Sí oNo o No aplicable

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

53. ¿Cree que este paciente está siendo maltratado? 1. Sí 2. No 3. No lo sé

Explique su respuesta:

54. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 53, ¿el paciente [] declaró específicamente que había sido maltratado? [] utilizó palabras para describir el maltrato?

Detallar:

55.1 ¿Hasta que punto está seguro de haber encontrado maltrato psicológico?

0 No probable

Probable 1

55.2 ¿Hasta que punto está seguro de haber encontrado negligencia?

0 No probable

Probable 1

55.3 ¿Hasta que punto está seguro de haber encontrado maltrato físico?

0 No probable

Probable 1

55.4 ¿Hasta que punto está seguro de haber encontrado abuso económico?

0 No probable

Probable 1

55.5 ¿Hasta que punto está seguro de haber encontrado abuso sexual?

0 No probable

Probable 1

56. ¿Hasta que punto está seguro de su evaluación global?

0 Inseguro

Seguro 1

55. ¿Qué signos y síntomas de maltrato psicológico, físico, económico, negligencia (activa o pasiva) observó?

En caso de ser aplicable, incluya la explicación:

Maltrato psicológico:

Negligencia:

Maltrato físico:

Abuso económico:

Abuso sexual:

58.1 ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si fue físicamente maltratado?

N/A o Sí oNo o Lo desconozco

Detallar:

58.2 ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si fue psicológicamente maltratado?

N/A o Sí oNo o Lo desconozco

Detallar:

58.3 ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si ha sufrido negligencia?

N/A o Sí oNo o Lo desconozco

Detallar:

58.4 ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si ha sufrido abuso económico?

N/A o Sí oNo o Lo desconozco

Detallar:

58.5 ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si ha sufrido abuso sexual?

N/A o Sí oNo o Lo desconozco

Detallar:

59. ¿Se encuentra la persona mayor en peligro inminente?

o Sí oNo o No aplicable

60. ¿Necesita o quiere la persona mayor ser derivada para recibir algún tipo de ayuda?

o Sí oNo o No aplicable

Comentarios adicionales:

Firma del evaluador:

Fecha de finalización de la evaluación escrita ():

Duración de la entrevista (horas: minutos):

ANEXO VI:**CUESTIONARIO ÚNICO (COMPILACIÓN DE INSTRUMENTOS)
(Elaboración propia; 2014)****FILIACIÓN DEL ANCIANO** (marque con una cruz):

Edad: _____ Sexo: Hombre
 Mujer

Estado civil: Casado/a
 Separado/a o Divorciado/a
 Pareja de hecho
 Viudo/a
 Soltero/a
 Otra. Especificar: _____

Nivel de estudios: Sin estudios
 Básicos
 Secundarios
 Universitarios

Actividad Laboral: Si
 No

Ingresos económicos: Fijos
 Discontinuos

Renta mínima oficial: Si
 No

Tipo de convivencia: Permanente
 Intermitente (golondrinas)

¿Tiene hijos?: No tiene.
 Si. ¿Cuántos? _____

- ¿Con quién convive? Solo/a
 Con el cónyuge o pareja
 Con hijo(s) ¿Cuántos? : _____ hijos
 Con nieto(s) ¿Cuántos? : _____ nietos
 Con otros familiares: _____ (determinar)
 Con un cuidador pagado
 Otra forma: _____ (determinar)

¿Cuánto tiempo lleva en la forma de convivencia actual? _____

FILIACIÓN FAMILIARES CONVIVIENTES (marque con una cruz):

Número de convivientes familiares: _____ Edad: _____

- Sexo: Hombre
 Mujer

- Estado civil: Casado/a
 Separado/a o Divorciado/a
 Pareja de hecho
 Viudo/a
 Soltero/a
 Otra. Especificar: _____

- Ingresos económicos: Fijos
 Discontinuos

- Renta mínima oficial: Si
 No

- Actividad Laboral: Si
 No

MINI EXAMEN COGNITIVO (MEC)**ORIENTACIÓN**

- Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....Año.....(5 puntos)
- Dígame el hospital (o lugar).....
planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... (5 puntos)

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

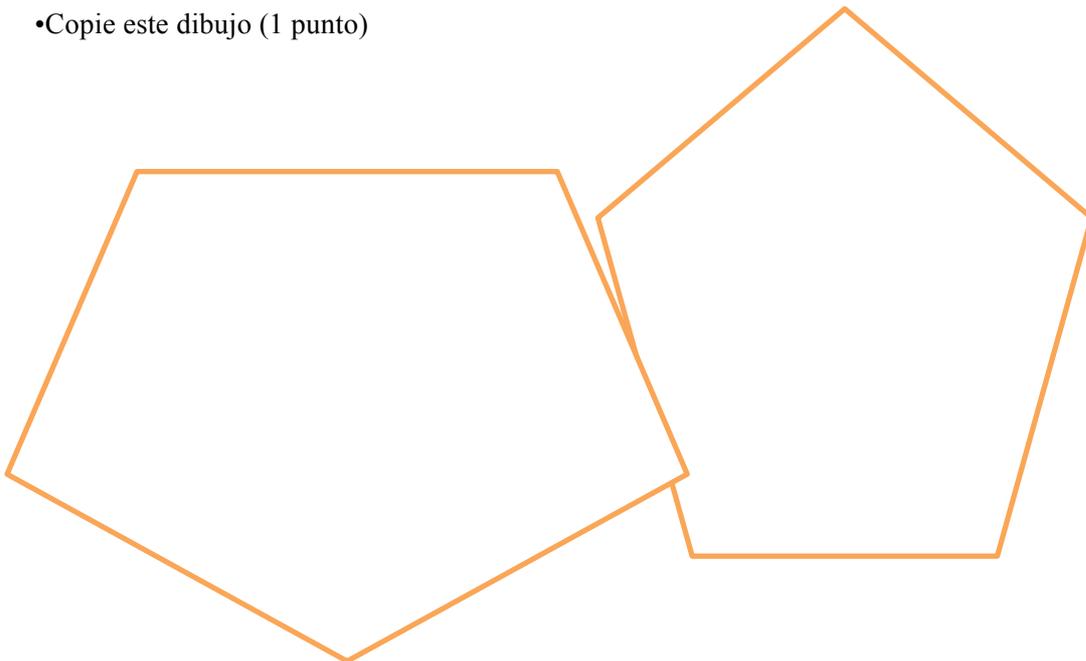
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿Cuántas le van quedando ? (5 puntos)
- Repita estos tres números: 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás(3 puntos)

MEMORIA

- ¿Recuerda lastres palabras de antes? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj (2puntos)
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros(1 punto)
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad ? ¿qué son el rojo y el verde? (1 puntos)
- ¿Que son un perro y un gato? (1 punto)
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1punto)
- Escriba una frase (1 punto)
- Copie este dibujo (1 punto)



ÍNDICE DE BARTHEL. AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo Likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer (marcar con una X)

- 10 Independiente: Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 Necesita ayuda: Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- 0 Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse – (marcar con una X)

- 5 Independiente: Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse (marcar con una X)

- 10 Independiente: Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc.) sin ayuda).
- 5 Necesita ayuda: Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente

Arreglarse (marcar con una X)

- 5 Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
- 0 Dependiente: Necesita alguna ayuda.

Deposición (marcar con una X)

- 10 Continente: Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.
- 5 Accidente ocasional Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
- 0 Incontinente Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa – (marcar con una X)

- 10 Continente: Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
- 5 Accidente ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
- 0 Incontinente Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete (marcar con una X)

- 10 Independiente. Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
- 5 Necesita ayuda: Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
- 0 Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama (marcar con una X)

- 15 Independiente. Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
- 10 Mínima ayuda Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
- 5 Gran ayuda Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.
- 0 Dependiente Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n (marcar con una X)

- 15 Independiente: Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela solo.
- 10 Necesita ayuda supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).
- 5 Independiente: en silla de ruedas En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
- 0 Dependiente Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

Subir y bajar escaleras (marcar con una X)

- 10 Independiente Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos.
- 5 Necesita ayuda Supervisi3n f3sica o verbal.
- 0 Dependiente Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un c3rculo la respuesta que mejor se ajuste a su situaci3n personal

Cuestiones	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
1. ¿Est3 satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Est3 satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

¿La persona mayor rechaza la participaci3n? Sí No

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

Enfermedades de la persona mayor (enumerar):

¿C3mo considera que es el estado de salud de la persona mayor?

Excelente Buena Regular Mala Muy mala

A continuación aplique el cuestionario MEC. Puntuación del MEC

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Con una puntuación del MEC igual o menor de 23 existe deterioro cognitivo. Finaliza la entrevista.

Nombre cuidador _____ Teléfono cuidador: _____

Con una puntuación en el MEC igual o mayor a 24 no existe deterioro cognitivo. Continúe la entrevista. **ANTES DE APLICAR EL ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO EL PROFESIONAL DEBE RESPONDER A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

¿Es ésta su primera consulta con este paciente? Sí No

¿Ha sospechado en algún momento que la persona mayor a la que va a evaluar puede estar sufriendo algún tipo de maltrato (físico, psicológico, sexual, económico, negligencia)? Sí No

¿Por qué? (Por ejemplo, indicadores observados, informado por otro profesional):

En caso de respuesta afirmativa indique el tipo de maltrato (Marque todas las opciones que considere necesarias)

Físico Psicológico Sexual Económico Negligencia

Instrucciones que se dan a las personas mayores para aplicarle el cuestionario: “A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses. Es decir, vamos a centrarnos solamente en lo que haya sucedido en el último año.”

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Se pone un ejemplo a la persona mayor para centrarla en el tiempo en el que estamos interesados que haga referencia con sus respuestas, por ejemplo, si el cuestionario se aplica en enero se le dice, “Si nosotros estamos en enero, me gustaría que sus respuestas se refirieran al período comprendido entre enero del año pasado y enero de este año”.

1. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Quién se la ha proporcionado?

¿Habitualmente existen problemas entre usted y esa/s persona/s? Sí No

¿Qué tipo de problemas tiene con esas personas? _____

En caso de respuesta negativa, ¿La ha necesitado? Sí No No contesta

¿Por qué no la ha recibido? _____

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario ¿Quién es esa persona?

2. En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación? Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

3. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación? Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

4. En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

Sí No No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación? Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

5. En los últimos 12 meses/En el último año, ¿alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?

Sí No No contesta

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

Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Si la respuesta es afirmativa, recordar preguntar al finalizar el cuestionario, ¿quién es esa persona?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Una vez contestadas las preguntas, se vuelve al inicio de las preguntas sobre sospecha de maltrato (1-5) y si la persona mayor ha contestado afirmativamente a alguna de ellas tendrá que preguntarle, ¿quién es la persona responsable de cada una de estas situaciones?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Al terminar hay que comentar a la persona mayor que es posible que la llamen por teléfono para citarla otro día para saber cómo se encuentra, si ha cambiado algo en su situación actual, etc. Si la persona mayor es cuidada por otra persona se pregunta a ese cuidador (familiar o no) que estamos realizando un estudio y que nos gustaría saber cómo se siente y afronta la situación de cuidado, por lo que es probable que le llame para entrevistarle.

Teléfono de la persona mayor: _____

Teléfono del cuidador _____

LA SIGUIENTE PREGUNTA ES EXCLUSIVAMENTE PARA EL PROFESIONAL. No hacer la siguiente pregunta a la persona mayor.

- 6a. El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?

Sí No No está seguro

¿Cree que éste es un caso de sospecha de maltrato?

Sí No No está seguro

En caso de respuesta afirmativa indique por qué: indicadores actuales, historia previa, etc. _____

En caso de respuesta afirmativa, ¿qué tipo de sospecha de maltrato cree que se está produciendo? Marque todas las opciones que considere necesarias

Físico Psicológico Sexual Económico Negligencia

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

Sí No

En caso de respuesta afirmativa, ¿quién? _____

NOTA PARA EL PROFESIONAL: “Por favor anote cualquier observación o información que considere importante tras la aplicación del protocolo a la persona mayor”:

PREGUNTAS MALTRATO DEL FETS (marque con una cruz):

SECCIÓN 8: RESUMEN DE LAS PREGUNTAS FORMULADAS A LA PERSONA MAYOR

El Entrevistador indica: “Estamos a punto de acabar las preguntas y me gustaría repasar algunas cuestiones más”

1. ¿Ha habido momentos en los que se haya sentido atemorizado o amenazado por alguna persona cercana a usted?
 1. No
 2. Si, explicar quién y la situación:
 3. En caso de respuesta afirmativa, ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

 Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa a la pregunta, ¿cuándo ocurrió?

2. ¿Cree que alguien cercano a usted le maltrata de alguna forma, ya sea de forma intencional o no?
 1. No
 2. Si, explicar quién y la situación:
 3. En caso de respuesta afirmativa, ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

 Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta negativa a la pregunta, ¿cuándo ocurrió?

3. ¿Alguna vez ha sentido que alguien cercano a usted estaba haciéndole daño emocional, físico (por ejemplo, golpeándole o tratarle bruscamente), sexual o económico, o siendo negligente y descuidando sus necesidades básicas, ya sea de forma intencional o no intencional
 1. No
 2. Si, explicar quién y la situación:
 3. En caso de respuesta afirmativa, ¿esto ha ocurrido en los últimos 12 meses?

Sí No No aplicable Resistencia a responder
 En caso de respuesta negativa a la pregunta, ¿cuándo ocurrió?

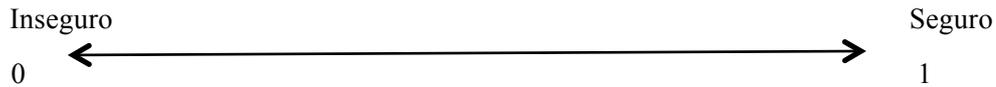
4. En general, ¿está satisfecho con la relación que mantiene con las personas que están cerca de usted?
 Sí No No aplicable Resistencia a responder
5. ¿Hay algo que le gustaría añadir que no haya sido mencionado antes?
 Sí No No aplicable Resistencia a responder

En caso de respuesta afirmativa. Detallar:

SECCIÓN 9: PREGUNTAS PARA EL EVALUADOR

1. ¿Le fue posible entrevistar al paciente en privado?
 Sí No No aplicable
 En caso de respuesta negativa, ¿quién estaba presente y por qué? :
2. ¿Cree que la persona mayor se ha mostrado abierto y sincero con usted durante la evaluación?
 Sí No No aplicable
 En caso de respuesta negativa, detallar:
3. ¿La persona mayor fue capaz de participar plenamente en la entrevista?
 Sí No No aplicable
 En caso de respuesta negativa, incluya la explicación (dificultad de entendimiento, problemas auditivos, falta de cooperación, etc.):
4. Durante la entrevista, ¿observó en el paciente alguno de los siguientes estados afectivos?
 Marque todos los que procedan:
 Agresividad
 Ansiedad
 Vergüenza
 Depresión
 Miedo
 Impotencia
 Ira
 Tristeza
 Otros:
 Comentario:

13. ¿Hasta que punto está seguro de su evaluación global?



14. ¿Qué signos y síntomas de maltrato psicológico, físico, económico, negligencia (activa o pasiva) observó? En caso de ser aplicable, incluya la explicación:

Maltrato psicológico:

Negligencia:

Maltrato físico:

Abuso económico:

Abuso sexual:

15. ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si fue físicamente maltratado?

N/A Sí No Lo desconozco

Detallar:

16. ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si fue psicológicamente maltratado?

N/A Sí No Lo desconozco

Detallar:

17. ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si ha sufrido negligencia?

N/A Sí No Lo desconozco

Detallar:

18. ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si ha sufrido abuso económico?

N/A Sí No Lo desconozco

Detallar:

19. ¿La persona mayor ha sido capaz de confirmar si ha sufrido abuso sexual?

N/A Sí No Lo desconozco

Detallar:

20. ¿Se encuentra la persona mayor en peligro inminente?

Sí No Lo desconozco

21. ¿Necesita o quiere la persona mayor ser derivada para recibir algún tipo de ayuda?
 Sí No Lo desconozco

Comentarios adicionales:

Firma del evaluador:

Fecha de finalización de la evaluación escrita ():

Duración de la entrevista (horas: minutos):

ANEXO VII:**PERMISO FAVORABLE DEL GERENTE DEL DISTRITO
CÓRDOBA – GUADALQUIVIR**

Por respeto a la protección del anonimato de los centros participantes, no se incluye la autorización en este documento. No obstante, se encuentra a disposición del Tribunal para su consulta

ANEXO VIII:

**PERMISO FAVORABLE DEL GERENTE DE LA RED
METROPOLITANA NORTE Y LA RESPONSABLE DEL SEGURO
DEPARTAMENTAL DE SALUD (SEDES)**

Por respeto a la protección del anonimato de los centros participantes, no se incluye la autorización en este documento. No obstante, se encuentra a disposición del Tribunal para su consulta

ANEXO IX:**INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ DE ÉTICA**

Por respeto a la protección del anonimato de los centros participantes, no se incluye la autorización en este documento. No obstante, se encuentra a disposición del Tribunal para su consulta

ANEXO X:

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO



HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Estudio sobre maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario en España (Andalucía - Córdoba), Portugal (Oporto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra). [Estudio AMPOBO 2013]

Coordinadora en España/Portugal/Bolivia:

Se le solicita su participación en un estudio de investigación con el que se pretende Dimensionar la situación de maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario en las regiones: España (Andalucía-Córdoba), Portugal (Oporto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra).

La recogida de la información se hará de manera que se mantenga su TOTAL ANONIMATO, para que usted no pueda ser identificado nunca.

La Enfermera /Trabajadora Social/ Psicóloga de su centro de salud le realizará preguntas a partir de cuatro cuestionarios.

De las preguntas realizadas se pretende conocer su estado de dependencia/independencia y su situación personal en cuanto a su relación con su entorno familiar más inmediato.

Se trata de una entrevista con cuestionario, sin ningún procedimiento técnico, por lo que no le producirá ningún efecto ni daño, sólo la disponibilidad del tiempo requerido.

Pretendemos que las conclusiones a las que se llegue con el estudio puedan beneficiar a las personas mayores, con una mejora de la atención sociosanitaria recibida. Por este motivo es muy importante para nosotros contar con su participación

Confidencialidad

Todos los datos de los participantes serán tratados confidencialmente de acuerdo a: **España:** La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 994/99 del Estado Español; la Ley N° 67/98 de 26 de Octubre.

Portugal: Ley de protección de datos personales (traslado a la Orden jurídica portuguesa de la directiva 95/46/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de Octubre de 1995, relativa a la Protección de las personas singulares y en lo que dice respecto al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de esos datos) .

Bolivia: Cumplimiento de la normativa vigente al respecto.

Información adicional

Si tiene más preguntas sobre el estudio o sobre su participación en el mismo, se le atenderá con sumo gusto:

Investigadora/enfermera/Psicóloga/Trabajadora Social:

(La persona colaboradora debe quedar con una copia de la Hoja de Información al Paciente/ Consentimiento Informado firmada y fechada).



Departamento de Enfermería.
PAIDI CTS666



INSTITUTO MAIMÓNIDES DE
INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
DE CÓRDOBA

Grupo Aas-06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Estudio sobre maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario en España (Andalucía - Córdoba), Portugal (Oporto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra). [Estudio AMPOBO 2013]

Yo, _____ (nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado del estudio con _____
(Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD PAR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Nombre y firma del participante

Fecha

Confirmo que he explicado el estudio a la persona participante y que le he proporcionado una copia de la hoja de información / consentimiento informado:

Nombre y firma del profesional

Fecha