



**MÁSTER UNIVERSITARIO
GÉNERO Y DIVERSIDAD**

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**ENVEJECER EN FEMENINO:
MALTRATO EN MUJERES
MAYORES. ESTADO DE LA
CUESTIÓN Y PROPUESTA
DE INTERVENCIÓN.**

TESIS DE MÁSTER

María Mondéjar Sahuquillo

Directoras:

M^a Ángeles Alcedo y
Yolanda Fontanil

Oviedo, junio de 2014

TESIS DE MÁSTER/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PROFESIONAL

D^a./D. MARÍA MONDÉJAR SAHUQUILLO

TÍTULO: ENVEJECER EN FEMENINO: MALTRATO EN MUJERES MAYORES. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE: MALTRATO, PERSONAS MAYORES, MUJERES MAYORES, DINÁMICAS SEXISTAS, PREVALENCIA, PROTOCOLO.

DIRECTORAS: M^a ÁNGELES ALCEDO y YOLANDA FONTANIL.

1. Resumen en español

El maltrato hacia las personas mayores es un fenómeno de enorme invisibilización que se incrementa necesariamente con el sobrevejecimiento de la población mundial, fenómeno del que son protagonistas las mujeres mayores. La revisión de las investigaciones epidemiológicas internacionales demuestra la prevalencia del maltrato hacia personas mayores, sin embargo, las dinámicas sexistas y las mujeres mayores son omitidas en gran parte de estas investigaciones, así como en las estrategias sanitarias nacionales de detección y prevención del maltrato. El objetivo de este trabajo es el diseño de un protocolo sociosanitario multidisciplinar dedicado a la prevención, detección y actuación ante el maltrato, especialmente en mujeres mayores, con el fin de proporcionar al personal sanitario de atención primaria herramientas específicas para la detección de indicadores de maltrato en este colectivo. En definitiva, una acción encaminada a identificar y erradicar prácticas que niegan la igualdad en esta etapa de la vida de las mujeres.

2. Resumen en inglés

The abuse of older people is a huge invisible phenomenon, which necessarily increases with the over-aging of the world population, being the older women protagonists of this phenomenon. The review on international epidemiological research demonstrates the prevalence of abuse against older persons. However, sexist dynamics and older women are omitted in most of these investigations as well as national health strategies in detecting and preventing abuse. The objective of this essay is to design a multidisciplinary sociosanitary protocol dedicated to the prevention, detection and performance against abuse, especially in older women, in order to provide primary health care staff with specific tools for the detection of indicators of abuse in this group. In short, an action to identify and eliminate practices which deny equality at this stage of women's life.

Declaración

Conozco las normas del Máster respecto al plagio. Exceptuando las ocasiones en que he citado el trabajo de otras autoras o autores, este trabajo es fruto de mi esfuerzo, está expresado en mis propias palabras y no ha sido entregado anteriormente.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	7
2. Justificación.....	8
3. Objetivos.	9
3.1 Objetivo General.	9
3.2 Objetivos Específicos.	9
4. Metodología.	10
5. Marco Teórico.	11
5.1. Maltrato a las personas mayores. Estado de la cuestión.	11
5.2. Maltrato a las personas mayores en clave femenina.	14
6. Epidemiología del maltrato en personas mayores.	17
6.1. Estudios en población general de personas mayores.....	17
6.2 Estudios específicos con población de mujeres mayores.....	24
6.3 Estudios nacionales.	27
6.4 Estudios del Principado de Asturias.	31
7. Revisión de protocolos sanitarios.....	35
8. Propuesta. “Protocolo sociosanitario de prevención, detección y actuación de maltrato hacia personas mayores”	41
9. Conclusiones.....	48
10. Referencias	51
Anexos	59

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. PREVALENCIA MUNDIAL DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.	18
TABLA 2. PREVALENCIA EUROPEA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.....	21
TABLA 3. PREVALENCIA EUROPEA DE MALTRATO HACIA LAS MUJERES MAYORES.	24
TABLA 4. PREVALENCIA ESPAÑOLA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.....	27
TABLA 5. PREVALENCIA ASTURIANA DE MALTRATO HACIA LA POBLACIÓN GENERAL.	32
TABLA 6. PREVALENCIA ASTURIANA DE MALTRATO HACIA PERSONAS MAYORES. EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS.....	33
TABLA 7. ANÁLISIS DE INSTRUMENTOS INDICADOS EN LA REVISIÓN DE PROTOCOLOS.....	37
TABLA 8. PERFIL DE LAS VÍCTIMAS DE MALTRATO.	42

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I. ÍNDICE DE BARTHEL. Barba et al. (2009)	59
ANEXO II. INDICE DE LAWTON. Barba et al. (2009).....	61
ANEXO III. ESCALA PFEIFFER. Barba et al. (2009).....	62
ANEXO IV. INDICE YESAVAGE. Barba et al. (2009)	63
ANEXO V. ESCALA GIJÓN. Barba et al. (2009).....	64
ANEXO VI. ESCALA EASI. Corral et al. (2009)	65
ANEXO VII. ALGORITMO “CAPTACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES”. Servicio Canario de Salud (2012).....	66
ANEXO VIII. ALGORITMO “LA ACTUACIÓN EN MALOS TRATOS”. Servicio Canario de Salud (2012)	67
ANEXO IX. “PROTOCOLO SOCIOSANITARIO DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACIÓN DE MALTRATO HACIA PERSONAS MAYORES”. ALGORTIMO DECISIONAL.	68

1. Introducción.

El maltrato a las mujeres ha sido hasta hace poco un problema oculto e invisibilizado, el maltrato a las personas mayores acaba de vislumbrarse, y el maltrato a las mujeres ancianas está casi por descubrir. Dentro de un mundo con cada vez más población envejecida, se sitúa España, el país europeo con mayor porcentaje de personas mayores de 65 años, con un sobreenviejimiento protagonizado por el incremento de la esperanza de vida de las personas mayores, mujeres en su gran mayoría (Eurostat, 2013).

El envejecimiento, como cualquier otra etapa vital, afecta de forma diferente a hombres y mujeres, puesto que a lo largo de su vida adoptaron roles diferenciados. El maltrato a las personas mayores no es ajeno a este fenómeno, en él aparece diferente tipología que afecta a ambos sexos, pero también se encuentran formas específicas de maltrato que sólo afectan a mujeres mayores por el mero hecho de serlo (OMS, 2002).

En el caso de la violencia, ser mujer supone, desgraciadamente, un factor de alto riesgo para ser víctima de maltratos, y más aún a una edad en la que la dependencia económica, afectiva y física, el aislamiento social y la carga moral por el relevo generacional de cuidado, agravan la situación de maltrato e indudablemente el acto de denuncia del mismo (Julve, 2006). A menudo estas mujeres han sufrido años de maltratos repetidos, pudiendo no ser conscientes de ello, y permaneciendo en silencio por miedo a dañar las relaciones familiares o agravar su propia situación, puesto que en la mayoría de casos el responsable de los maltratos convive con ella y toma parte en su cuidado diario.

En un mundo que envejece la prevención del maltrato en mujeres mayores es un problema de todos. La tardía llegada del reconocimiento del problema no debe eludir acciones que reflejen y respondan a la especial vulnerabilidad e invisibilización de unas mujeres en las que la gravedad y las formas de maltrato se multiplican considerablemente (Arber y Ginn, 1996; Bazo, 2001; Ortiz, 2004). Atentar contra la integridad de las mujeres, independientemente del tipo de violencia utilizada, significa socavar las bases mismas de la democracia y destruir todo proyecto de futuro.

2. Justificación.

A pesar de la sensibilización mediática y política existente sobre la violencia de género, el innegable crecimiento demográfico, y que la gran mayoría de la población anciana es y será eminentemente femenina, las mujeres mayores viven, tanto en el ámbito familiar como en el institucional y sanitario, una marcada vulnerabilidad e invisibilización (Moya y Barbero, 2005). La especial situación del envejecimiento en clave femenina es ignorada por completo en la gran mayoría de los estudios e investigaciones, que apenas abordan la variable género y, de los publicados sobre violencia de género, excepcionalmente contienen datos de mujeres por encima de los 65 años (Velasco, 2009). Los estudios todavía no reconocen a las mujeres protagonistas de los mismos fenómenos que representan; culturalmente se considera un sujeto interesante de estudio cuando es activo, reproductivo y productivo, desde la perspectiva económica y reproductiva.

Y, puesto que lo que no se nombra no existe, este tema entra en una espiral de invisibilización absoluta, de la que el feminismo también es partícipe. Las mujeres de esta edad no se ven reflejadas, no se sienten parte de los discursos de liberación, debido en parte, a los esquemas tan tradicionales de género con los que han coexistido (Pérez, 2013). Es esencial, por tanto, reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y así lograr la integración de una perspectiva de género en todas las políticas, programas y leyes, en especial las dedicadas a la eliminación de todo tipo de violencia, maltrato o discriminación en las mujeres (Pérez, 2004). Erradicar la violencia es, fundamentalmente, una cuestión de justicia. No cabe seguir engañándonos pensando que es un problema que sólo es real si nos afecta personalmente o de manera cercana, puesto que la violencia de género es también un obstáculo para el desarrollo social.

3. Objetivos.

3.1 Objetivo General.

El estudio aborda el diseño de un Protocolo de prevención de maltrato hacia las personas mayores, construido a partir del estudio y definición del maltrato, la revisión internacional de estudios epidemiológicos y protocolos nacionales existentes. Teniendo en cuenta todos los factores que delimitan este grave problema, y que se irán recogiendo a lo largo del documento, se dará un especial tratamiento y atención a lo largo del estudio y diseño del Protocolo al envejecimiento en clave femenina.

3.2 Objetivos Específicos.

- Definir y contextualizar la tipología y factores de riesgo del maltrato a las personas mayores.
- Reconocer los efectos diferenciales del envejecimiento en mujeres y hombres, con especial atención al contexto de las mujeres.
- Evidenciar a nivel internacional, europeo, nacional y asturiano la epidemiología del maltrato hacia las personas mayores.
- Revisar los diferentes protocolos nacionales y asturianos de prevención y/o detección del maltrato en personas mayores
- Diseñar un protocolo sociosanitario multidisciplinar dedicado a la prevención, detección y actuación de maltrato en personas mayores, especialmente de mujeres mayores.
- Proporcionar al personal sanitario de atención primaria herramientas específicas para la detección de indicadores de maltrato en personas mayores, especialmente en mujeres mayores.

4. Metodología.

El contenido que conforma esta investigación se estructura, en un primer momento, haciendo referencia a la definición y tipologías de maltrato hacia las personas mayores, así como las declaraciones y conferencias que conforman el marco referencial de este fenómeno, a nivel internacional. Seguidamente, se abordan numerosos estudios epidemiológicos internacionales que evidencian la prevalencia de maltrato hacia las personas mayores de forma coherente y uniforme. La revisión de protocolos existentes a nivel nacional y regional, que le prosigue, respalda el Protocolo sociosanitario diseñado en esta investigación, la cual finaliza con unas conclusiones finales en las que se reflexiona sobre las líneas futuras de investigación.

El procedimiento seguido en este trabajo de investigación se divide en dos grandes bloques: una fase de planificación y estudio previo, y otra fase de redacción, que comprende la discusión de todos los documentos y datos recopilados y la elaboración del Protocolo sociosanitario.

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

En una segunda fase se procedió a dar estructura y solidez al documento a través de la redacción del mismo en base a la documentación revisada, correcciones y directrices sugeridas por las tutoras. Es una fase cíclica, ya que la redacción no se entiende sin reflexión ni corrección, por lo que esta fase se nutre de una constante redacción – corrección- reflexión. En este punto se definen y acotan de forma escrita los apartados que dan cuerpo al trabajo, teniendo en cuenta el tratamiento de la redacción y la utilización de los datos con perspectiva de género, con el fin de obtener una visión completa y detallada del fenómeno del maltrato hacia las personas mayores.

5. Marco Teórico.

A lo largo de este apartado se aborda el contexto de los maltratos hacia personas mayores, poniendo de relieve la importancia de este fenómeno a nivel internacional, así como la definición, tipologías y dinámicas sexistas que lo conforman.

5.1. Maltrato a las personas mayores. Estado de la cuestión.

Los mayores de 65 años constituyen hoy día el sector de población con mayor índice de crecimiento a nivel mundial, aumentando en 2050, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002a), de 600 millones de personas a casi 2.000 millones. Europa no es ajena a este crecimiento demográfico; en España el porcentaje de la población mayor de 65 años es el más alto de este continente, y para 2050 supondrá el 37.5% de la población total. Es el llamado “sobreenvejecimiento”, un fenómeno propugnado por el incremento de la esperanza de vida y protagonizado en su mayoría por mujeres (Eurostat, 2013).

A raíz del alarmante desarrollo demográfico se emprenden en los últimos años, en muchos países del mundo, procesos de investigación-acción que tienen por objetivo el maltrato hacia personas mayores y sus circunstancias. En España se celebró en 1996 la “Primera Conferencia Nacional de Consenso Sobre el Anciano Maltratado”, abordando por primera vez¹ este fenómeno. En esta Conferencia surgió la “Declaración de Almería” (Kessel, Marín y Maturana, 1996) la cual define el maltrato hacia mayores como “todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra” (p.3). En la “II Asamblea Mundial del Envejecimiento” (OMS, 2002), la Organización de las Naciones Unidas identifica el fenómeno de la violencia contra las personas mayores, y se presenta un informe al respecto en el que se subraya la importancia del maltrato hacia las personas mayores en el contexto de los Derechos Humanos. Ese mismo año vio la luz la “Declaración de Toronto” (OMS e INPEA, 2002) donde se recoge la definición de maltrato hacia las personas mayores más aceptado y adoptado por la literatura actual.

Este documento supuso, junto a la “Declaración de Ginebra” (OMS, 2002), una llamada de acción por parte de la Organización Mundial de la Salud, dirigida a la

¹ Tabueña (2009) indica que el fenómeno de maltrato a las personas mayores fue nombrado por primera vez por Baker (1975), en un artículo titulado “Granny battering”.

² En la República Unida de Tanzania, por ejemplo, se asesina cada año a unas 500 ancianas acusadas

prevención del maltrato hacia personas mayores. En la misma fecha, la Red Internacional para la Prevención del Maltrato en el Anciano (INPEA), con el apoyo de la OMS, hizo público el Informe “Voces Ausentes” (OMS e INPEA, 2002a), el cual aborda las percepciones de las propias personas mayores y de los profesionales en torno a este grave problema. El conjunto de estas declaraciones y conferencias, representan un marco de referencia que impulsa los procesos de investigación-acción en muchos países del mundo, tanto en organismos internacionales como en organizaciones de personas mayores, profesionales de los servicios sanitarios y sociales, y responsables de las políticas sociales.

Acotar el concepto de maltrato hacia las personas mayores es complejo. No existe una definición consensuada de este fenómeno, por lo que las descripciones son múltiples y de índole muy diversa. Esta falta de coherencia dificulta, según Bover, Moreno, Mota y Taltavull (2003), la creación de una base de conocimientos que permita desarrollar y comparar intervenciones y programas preventivos, venidos de diversas áreas profesionales y culturales. Si no existe un marco de referencia definicional común, es imposible evaluar, construir, contrastar o compartir conocimientos sobre esta compleja situación.

A este respecto, este trabajo ha optado por la definición ratificada por la OMS e INPEA (2002) en la “Declaración de Toronto”, que define el maltrato hacia las personas mayores como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (p.2). El término preferente durante todo el documento, por ser el de mayor consenso científico, será el de “maltrato”, y con él nos referiremos a la definición y tipologías que describen el maltrato a las personas mayores. El término de abuso no será utilizado puesto que procede de la traducción literal inglesa (*abuse*, es decir maltrato) extendiéndose inadecuadamente.

Al igual que con la definición, los tipos de maltrato disponen de numerosas clasificaciones, y las reseñadas a continuación son la más frecuentes y aceptadas por la literatura revisada. Así, los tipos de maltrato a las personas mayores se clasifican en: (Furniss, 2001; Kane, 1997; Kessel et al., 1996; OMS e INPEA, 2002a)

- Físico. Cualquier forma de agresión física: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.
- Psicológico. Conductas por acción u omisión que producen daño psicológico como culpabilización, intimidación, amenazas, humillaciones, chantaje afectivo, hostilidad, desprecio, infantilización, o privación del poder de decisión.
- Económico. Utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona.
- Sexual. Cualquier intento o tipo de actividad sexual no consentida, o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.
- Negligencia. Acto de omisión, fallo intencional (activa) o no intencional (pasiva) consistente en no satisfacer los cuidados o necesidades básicas de la persona; puede ser física, psicológica, económica, etc. Negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos, negación de la vida sexual y afectiva, explotación de la capacidad de cuidados o del trabajo en el hogar, falta de espacio propio o intimidad, rotación forzosa por domicilios, etc.

Junto a estos tipos, la OMS e INPEA (2002a), en el documento “Voces Ausentes”, recogen otras formas de maltrato a tener en cuenta.

- Maltrato estructural y social. Ejercido desde los gobiernos e instituciones, entendido como la discriminación en las políticas hacia las personas mayores, la falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos y de alojamiento.
- Falta de respeto y prejuicios contra el mayor. Los prejuicios y estereotipos sobre las personas mayores, denominado “edadismo” por Butler (1980), se traducen en actitudes irrespetuosas y maltrato verbal y emocional, es decir, una actitud social negativa hacia las personas mayores.

En una persona mayor maltratada se pueden dar uno o varios tipos de maltrato, y raramente se presenta un único tipo de forma aislada. Moya y Barbero (2005) sostienen que los maltratos son un “fenómeno iceberg”, muchos casos son ocultados por las propias víctimas y se encuentran relacionados con la sobrecarga de los cuidadores, formales e informales (profesionales y no profesionales) y las diferentes formas de dependencia de la víctima que, desafortunadamente, sufre frecuentemente más de un tipo de maltrato.

El entorno en el que se suceden los tipos de maltrato pueden ser de diversa índole, familiar e institucional (residencial, ámbito sanitario, servicios sociales), o

ejercidos por la sociedad en general, en el caso del “edadismo”. El medio en el que se producen con mayor frecuencia, y el más investigado, es el familiar. Según Sancho, Pérez, Barrio, Yanguas y Fernández (2011), a diferencia del familiar, en el ámbito institucional los impedimentos para llevar a cabo una investigación sobre maltrato a personas mayores son mucho mayores, el perfil de las personas que viven en ellos es más carencial, y las condiciones ambientales de la investigación son poco propicias.

El silencio, tanto de las propias víctimas como de los profesionales y de la sociedad en general, es cómplice de los maltratos hacia las personas mayores. En su entorno, la persona mayor no suele denunciar su situación a causa de su falta de información, de su capacidad limitada de comunicación, de la débil posibilidad de que sea creída, y también por la desconfianza en el proceso jurídico, entre otros factores.

5.2. Maltrato a las personas mayores en clave femenina.

En numerosas culturas las mujeres mayores corren gran riesgo de ser abandonadas cuando enviudan, de expropiación de sus hogares o tierras, de sufrir abusos sexuales, de ser sometidas a matrimonios forzosos, de arrebatarles o destruir sus propiedades personales, de desterrarlas de la comunidad o población, e incluso asesinarlas por ser acusadas de brujería² (Gorman y Petersen, 1999; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Rafael, 2003; Owen, 1996). A pesar de la innegable existencia de las desiguales condiciones de vida de las mujeres mayores alrededor del mundo, ningún organismo o declaración internacional se ha interesado en describirlas como protagonistas de una realidad intrínseca, al reconocido como característicamente femenino “sobreenvejecimiento”.

La última reunión sobre la “Condición de las Mujeres de Edad en Europa” (Heath y Winther, 1994) celebrada en Dinamarca, trata diferentes aspectos del envejecimiento femenino, sin embargo, excluye el abordaje de cualquier tipo de violencia o maltrato. Este turbador vacío se confirma en proyectos financiados y realizados dentro del Programa Europeo Daphne (Brown, 1999; Kane, 1997), destinado a garantizar la salud física y mental de niños, adolescentes y mujeres. Este mismo programa comenzó a implementar, alarmado por la revisión de estudios de prevalencia publicados un año antes, los proyectos Daphne II “Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women” (Louma et al., 2011) y Daphne III “Stop Violence Against Elderly Women” (Sánchez, 2013), dirigidos al reconocimiento, prevención y tratamiento del maltrato a mujeres mayores en la Unión Europea.

² En la República Unida de Tanzania, por ejemplo, se asesina cada año a unas 500 ancianas acusadas de brujería.

En cualquier etapa de la vida, las mujeres están subordinadas por sistema con respecto a los hombres, y el envejecimiento no supone una excepción. Las mujeres mayores siguen estando más ocupadas que los hombres, con obligaciones de cuidado y limpieza no remuneradas, sobre todo si están casadas, de manera que tienen menos tiempo libre que sus iguales masculinos. Esto significa que no existe un cese de la acción productiva, sino que en unos casos es una prolongación, o en otros, un cambio del tipo de actividad que desarrollaban (Arber y Ginn, 1996). Realidades tan dispares no se igualan en la última etapa de la vida; la violencia, como cualquier otro acto, no es neutral al género. Ser mujer es, desgraciadamente, en el contexto del maltrato a las personas mayores, un factor de alto riesgo. Además de los tipos de maltratos descritos anteriormente, a las mujeres mayores se les suman los propios de su género, todos estrechamente relacionados con las tareas no remuneradas.

Independientemente de la situación personal, edad, salud o responsabilidades laborales, el cuidado ha formado parte de la vida de las mujeres en todas sus etapas vitales. Esta acción dedicada, indiscriminada y gratuita hacia los demás, recae en la parte femenina de la familia como una consecuencia natural, sin posibilidad de contestación y sin que suponga una toma de decisión consciente por parte de las mujeres que lo asumen. La sobrecarga de trabajo, en un periodo vital de supuesta dedicación personal y descanso, convierte la tarea del cuidado en una actividad compleja de gran intensidad en tiempo y actividades. Julve (2006) describe la “ambivalencia emocional” como la incongruencia de compatibilizar el rol de cuidadora con los intereses personales. No todas las mujeres mayores desean cuidar a sus nietos o demás familiares, sin embargo, ninguna se niega, ni puede hacerlo, asumiéndolo con un gran coste personal. No se trata de criminalizar el cuidado, puesto que proporciona experiencias positivas a través del contacto y la interacción, sino de tener en cuenta que debe basarse en relaciones igualitarias, democráticas y de no obligación.

Las consecuencias de estos trabajos no retribuidos no es baladí, las mujeres mayores pertenecientes a zonas urbanas y rurales son particularmente vulnerables desde el punto de vista económico, debido en parte, a la falta de apoyo tecnológico, político y financiero para las empresas de las mujeres, a la desigualdad en el acceso al capital y el control de éste, en particular la tierra y los créditos, y en el acceso a los mercados laborales, así como todas las prácticas tradicionales y consuetudinarias perjudiciales que han intensificado la feminización de la pobreza en esta etapa vital (OMS, 2002). Un lastre que comienza con la falta de políticas favorables a la corresponsabilidad familiar. Esta grave carencia entorpece, paraliza o limita a las

mujeres en edad laboral constriéndolas a decidir entre trabajo o familia. La realización durante esta etapa de tareas no remuneradas de atención a la familia, asumidas como propias de su sexo, son causa de bajos o nulos ingresos propios. Una vida dependiente y precaria, en la que, las mujeres mayores ven su calidad de vida supeditada al apoyo institucional o económico de otras personas que no sean ellas mismas.

Este tipo de factores, gestados a lo largo de la vida, son un ejemplo visible de las dinámicas sexistas existentes que multiplican la discriminación y favorecen el maltrato a las mujeres mayores. Maltrato que puede darse en esta etapa vital por primera vez, o que puede formar parte de su trayectoria vital, de su historia de vida. El miedo a denunciar es una constante, para Pérez (2007) representa una estrategia de supervivencia cuando el responsable del maltrato es el proveedor de los cuidados básicos y diarios, una forma de mantener la unión, la convivencia familiar y poder seguir viendo a sus allegados. La moralidad de deuda por los cuidados recibidos son grandes lastres, pero como hemos visto no los únicos, la dependencia afectiva con el agresor o agresores es un factor clave en el maltrato a personas mayores (Julve, 2006). La invisibilización de esta violencia contribuye a la vergüenza de las víctimas, y a la desinformación de qué hacer o dónde acudir. El acto de denuncia se detiene por miedo a las represalias, a quedarse solas o mal atendidas, por no reconocer las formas de maltrato o porque alguien lo tiene que hacer por la víctima, en el caso de incapacitación judicial, dependencia física, mental, intelectual o sensorial, o demencias avanzadas.

Respetar y promover la autonomía, tanto funcional como ética (valores e ideas propias), de las personas mayores será la mejor manera de prevenir el maltrato. A menor dependencia y mayor capacidad para defender sus propios valores, menor riesgo de maltrato (Moya y Barbero 2003). Autonomía que, para las personas mayores, supone asumir su derecho a tener opiniones propias y realizar acciones basadas en sus valores y creencias personales (Beauchamp, 1999). Para ello, se han de asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea verdaderamente autónoma, suprimiendo cualquier posibilidad de coacción, chantaje, amenaza o manipulación por parte de la pareja, familiar o cuidador/a. No obstante, compleja elección autónoma será esa cuando nuestros mayores en la vida real están, como describe Domingo (1995), más tutelados que respetados, más dirigidos que orientados y más sometidos a nuestros intereses que estimulados por nuestro afecto.

6. Epidemiología del maltrato en personas mayores.

El maltrato a las personas mayores es un problema universal. Este apartado resume de forma uniforme los resultados obtenidos de una exhaustiva búsqueda, recogiendo diferentes datos sobre la prevalencia del maltrato hacia personas mayores y su tipología alrededor del mundo, deteniéndonos más adelante en investigaciones de Europa, España y Asturias. La evidencia de este fenómeno es alarmante, más aún en los estudios que consideran la perspectiva de género, o se centran únicamente en la prevalencia del maltrato hacia mujeres mayores.

6.1. Estudios en población general de personas mayores.

Se puede afirmar que en el ámbito internacional los estudios dedicados a medir la prevalencia del maltrato en personas mayores son extraordinariamente escasos, limitados y heterogéneos entre sí. Dada esta situación, se ha optado por seleccionar los estudios más relevantes de cada país, que contasen con una muestra representativa y una prevalencia de al menos un año de duración, teniendo en cuenta además, la coherencia y objetividad de las definiciones conceptuales, metodológicas e instrumentales propias de cada estudio.

Debemos ser cautos al comparar los estudios seleccionados, puesto que los diversos resultados recogidos dependen de factores metodológicos y culturales que determinan de forma única cada uno de ellos. Entre ellos, la definición de maltrato escogida, el tipo o tipos de maltrato analizados, la población objeto de estudio (comunidad o institución), el cuestionario o instrumento utilizado para detectarlo, la duración con la que se mide la prevalencia, el país, área geográfica, comunidad y entorno elegido para el estudio (urbe o rural, ámbito institucional, sanitario o familiar), la edad, el sexo, la cultura, el nivel de discapacidad y dependencia del grupo, o el instrumento utilizado para muestrear la población estudiada. Todos estos factores confieren a cada estudio una forma única de abordar el maltrato en las personas mayores. No obstante, a pesar de la heterogeneidad metodológica y conceptual, todos estos estudios nos lanzan un mismo mensaje: el maltrato hacia las personas mayores es una realidad incuestionable.

La OMS (2003) estima que entre el 4% y el 6% de la población mundial de edad avanzada podría sufrir algún tipo de maltrato en el ámbito familiar. Estos datos están basados en la selección de cinco estudios poblacionales (Comijs, Pot, Smit, y Jonker, 1998; Kivelä, Kongas-Saviaro, Kesti, Pahkala, e Ijas, 1992; Ogg y Bennett, 1992; Pillemer y Finkelhor, 1998; Podniesk, Pillemer, Nicholson, Shillington, y Frizzel, 1989), pertenecientes a Estados Unidos, Canadá, Finlandia y Reino Unido. La

prevalencia de los estudios recogidos (Tabla 1 y 2) oscila entre el 2.2% y el 21.4%, con una media de un 8.4%.

TABLA 1. PREVALENCIA MUNDIAL DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.

Estados Unidos (Pillemer y Finkelhor ,1988)	Muestra: 2.020 personas no institucionalizadas mayores de 64 años del área metropolitana de Boston. Se trata de una muestra aleatoria estratificada.
	Método: Se realizaron entrevistas personales y telefónicas en dos fases. Una entrevista (personal o telefónica) de 30 minutos en la que se trataba de identificar si la persona había sido víctima de maltrato. Y una segunda entrevista de 30 minutos con las personas mayores identificadas en la primera fase como víctimas de maltrato. En esta entrevista se recogía información detallada sobre el contexto en el que se había producido el abuso y sobre las consecuencias del maltrato
	Resultados: El 3.2% de los mayores sufrieron algún tipo de maltrato en el último año, siendo los más frecuentes el maltrato físico (2%), maltrato psicológico ³ (1.1%) y negligencia (0.4%). El 58.7% de los agresores eran las parejas, el 30.2% los hijos y el resto (17.5%) otros familiares.
Canadá (Podnieks et al., 1989)	Muestra: 2.008 personas mayores de 65 elegidas aleatoriamente a escala nacional.
	Método: Encuesta telefónica de 30 minutos.
	Resultados: El 4% de las personas mayores sufrieron algún tipo de maltrato al año. En concreto, el 0.2% de los mayores sufría maltrato físico, el 1.1% maltrato psicológico, el 4% negligencia y el 2.5% económico. Para considerar la presencia de un caso de negligencia o maltratos psicológicos, era necesario que hubiera ocurrido durante el último año, entre 2 y 10 veces, en el caso de la negligencia, y 10 veces o más en el caso de los maltratos psicológicos
	Muestra: 5.246 personas mayores de todo el país que habían sido derivadas a los equipos de evaluación de atención a la persona mayor
	Método: Entrevista en domicilio de la persona mayor.

³ En algunos estudios también llamado maltrato verbal, moral o agresión verbal.

<p>Australia (Kurrle, Sadler, y Cameron, 1997)</p>	<p>Resultados: El 4.6% de las personas mayores habían experimentado uno o varios tipo de maltrato. El tipo más frecuente fue el psicológico (2.5%), seguido del físico (2.1%), negligencia (1.4%) y económico (1.1%). Las mujeres eran maltratadas con mayor frecuencia que los hombres. El 57% de los responsables de maltratos eran hombres, el 38% cónyuges y el 43% hijos.</p>
<p>China (Tang y Yan, 2001)</p>	<p>Muestra: 355 personas mayores de 60 años, 120 hombres y 235 mujeres residentes en Hong Kong.</p> <p>Método: Entrevista presencial. Fueron varios los instrumentos utilizados. Una escala de 6 ítems para recoger la información sobre las variables demográficas (edad, sexo, estado civil, número de hijos, nivel de formación y condiciones de habitabilidad de la vivienda). “Revised Conflict Tactics Scales”, para evaluar el alcance y naturaleza del maltrato en los últimos 12 meses. “General Health Questionnaire”, para la valoración de la salud mental. Y dos escalas de 4 ítems cada una de ellas; una para evaluar una posible dependencia emocional de las víctimas respecto de sus cuidadores; y la otra para evaluar una posible dependencia emocional del cuidador respecto de la persona mayor.</p> <p>Resultados: La prevalencia total al año de maltrato de mayores fue de 21.4%. Se encontró una tasa del 2% de maltrato físico y del 20.8% de maltrato psicológico. El 17.1% sufrió más de un tipo de maltrato. El 61.2% de los agresores eran los hijos, el 26.9% la pareja y el 7.6% los nietos</p>
<p>Corea (Oh, Hesook, Martins y Heegul, 2006)</p>	<p>Muestra: 15.230 personas mayores residentes en el país.</p> <p>Método: Datos recogidos mediante entrevista en domicilio.</p> <p>Resultado: El 6.3 % de la población de personas mayores sufrió algún tipo de maltrato, siendo los maltratos psicológicos el tipo más frecuente, seguido de los económicos, negligencia y físicos. Los hijos e hijas, seguidos de las nueras, fueron los responsables de maltratos con mayor frecuencia.</p>
	<p>Muestra: 1045 personas mayores de 65 años del medio urbano elegidas aleatoriamente y pertenecientes a la comunidad árabe y judía. El 62% de la muestra eran mujeres.</p> <p>Método: Entrevista personal en el domicilio de la persona mayor, aplicando la escala “Revised Conflict Tactics Scales”, (CTS2, Strauss et al., 1996) Se realizaron entrevistas personales en el domicilio de las</p>

<p>Israel (Lowenstein, Eisikovits, Band- Winteerstein, y Enosh, 2009)</p>	<p>personas mayores además de una corta descripción de la situación y de la reacción de los encuestados. Se aplicó durante un año, y tres meses para la variable negligencia.</p>
<p>Estados Unidos (Acierno, Hernández Amstadter, Resnick y Muzzy, 2010)</p>	<p>Resultados: La prevalencia del maltrato fue del 18.4% en un año; para el maltrato físico 2%, sexual 2%, maltrato psicológico 4%, económico 6% y 18% en negligencia. El 2.7% experimentó restricción de la libertad como por ejemplo, que les dejaran encerrados en casa o les negaran poder utilizar el teléfono. Las mujeres, tanto judías como árabes, eran con mayor probabilidad objeto de maltrato físico y sexual. La mayoría de los responsables de los maltratos físicos, sexuales y limitación de la libertad eran el cónyuge o la pareja, mientras que en la explotación económica la mayoría de los responsables eran los hijos adultos.</p> <p>Muestra: 5.777 personas mayores a partir de 60 años de todo Estados Unidos (excepto Alaska y Hawaii). De esta muestra el 60.2% eran mujeres y el 39.8% hombres.</p> <p>Método: Entrevistas telefónicas de 15 minutos en inglés y español. La encuesta se realizó a través del Computer Assisted Telephone Interview (CATI), y contenía dos entrevistas separadas. La entrevista base diseñada para ser utilizada directamente con adultos en edad de 60 años o más, y una segunda para la persona que convive con la persona mayor.</p> <p>Resultados: El 10% de las personas mayores sufrieron algún tipo de maltrato, el 1.6% maltrato físico, 5.1% negligencia, el 5.2% económico y el 0.6% sexual. Las parejas o ex parejas perpetraban el 25% del maltrato emocional, el 57% del maltrato físico, y el 40% del abuso sexual (misma cifra para el cometido por conocidos). Aproximadamente el 5% de los mayores de 60 años denunciaron haber experimentado alguna forma de maltrato emocional en el último año, y sólo el 8% de estos individuos lo hizo ante la policía</p>

Fuente: Elaboración propia

Algunas investigaciones contienen definiciones poco claras e inconsistentes, confusión entre diferentes tipos de maltratos, falta de datos basados en población, de descripción de la muestra (tamaño, edad, sexo, urbana o rural), de los métodos para la recogida de información, de referencia sobre quién la recoge (profesionales formados, becarias/os, empresas, etc.), o total inexistencia de datos desagregados (sobre todo por sexo). Este problema lo podemos observar en el estudio de Pillemer y

Finkelhor (1988), la baja tasa de casos de negligencia y maltratos psicológicos podría deberse a las definiciones utilizadas. Estos autores no consideran la presencia de maltratos físicos a los ocurridos una sola vez, sino que, en el caso de la negligencia o maltratos psicológicos, era necesario que se produjeran al menos en diez ocasiones para contabilizarlas como una. La mayoría de las investigaciones (Tablas 1 y 2), coinciden en señalar a las mujeres mayores como las víctimas más susceptibles a recibir maltratos que los hombres, siendo el responsable de los maltratos con mayor frecuencia la pareja o expareja (Acierno et al., 2010; Gørgen, Herbst y Rabold, 2010; Kivelä et al., 1992; Kurrle et al., 1997; Lowenstein et al., 2009; O’Keeffe et al., 2007; Pillemer y Finkelhor, 1988; Soares et al., 2010).

A pesar de los resultados, estas investigaciones no abordan adecuadamente la variable género, desagregar los datos no es suficiente, la especificidad de la realidad del maltrato hacia las mujeres mayores no atiende a los mismos factores (culturales, económicos y sociales) que la de los hombres. Debe por tanto, haber un acercamiento previo al contexto del que se pretende obtener una verdad empírica y objetiva, adquiriendo una perspectiva de género desde el principio de la investigación que aborde los tipos de maltrato que una mujer mayor sufre por ser mujer y mayor.

TABLA 2. PREVALENCIA EUROPEA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.

<p>Finlandia (Kivelä et al., 1992)</p>	<p>Muestra: 1225 personas a partir de 65 años, 745 mujeres y 480 hombres. Método: Los datos fueron recogidos a través de cuestionarios enviados por correo, evaluaciones clínicas y entrevistas personales. Los cuestionarios se enviaron por correo a las personas dos semanas antes de ser entrevistadas y se les examinó por un/a médica/o de atención primaria. Resultados: La prevalencia total al año fue del 6.7%, concretamente 3.3% en hombres y 8.8% en mujeres. El maltrato físico 18% en mujeres y 15% en hombres, el psicológico en 46% de los hombres y 49% de las mujeres, el económico al 8% de los hombres y al 9% de las mujeres y la negligencia al 4% de las mujeres.</p>
<p>Alemania (Wetzels y Greve, 1996)</p>	<p>Muestra: 5711 personas de más de 60 años residentes en su domicilio. Método: Utilización durante un año de “Conflict Tactics Scales”. Resultados: El 3.1% de la población de personas mayores sufrió en el último año uno o más tipos de maltrato. El 3.4 % del maltrato fue físico, 1.3% económico, el 2.7% negligencia y el 0.8% psicológico.</p>

<p>Países Bajos (Comijs et al., 1998)</p>	<p>Muestra: 1797 personas de entre 69 a 89 años de edad que residen en domicilio</p> <p>Método: Entrevistas personales mediante el uso de "Conflict Tactics Scales".</p> <p>Resultados: La prevalencia al año fue del 5.6%, por tipo de maltrato: psicológico 3.2%, físico 1.2%, económico 1.4%, y negligencia 0.2%. Las tasas de prevalencia de este estudio son algo más altas debido a que se incluyeron como posibles responsables de los maltratos a todos los parientes, amigos o conocidos, mientras en otros estudios se limitaba a la pareja, parientes u otras personas que convivan con la persona mayor.</p>
<p>Reino Unido (O'Keeffe et al., 2007)</p>	<p>Muestra: 2111 personas mayores de 66 años residentes en sus domicilios, el 57% son mujeres y 43% hombres. Seleccionadas aleatoriamente y residentes en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte</p> <p>Método: Entrevista personal.</p> <p>Resultados: En el último año el 2.6% de las personas habían sufrido uno o varios tipos de abuso; la prevalencia para las mujeres fue del 3.8% y 1.1 para los hombres. Si tenemos en cuenta a vecinos y desconocidos la prevalencia del 2.6% se incrementa hasta el 4%. Según los tipos de maltrato el 1.1% corresponde a negligencia, el 0.4% a maltrato psíquico, 0.4% físico, 0.2% sexual, y 0.7% económico. Las mujeres experimentaron más casos de maltratos que los hombres. Los responsables fueron, con mayor frecuencia el cónyuge o pareja (51%), otro familiar (49%), un cuidador formal (13%) y amigo cercano (5%).</p>
<p>Alemania (Görge et al., 2010)</p>	<p>Muestra: 3030 personas residentes en la comunidad de 40 a 85 años.</p> <p>Método: Aplicación de "Conflict Tactics Scales" durante un año.</p> <p>Resultados: Alrededor del 25% de las personas mayores sufrieron agresiones verbales por parte de algún miembro de la familia o residente en el hogar; la violencia física afectó al 1,3% de los hombres y el 1,6% de las mujeres.</p>
<p>Irlanda (Naughton, Drennan, Treacy, Lafferty, Lyons, Phelan,</p>	<p>Muestra: 2000 personas de 65 años en adelante residentes en su domicilio</p> <p>Método: Entrevista personal en el propio domicilio.</p> <p>Resultados: El 2.2% de la población de personas mayores sufrió en el último año algún tipo de maltrato, el 0.3% negligencia, el 1.2%</p>

Quin y O'Loughlin, 2010)	psicológico, el 0.5% físico, 0.05% sexual, y 1.3% económico.
Alemania, Grecia, Italia, España, Lituania, Portugal y Suecia (Soares et al., 2010)	Muestra: 4467 personas de entre 60 y 84 años, residentes en centros urbanos, sin demencias o deterioro cognitivo. Método: Cuestionario de 52 ítems basados en el estudio de O'Keeffe (2007) y "Conflict Tactics Scales". Resultados: La media de todos los países presentó una prevalencia al año para el maltrato psicológico del 19.4%, para el físico del 2.7%, 0.7% para el sexual, 3.8% económico y 0.7% para negligencia.

Fuente: Elaboración propia

Otros de los puntos de convergencia de estos estudios es afirmar que el ámbito familiar es uno de los espacios donde con mayor frecuencia se produce el maltrato hacia las personas mayores. No obstante, cuando las investigaciones sobre el maltrato descartan áreas institucionales o sanitarias, y se centran únicamente en las familiares, es normal que estas por defecto sean las de mayor incidencia. Lo que sí podemos afirmar, según Sancho et al., (2011), es que la incidencia de los maltratos en ámbitos institucionales está directamente relacionada con el grado de desarrollo del modelo de protección y servicios para las personas mayores vigente en cada país: a mayor desarrollo y bienestar de este colectivo, menor incidencia de maltratos.

Según la "Declaración de Toronto" (OMS e INPEA, 2002), en el campo investigador es importante considerar la perspectiva de género ya que los complejos constructos sociales relacionados entre sí contribuyen a identificar adecuadamente el tipo de maltrato y quién lo inflige, particularmente en los grupos vulnerables al maltrato como las personas muy ancianas, las que sufren incapacidad funcional, las mujeres y las clases económicamente más desfavorecidas. Tampoco es suficiente con identificar los casos de maltrato; los países deben desarrollar estructuras que permitan la provisión de servicios (sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etcétera) para responder de forma apropiada y, eventualmente, prevenir el problema. No se trata de criticar la objetividad o metodología de los estudios a nivel individual, sino de hacer un llamamiento a la coherencia general en cuanto a representatividad de resultados, métodos, conceptos y áreas de estudio. Es necesario ser efectivas/os, aunar y compartir esfuerzos y objetivos comunes, con el fin de hacer visible la realidad y gravedad del maltrato hacia las personas mayores en su conjunto, mujeres y hombres.

6.2 Estudios específicos con población de mujeres mayores.

A pesar de la importancia que el maltrato hacia las personas mayores supone para muchas de las organizaciones internacionales, son muy pocos los estudios epidemiológicos que incluyen la variable género. Obtienen, por tanto, una perspectiva del problema sesgada, atendiendo realidades que constituyen únicamente la mitad del total del problema, y/o atribuyendo los mismos factores a realidades dispares. A nivel internacional, las mujeres no están consideradas como sujeto único de investigación, no obstante, numerosos/as autores/as subrayan la correlación entre ser mujer mayor y riesgo de maltrato. Son, en su mayoría, estudios estadounidenses los que indican que entre un 80% y un 56% de las víctimas totales que sufren maltrato hacia personas mayores son mujeres (Furniss, 2001). En esta misma línea, el último “Estudio sobre la Incidencia del Maltrato en Personas Mayores de Estados Unidos” (The National Elder Abuse Incidence Study) establece que las mujeres constituyen aproximadamente el 66% de las víctimas de maltrato, y el 89% de los casos se produjeron en el ámbito familiar (NCEA, 2011).

TABLA 3. PREVALENCIA EUROPEA DE MALTRATO HACIA LAS MUJERES MAYORES.

Austria, Bélgica, Finlandia, Lituania y Portugal (Luoma et al., 2011)	Muestra: 2880 mujeres de entre 60 y 97 años residentes en su domicilio. Método: La información fue recogida en todos los países participantes mediante un cuestionario culturalmente válido y elaborado conjuntamente por los países socios del proyecto. Los cuestionarios se aplicaron por correo en Bélgica, Finlandia y Portugal, por teléfono en Austria y por entrevista personal en Lituania Prevalencia: El 28.1% de las mujeres mayores europeas experimentaron algún tipo de violencia en el último año. El abuso psicológico fue la forma de maltrato más experimentada (28%), seguido del económico (8.8%), violación de los derechos (6.4%), negligencia (5.4%), maltrato sexual (3.1%) y maltrato físico (2.5%). En la mayoría de los casos los perpetradores fueron parejas o exparejas de las víctimas. En esta investigación no se tuvo en cuenta la variable “extraños”, es decir se descartó a personas o posibles agresores que no fueran del círculo cercano a la víctima.
---	--

Fuente: Elaboración propia.

Dos únicos estudios abordan la realidad del maltrato desde la perspectiva de las mujeres mayores, ambos financiados e impulsados por la Unión Europea a través del Programa Daphne II (Louma et al., 2011) y Daphne III (Sánchez, 2013). Ambos atienden de diversa forma el maltrato en clave femenina. El primero de ellos considera la prevalencia del maltrato hacia mujeres mayores mediante el estudio de cinco países, desde el Programa Daphne AVOW (Abuse and Violence Against Older Women). Mientras que Sánchez (2013) se centra en la sensibilización sobre el maltrato a mujeres mayores a través del análisis de experiencias y buenas prácticas a nivel nacional y transnacional, mediante el Programa Daphne Stop VIEW (Violence Against Elderly Women). El estudio de Louma et al., (2011), muestra a escala europea la realidad de las mujeres mayores maltratadas como nunca antes se había hecho, revelando unos resultados alarmantes (Tabla 3). En total, el 28.1% de las mujeres mayores de todos los países han experimentado algún tipo de maltrato en su propia casa en los últimos 12 meses, apuntando Portugal (39.4%) la tasa más alta. En Bélgica, casi un tercio (32%) de las mujeres mayores a partir de 60 años han experimentado algún tipo de maltrato. La prevalencia de los demás países fue del 25.1% en Finlandia, el 23.8% en Austria, y llega hasta el 21.8% en Lituania.

En relación con la víctima, la pareja o expareja fueron los agresores más comunes en todos los países: perpetraron el 59% de la violación de los derechos, el 55.4% del maltrato sexual, el 50.7% de maltrato físico, el 43.9% del maltrato psicológico, el 33.7% del económico y el 17.3% de las negligencias. En cuanto a informar el maltrato, el 44.7% de las mujeres (24% en Lituania y 26% en Portugal) lo hicieron mayormente a familiares o amigos, pero únicamente el 3.4% lo formalizó ante la policía. Más de la mitad de las mujeres mayores no habló con nadie sobre el maltrato, pensaban que el incidente fue demasiado trivial como para informar o considerar que nadie podía hacer nada acerca de la situación.

En sintonía con estos resultados, el estudio de Sánchez (2013) promueve el desarrollo de flujos de información y redes de trabajo común, mediante varias acciones. La primera de ellas es la reflexión compartida entre expertos profesionales y agentes sociales (de servicios sociales y socio-sanitarios, organizaciones y asociaciones de personas mayores y mujeres, organizaciones de voluntariado, etc.) sobre la naturaleza, formas y consecuencias de la violencia hacia las personas mayores, promoviendo el debate sobre posibles acciones integradas que sirvan para apoyar la protección y la prevención. También se realizaron siete talleres de formación dirigidos a profesionales y voluntariado que trabajan y/o colaboran en el ámbito de las

personas mayores y/o violencia de género, con el fin de desarrollar y practicar modelos y alternativas que protejan a las mujeres mayores e identifiquen posibles situaciones de riesgo. Los ejes transversales de esta acción formativa fueron: el envejecimiento y la perspectiva de género, los maltratos hacia personas mayores y la violencia hacia mujeres mayores. El objetivo de estos talleres fue desarrollar un discurso sensibilizador en profesionales y voluntarios/as, atendiendo a la especificidad de las mujeres mayores y la doble invisibilidad. Por último, se organizaron cuatro grupos de ayuda y apoyo mutuo con 60 mujeres mayores de 65 años procedentes de diversos contextos, con el fin de fortalecer las redes de acción social y ofrecer a las mujeres mayores lugares y oportunidades para fortalecer su autoestima y la conciencia de grupo, implementando iniciativas de auto-organización y solidaridad.

Este tipo de iniciativas no solo crean un lazo común entre organizaciones, agentes sociales y personas a título propio, de Madrid en este caso y de diversos países, sino que también ponen de manifiesto la importancia de reconocer las características propias y necesidades de las mujeres mayores, teniendo a su vez implicaciones significativas en el comportamiento de las/os profesionales y potenciales víctimas ante la detección del maltrato. Supone, así mismo, la creación de una red básica de prevención y auto-protección contra el maltrato o el riesgo de padecerlo, y una plataforma sorora⁴ desde la que exigir a los poderes públicos la provisión de servicios y recursos que atiendan de forma eficiente este grave tipo de violencia.

Los resultados de los estudios revisados coinciden con los factores señalados con anterioridad. El progresivo envejecimiento de la población y su repercusión en las situaciones de dependencia funcional y emocional, favorecen que las mujeres mayores hayan devenido en uno de los grupos sociales más susceptibles de sufrir situaciones de maltrato, resultado de una compleja interacción entre aspectos individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. La perspectiva de género, que todavía está escasamente utilizada en los estudios relativos al envejecimiento, es un enfoque básico para conocer el alcance del maltrato hacia las personas mayores y ayuda a comprender e identificar las dinámicas sociales que nos afectan en todas las etapas vitales. Así mismo, es necesario continuar profundizando en los estudios que abordan el tema, tratando de homogeneizar criterios e indicadores que permitan una detección y estimación unificada y fiable del problema de maltrato hacia las personas mayores.

⁴ Según Lagarde (2005) sororidad hace alusión a la confianza, apoyo y solidaridad entre mujeres, aliadas y comprometidas en la construcción de un mundo igualitario.

6.3 Estudios nacionales.

España será en 2050 el país más envejecido de la Unión Europea y el séptimo a nivel mundial. El 35.7% de su población en ese año superará los 65 años de edad (Eurostat 2013). Un envejecimiento demográfico sin precedentes que, como veremos más adelante, se agudiza en comunidades autónomas como el Principado de Asturias. En relación con los estudios que abordan la prevalencia española, debemos recordar la prudencia nombrada anteriormente con la que los datos deben ser tenidos en cuenta, debido a la heterogeneidad manifiesta entre ellos. Los estudios señalan que, en nuestro país (Tabla 4), la prevalencia del maltrato hacia las personas mayores se sitúa entre el 0.8% y 52.6%, resultados discutibles debido al oscilamiento entre las cifras, pero que constatan una realidad incuestionable: la gravedad del maltrato hacia las personas mayores.

El primer estudio llevado a cabo en España, dirigido por Bazo (2001), analizó la población de personas mayores que percibían servicios de ayuda a domicilio. Esta elección condiciona el estudio debido a que el objeto de análisis, las personas mayores, se encontraban en una situación de cierta fragilidad; a esto debemos sumar el pequeño tamaño de la muestra utilizada y el cuestionamiento acerca de hasta qué punto las/os auxiliares domiciliarios eran capaz de identificar situaciones de maltrato. El índice de prevalencia más alto (52.6%) queda recogido en el trabajo de Risco et al., (2005); este estudio determina la sospecha de maltratos a través de un cuestionario donde una respuesta positiva se considera indicativa de sospecha. Al igual que los trabajos de Pérez-Cárceles (2008) y Garre-Olmo et al., (2009), los resultados arrojan cifras muy altas, difícilmente aceptadas por el resto de investigadoras/es. No obstante, el cuestionario EASI utilizado por Pérez-Rojo, Izal, y Montori (2008) se considera un instrumento muy útil para detectar los maltratos, ayuda a aumentar la sensibilidad de los profesionales hacia los maltratos en edades avanzadas, permitiendo la detección de seis de cada diez casos en los que se confirma la sospecha de maltratos.

TABLA 4. PREVALENCIA ESPAÑOLA DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES.

País Vasco, Andalucía y Canarias (Bazo,	Muestra: 104 Casos de mayores que recibían ayuda domiciliaria. Método: Cuestionario dirigido a los/as auxiliares domiciliarios, donde se analizaba lo entendido por maltratos y negligencia. Prevalencia: El 4.7% de los casos presentaba algún tipo de maltratos siendo las mujeres las víctimas más frecuentes, y los hijos/as los responsables habituales del maltrato.
---	---

2001)	
Badajoz (Risco et al., 2005)	Muestra: 209 personas de 72 años o más sin deterioro cognitivo. Método: Cuestionario "Asociación Americana de Medicina". Prevalencia: 52.6% de sospecha de maltratos en personas mayores.
Murcia (Pérez-Cárceles, 2008)	Muestra: 460 personas a partir de 65 años, seleccionados a través de centros de salud. Metodología: Cuestionario Asociación Americana de Medicina. Prevalencia: 44.6% , maltrato más frecuente en mujeres de más de 75 años solteras, viudas o con un hijo conviviente, y con un bajo nivel socioeconómico
Madrid, Málaga y San Sebastián (Pérez-Rojo et al., 2008)	Muestra: 396 personas mayores que acudían a Servicios Sociales y/o Atención Primaria. Método: Dos fases: en la primera se descartaba deterioro cognitivo aplicando el MEC (Mini Examen Cognoscitivo, de Lobo et, al 1979), y en la segunda se realiza una entrevista personal empleando cuestionario EASI (Índice de Sospecha de Malos Tratos hacia Personas Mayores) Prevalencia: 12.1% , con un índice de sospecha más alto en mujeres, siendo más frecuente los cónyuges responsables del maltrato.
Nacional (Iborra, 2008)	Muestra: 2401 personas a partir de 64 años y 789 cuidadores. Método: Cuestionario propio aplicado en entrevista personal. Prevalencia: 0.8% , (1.5% para personas mayores dependientes) de las personas mayores estaban siendo maltratadas por alguno de sus familiares. La prevalencia del maltrato aumenta con la edad: 0.6% para edades comprendidas entre los 65 y los 74 años, y 1.1% para personas mayores de 74 años. Las mujeres representaron la mayor proporción de víctimas.
Girona (Garre-Olmo et al., 2009)	Muestra: 676 personas a partir de 75 años residentes en sus domicilios Método: Cuestionario Asociación Americana de Medicina aplicado por entrevistadores formados en maltrato. Prevalencia: 29.3% de sospecha de maltratos; los tipos más frecuentes fueron negligencia (16%), maltrato psicológico (15.2%), económicos (4.7%) y físicos (0.1%)

País Vasco (Sancho et al., 2011)	<p>Muestra: 1207 personas a partir de 60 años</p> <p>Método: Cuestionario EASI (Pérez-Rojo et al., 2008) aplicado a través de entrevista personal en el hogar mediante entrevistadores formados en maltratos.</p> <p>Prevalencia: 0.9% de las personas mayores declararon recibir algún tipo de maltrato, 1.5% de maltrato percibido por los entrevistadores. Las mujeres víctimas de sospecha de maltratos (1.2%) doblaban a los hombres (0.6%). La sospecha de maltrato es más frecuente (47%) en personas casadas o convivientes con su pareja.</p>
-------------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia.

El estudio realizado por el Centro Reina Sofía (Iborra, 2008) muestra la prevalencia más baja (0.8%), sin embargo, esta cifra se incrementa hasta el 1.5% si tenemos en cuenta las personas mayores dependientes, coincidiendo así con la percibida por los cuidadores/as del estudio de Sancho et. al., (2011). El 4.5% de los cuidadores entrevistados en Iborra (2008) declaraba haber maltratado a la persona mayor bajo su cuidado en alguna ocasión. La mayoría de estos cuidadores/as son mujeres (75%) frente al 25% de hombres pero, cuando se calcula la prevalencia de maltrato, la situación cambia por completo, la prevalencia de hombres cuidadores responsables de maltratos (6.3%) dobla la de mujeres cuidadoras (3.2%).

Las investigaciones sobre la incidencia de maltratos hacia las personas mayores son todavía poco concluyentes. No obstante, aunque la fragilidad de los datos es evidente, observamos a lo largo del presente documento un dato recurrente: las mujeres mayores son con mayor frecuencia las víctimas de maltratos (Bazo, 2001; Iborra, 2008; Pérez-Cárceles, 2008; Pérez-Rojo et al., 2008; Sancho et al., 2011). Una de cada dos ocasiones es la propia pareja la que maltrata a la víctima (Iborra, 2008), siendo, según Sancho et al., (2011), los hombres en el 75% de los casos los responsables del maltrato. Los datos internacionales, europeos y nacionales revisados hasta ahora señalan que el tipo de maltrato más frecuente es el psicológico (Comijs et al., 1998; Görjen et al., 2010; Kivelä et al., 1992; Kurrle, 1997; Luoma et al., 2011; Oh et al., 2006; Soares et al., 2010; Tang y Yang, 2001), seguido de la negligencia (Garre-Olmo 2009; Lowenstein 2009; O’Keeffe et al., 2007; Podniesk et al., 1989), el físico (Pillemer y Finkelhor, 1988; Wetzels y Greve, 1996) y el económico (Acierno et al., 2010; Naughton et al., 2010).

Según la “Macroencuesta de Violencia de Género” del Observatorio Estatal de Violencia Sobre la Mujer (2012), en las mujeres mayores de 65 años se produce una

menor manifestación de maltrato; el 6.7% de las mujeres mayores dice haber sufrido maltrato alguna vez en la vida, frente a la media del 10.9% en el total de encuestadas; por otra parte, el 1.4% de las mujeres mayores ha sufrido violencia ejercida por parte de su pareja o expareja en el último año. No obstante, la mayor manifestación de maltrato se da en mujeres extranjeras en todos los grupos de edad, en comparación con el maltrato manifestado por las mujeres españolas. En el grupo de 50 a 59 años, el 41.7% de las mujeres extranjeras declaran haber padecido violencia de género alguna vez en la vida, frente al 9.8% de mujeres españolas de ese mismo grupo de edad.

Con respecto a las mujeres mayores, las “V Jornadas de Malos Tratos a Mayores: Observa y Actúa” celebradas en Madrid, indican que alrededor del 80% de las situaciones de maltrato detectadas se producen en mujeres mayores, siendo infligidos en más del 50% de los casos por los propios hijos. En estas Jornadas, Garreta (2008) -directora del IAGS (Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria)- señala que el maltrato más prevalente es la negligencia física, seguida del maltrato psicológico, económico y físico. La existencia de un tipo de maltrato no excluye la presencia de otro, ya que con frecuencia (en el 70% de las víctimas) se da más de un tipo de maltrato en una misma persona.

El último “Informe sobre las Mujeres Mayores en España” (Instituto de la Mujer e IMSERSO, 2011), señala que las mujeres mayores de 65 años suponen casi un 10% de la población total española. Este documento aborda, además, varios aspectos de esta realidad femenina, revelando que, con respecto a la independencia económica, el 98.3% de los hombres subsisten de su propia pensión, mientras que el 48.3% de mujeres lo hacen de la pensión de su cónyuge. Este dato remarca la diferente trayectoria sociolaboral de las mujeres a lo largo de la vida con respecto de los hombres, repercutiendo estas en las condiciones económicas tras la edad de jubilación. Además, este informe señala que la mayoría de las mujeres mayores (92.8%) dedican gran parte de su tiempo a las tareas del hogar y al cuidado familiar, frente al 12% de los hombres de su misma edad, prueba de que la distribución tradicional de los roles de género permanecen. El cuidado es una de las actividades predominantes en las mujeres mayores de 65 años; un 40% de ellas dicen cuidar actualmente de sus nietos y son las principales responsables del cuidado de una persona dependiente (94%) o enferma (35.5%), pudiendo ser esta persona un familiar directo, político, vecina/o o amiga/o.

La prevalencia de maltrato en personas mayores señalada por los estudios españoles hasta ahora revisados identifica la gravedad de un problema que tiene por protagonistas a las mujeres mayores. Estas mujeres, que han desarrollado sus actividades dentro del espacio familiar, continúan realizando las mismas actividades y funciones que antes de cumplir la edad de 65 años. No se produce en ellas la ruptura que sí se observa en los varones al cumplir la edad de jubilación. Para las mujeres es una continuidad, e incluso para las que han desarrollado una vida profesional en el mercado laboral, el paso a la jubilación es parcial, al continuar realizando tareas vinculadas al hogar y al cuidado, tareas que con mucha probabilidad ya compaginaban con anterioridad. Este tipo de dinámicas muestran una vez más la importancia de introducir la perspectiva de género en investigaciones relativas al maltrato y al envejecimiento. Un enfoque básico y prioritario para España, donde se advierte un envejecimiento demográfico sin precedentes, razón por la cual no puede permitirse ignorar e invisibilizar las relaciones que vulneran los derechos de las mujeres.

6.4 Estudios del Principado de Asturias.

Asturias es una de las Comunidades Autónomas más envejecidas del país. Así se describe en el “II Encuentro Interterritorial por el Cambio Demográfico”, celebrado este año 2014 en Zaragoza, donde cinco Comunidades Autónomas ponen en común alternativas a medio y largo plazo al declive de población y al envejecimiento. El Principado de Asturias afronta el reto de impulsar uno de los principales objetivos de España y Europa: el equilibrio demográfico.

Uno de los estudios más recientes, llevada a cabo por Álvarez, Suárez y de la Riva (2011) en el Hospital de Cabueñes (Gijón), mide la prevalencia de sospecha de maltrato en los pacientes de 65 años o más que acuden al Servicio Urgencias Hospitalario (SUH). El análisis se hizo a través de la identificación de las actitudes de los profesionales sanitarios hacia los mayores, mediante instrumentos de cribado o filtrado de maltratos, y evaluando el impacto del mismo entre los profesionales. El porcentaje de positividad de sospecha de maltrato encontrado en los pacientes resulta extremadamente bajo (0.02% - 0.34%) y alejado de las cifras referidas hasta el momento por otros estudios. Esta cifra tan baja se debe, según Álvarez et al., (2011), a que cuando las víctimas de maltratos utilizan los SUH para recibir asistencia tras la agresión no están dispuestas a confesarla, ni denunciarlo por miedo, vergüenza, o bien porque la persona responsable del maltrato sea un miembro de la familia y/o cuidador. Estas situaciones son fuente de estrés, dudas y problemas éticos en los profesionales sanitarios de los SUH.

TABLA 5. PREVALENCIA ASTURIANA DE MALTRATO HACIA LA POBLACIÓN GENERAL.

<p>Principado de Asturias Fontanil, Ezama, Fernández, Gil, Herrero y Paz (2003)</p>	<p>Muestra: 564 personas residentes en el Principado, 421 mujeres y 143 varones, de entre 18 y 87 años de edad.</p> <p>Método: entrevistas telefónicas semiestructurada y cuestionario. La encuesta constaba de dos partes, en un principio se solicitaba información sobre las actitudes hacia el maltrato que tenían las personas encuestadas y, posteriormente, se pasaba a explorar las experiencias personales de maltrato.</p> <p>Prevalencia: el 6.2% de las mujeres asturianas han sufrido maltrato durante el último año. De ellas, el 5.5% convivían con la persona agresora. Por tipos de maltrato, la libertad de acción (2.37% mujeres, 0.7% hombres), libertad de pensamiento (2.37% mujeres, 0.7% hombres), independencia y participación (1.66% mujeres y 1.4% hombres), prestigio (2.85% mujeres y 1.4% de hombres), bienes y posesiones (0.95% mujeres y 0.7% de hombres), integridad física (0.47% mujeres y 1.4% hombres) e intimidad sexual (0% en ambos).</p>
---	--

Fuente: Elaboración propia.

En el ámbito doméstico, Fontanil et al., (2003) indica que en la población asturiana entre 48.150 y 7.650 mujeres son o han sido maltratadas por sus parejas durante el último año (Tabla 5). Esta investigación es una de las pocas que estiman la cantidad de mujeres asturianas que han sufrido maltratos por parte de sus parejas a lo largo del último año de su vida, y a lo largo de toda su vida adulta, en una misma muestra. Las comparaciones que se establecen con respecto a mujeres y hombres han de ser tomadas con precaución, puesto que la muestra de hombres es mucho menor que la de mujeres. Esta cautela se aplica de igual manera a algunos resultados de esta investigación, ya que fueron muy pocas las personas encuestadas mayores de 75 años (Tabla 6), “muchas o bien rechazaron la encuesta alegando que no podían aportar nada, o tenían dificultades auditivas u orales que hacían imposible su participación. Otra peculiaridad de esta franja de edad es que contestaban al teléfono más hombres que mujeres, sobre todo en la zona rural” (p.36). Todo ello señala la existencia de problemas de generalización de los resultados para los mayores de 75 años.

TABLA 6. PREVALENCIA ASTURIANA DE MALTRATO HACIA PERSONAS MAYORES. EDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS.

Edades	Mujeres encuestadas	Mujeres maltratadas
18 a 24	2.1%	2.4%
25 a 34	13.8%	17.6%
35 a 44	25.8%	24.7%
45 a 54	22.7%	23.5%
55 a 64	21.2%	22.4%
65 a 74	11.7%	9.4%
75 o más	2.6%	0%
Total	100%	100%

Fuente: Fontanil et al., (2003, p.41)

Los distintos tipos de maltrato que afectan a la población asturiana, independientemente de la edad, afectan a muchas más mujeres que varones cuando el agresor es una persona del otro sexo con la que se tiene una relación de pareja. Los maltratos que atentan contra la libertad de acción, de pensamiento, la independencia y participación, bienes o posesiones, o el prestigio casi dobla su prevalencia en la población de mujeres. El porcentaje de agresores que son desconocidos para la víctima es igual para varones y mujeres. Sin embargo, el tipo de relación con los agresores conocidos es diferente; en el caso de las mujeres, el 40.3% mantienen o han mantenido una relación de pareja, frente al 9.8% de los hombres. Los agresores conocidos son varones en su mayoría, los de las mujeres pertenecen a la familia, mientras que casi el 20% de los agresores de los varones son otros varones con los que tienen una relación laboral. Además, el estudio indica que las mujeres conviven con una pareja que aún las maltrata en un porcentaje que dobla al de los hombres: el 28.7% de mujeres frente al 12.5% de los hombres. Otra diferencia significativa son los recursos utilizados por mujeres y hombres para sobreponerse a los maltratos. La mayoría de los varones recurre al juzgado (26.7%), a un familiar (18.8%), o a nadie (13.3%), mientras que las mujeres lo hacen a un familiar (39.5%), a un/a abogado/a (32.9%), al juzgado (31.6%), y a un centro sanitario o cambio de domicilio (29.9%).

La escasez de más estudios que determinen la prevalencia de maltrato en el Principado plantea la aproximación a documentos que aborden el perfil demográfico de las personas mayores residentes en esta área geográfica. En esta línea, Margolles y Donate (2013), desde la “III Encuesta de Salud para Asturias”, arrojan luz sobre la

realidad de la población mayor asturiana. Los valores referidos a personas mayores de 64 años determinan que el 19% de las mujeres mayores residentes en el Principado son viudas, y el 52% conviven con su pareja. Con respecto al nivel de estudios, el 79.9% de mujeres y el 61.1% de hombres tienen estudios primarios. Las mujeres, de nuevo, son quienes se encargan principalmente del cuidado de las personas dependientes o enfermas: el 59% lo hace exclusivamente sola, debido a que el servicio de ayuda a domicilio alcanza únicamente al 2% de los hogares donde vive una persona dependiente (el 5% contrata una persona). Hasta un 65% de las mujeres mayores cuidadoras llegan a tener depresión, tristeza o agotamiento, y un 40% dificultades para dormir. Además se ocupan ellas solas de las tareas del hogar (60%), frente al 9% de los hombres de su misma edad.

Con respecto al maltrato, esta encuesta indica que el 2.6% de las mujeres y el 1.6% de los hombres afirman haber recibido algún tipo de maltrato (psicológico o físico) de forma aislada o continuada en el último año. El contexto de la violencia es claramente distintivo entre géneros: las mujeres indican a la pareja (75%) como el principal responsable de maltrato, seguido de persona/s desconocida/s (12%), o familiares (11.1%); sin embargo, los hombres señalan como responsables del maltrato con más frecuencia a familiares (50%), personas conocidas que no fuesen familiares (20%) y desconocido/s (20%).

La realidad asturiana sigue la tónica del maltrato descrita a lo largo de este trabajo. Las mujeres mayores son las víctimas más frecuentes a nivel mundial, europeo, nacional y asturiano. El abordaje del problema del maltrato hacia las personas mayores es complejo, no sólo por la multitud de definiciones y estudios que intentan abordarla, sino también porque la fuerte dependencia emocional, económica y física entre víctima y responsable del maltrato se convierte en una barrera infranqueable a la hora de hacerle frente. Si además las víctimas son las mujeres mayores la situación se agrava ampliamente (recurrente invisibilización, precariedad económica, sobrecarga de cuidados y tareas no remuneradas, etc.). El desconocimiento que ocasiona la falta de formación e información sobre las realidades de las personas mayores y los maltratos a los que se exponen genera una barrera que dificulta la detección desde los agentes sociales y las propias personas mayores. Es preciso, por tanto, constituir un cuerpo investigador coherente que sirva de precedente para dotar a las/os profesionales más cercanos a las personas mayores, y a la sociedad en general, de habilidades y estrategias básicas, con el objetivo de detectar e intervenir correctamente en las distintas situaciones de maltrato hacia los mayores, especialmente en el caso de las mujeres.

7. Revisión de protocolos sanitarios.

Tras analizar y valorar los datos de prevalencia de maltratos existentes, tanto a nivel nacional como internacional, el siguiente paso para abordar el maltrato hacia las personas mayores es revisar aquellos documentos cuya elaboración y aplicación recojan programas de detección e intervención, que permitan el desarrollo y la implementación de estrategias efectivas para la prevención y el manejo de estas situaciones.

En España, se aborda desde hace años las intervenciones con los posibles responsables del maltrato (cuidadores/as informales y familiares), aunque como indican Crespo y López (2008), estos programas no están centrados específicamente en la prevención de situaciones de maltratos. En cuanto a la intervención con cuidadores formales, Pérez (2013) señala que, aunque existe evidencia de formación de profesionales para aumentar la sensibilización y concienciación, se dispone de poca documentación científica que evidencie su desarrollo y resultados.

Atendiendo a los programas de detección y/o prevención del maltrato centrado en las personas mayores, encontramos que la mayoría se diseñan para su aplicación desde la sanidad primaria. Se caracterizan por dirigirse habitualmente a un/a tipo de paciente que presenta un doble componente, y que por tanto requiere un tipo dual de atención. Por un lado, la asistencia sanitaria con relación a su problema de salud y, por otro, una atención de carácter social, puesto que en estos pacientes coexiste junto con un cuadro de pluripatología y posible discapacidad problemas sociales como el aislamiento, la dependencia funcional, los escasos recursos económicos y las condiciones de habitabilidad (Garreta, 2008). En todo caso, la filosofía asistencial en la atención a las personas mayores desde el ámbito sanitario es facilitar el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor o, en caso de falta de autonomía, el objetivo será atender a la persona mayor con las máximas garantías de respeto y dignidad debidas a cada individuo.

Todos los agentes sociales son esenciales a la hora de prevenir y detectar las situaciones de maltrato a las personas mayores, pero el ámbito de la sanidad primaria es un medio privilegiado, aunque desgraciadamente este tipo de maltratos no son parte de su formación reglada. Las consultas sanitarias, rutinarias o de urgencias (públicas o privadas), ofrecen un entorno de confianza al que las personas mayores acuden regularmente, independientemente de su situación personal, a diferencia de los Servicios Sociales que pueden mantener relaciones más esporádicas con las personas mayores. El personal sanitario está autorizado para realizar exploraciones y

pruebas clave para confirmar y denunciar estas graves situaciones; además, estas/os profesionales cuentan con un equipo multidisciplinar en el mismo centro que ayuda a integrar un diagnóstico, asesoramiento y seguimiento del caso completo. Debido a la importancia del escenario sanitario, en este trabajo se consideran para la revisión de protocolos los programas conceptualizados desde la sanidad española pública o privada y centrados en la intervención con la persona mayor.

Así, dentro del Principado de Asturias, se encuentra el “Protocolo de Detección de Malos Tratos a Personas Mayores” (Álvarez et al., 2009) que recoge la mejora del proceso de decisión clínico-asistencial para maltratos a personas mayores en una unidad de alto riesgo del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes (Gijón). Este documento suscita, junto al “Protocolo para la Atención Coordinada contra el Maltrato de Personas Mayores o con Discapacidad” de la Comunidad de Galicia, unas interesantes propuestas no accesibles para compartir y comparar con la revisión que a continuación se inicia.

El “Protocolo Regional de Prevención y Detección de Violencia en la Mujer Mayor de 65 Años” (Barba et al., 2009), merece una especial mención, puesto que es el único protocolo dedicado en exclusiva a las mujeres mayores. Esta iniciativa murciana ha supuesto un continuo referente para el protocolo propuesto, y que describiremos más adelante. La intervención multidisciplinar y multisectorial define este protocolo de Barba et al., (2009), basado en el modelo ecológico que superpone los planos individual, relacional, comunitario y social, consiguiendo la integración de múltiples perspectivas necesarias para abordar correctamente las realidades de las mujeres mayores. En la parte de valoración del maltrato se coordinan servicios sanitarios y sociales (medicina de familia, enfermería, trabajo social), así como otros servicios de apoyo (geriátrica, psicología, y psiquiatría). Cada uno de estos agentes valora el estado funcional (Anexo I) de la mujer mayor, así como los planos cognitivos, afectivo y social, a través de diferentes instrumentos (Tabla 7).

TABLA 7. ANÁLISIS DE INSTRUMENTOS INDICADOS EN LA REVISIÓN DE PROTOCOLOS.

Protocolo	Nombre escala / Anexo	Instrumento	Comentarios
Barba et al., (2009)	Índice de Barthel. (Anexo I)	10 ítems con 3 posibles respuestas de 0, 5, 10 ó 15 puntos.	Evalúa el estado funcional mediante las actividades básicas de la vida diaria. Gran utilización internacional.
	Índice Lawton (Anexo II)	8 ítems con 3 posibles respuestas de 0, 1, 2 ó 3 puntos.	Mide estado funcional a través de las actividades instrumentales de la vida diaria.
	Escala Pfeiffer. (Anexo III)	10 preguntas cortas. Se valoran las respuestas incorrectas (0-10 errores)	Valora el estado cognitivo de forma rápida y fácil.
	Escala Yesavage. (Anexo IV)	Versión reducida de 15 preguntas, con respuesta si-no que puntúan 0-1. Resultado de 0-9	Evaluación afectiva de forma breve y fácil. La víctima ha de tener buen nivel cognitivo.
	Escala Gijón (Anexo V)	5 áreas con 5 aspectos a valorar por área. Interpretación de 5 puntos a más de 15.	Valora el entorno social de la persona mayor. Necesaria aplicación por profesional del Trabajo Social
Corral et al., (2009)	Escala EASI (Anexo VI)	5 ítems con 3 posibles respuestas, y en caso de afirmación se suma una pregunta más a cada ítem.	Mide la sospecha de maltrato de forma rápida y directa. Escala diseñada por INPEA. (Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor)

Fuente: Elaboración propia.

Una vez confirmados los maltratos, la principal tarea del personal sanitario consiste en garantizar la seguridad de la víctima, que será diferente según su grado cognitivo y la gravedad de violencia recibida. En el caso de las personas incapacitadas, el protocolo propone documentar la enfermedad que ocasiona tal estado, y si el daño es grave se iniciar la solicitud de incapacitación legal o bien se comunica al Juzgado la necesidad de una hospitalización/ ingreso involuntario en residencia. Cuando la persona mayor sea competente e insista en seguir manteniendo

la relación con la persona agresora, este Protocolo plantea respetar su voluntad y sopesar que sea capaz de actuar en su propio interés y no por coacción o miedo a represalias y/o abandono.

Aunque las/os profesionales tienen la obligación legal de denunciar este tipo de violencia⁵, entienden que hay que trabajar con la paciente para que pueda decidir libremente qué es lo que más le conviene. Se le asesorará y educará informando sobre la reincidencia de los abusos y proporcionando información escrita de direcciones y teléfonos de contacto para situaciones de necesidad y se realizará un plan de seguridad. A este respecto, el protocolo toma una sensata distancia reflexiva con respecto al apoyo de las leyes, puesto que la denuncia no siempre resuelve el problema, y dirigir en exceso la violencia de género hacia el sistema judicial puede traer efectos contrarios a los que se pretende.

Siguiendo con la revisión, consideramos dos protocolos sanitarios más que, a diferencia del anterior, no son específicos para mujeres, teniendo estos por objeto la detección y actuación contra el maltrato hacia las personas mayores en general. El primero de estos protocolos, elaborado por Corral et al., (2009), es la “Guía Básica para la Detección y Actuación ante Situaciones de Maltrato a Personas Mayores”. La multidisciplinariedad en la elaboración de la Guía (Colegios Profesionales de Enfermería, de Médicos y la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León), no se refleja en el proceso de detección y actuación de los casos. Esta Guía fija una lista de “Recomendaciones Para el Profesional” como itinerario único de actuación ante la evidencia de maltrato; entre ellas encontramos: entrevistar en privado a la posible víctima para valorar la existencia de maltrato a través de la escala EASI (Índice de Sospecha de Malos Tratos a Personas Mayores) (Tabla 5), registrar la incidencia o lesiones en el Historial Clínico, o comunicar al Ministerio Fiscal o al Juzgado de Guardia los casos de sospecha de maltrato. Se presupone la colaboración con los demás agentes sociales, puesto que, entre las “Recomendaciones” también está informar a la persona mayor de las acciones a ejercer en el plano médico, judicial y social. A esta lista de recomendaciones acompaña otro documento con las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales y una serie de “sugerencias para romper las barreras de comunicación con la potencial víctima”, que no suponen más que un recordatorio de los compromisos médicos (confidencialidad, no prejuzgar, actitud tranquila y atenta, etc.). La ausencia de algoritmos decisionales que orienten la

⁵ Hay varias normativas en relación con el deber de comunicación al Juzgado: a) Art. 30.3 del Código de Deontología Médica; b) Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, o c) Art. 408 de la Ley Orgánica del Código Penal.

actuación, la insuficiencia de indicadores, escalas, factores de riesgo, y la absoluta falta de consenso con la persona maltrata, hacen de esta Guía un despropósito. No proporciona la información ni las herramientas necesarias para la detección y actuación pertinente de los maltratos, genera acciones incoherentes que invisibiliza y agrava casos no detectados, y pone en serio riesgo la vida de las personas mayores.

El último de los documentos elaborado por el Servicio Canario de Salud (2012) comprende un proceso diagnóstico multidimensional, interdisciplinario, integral y continuado, destinado a detectar y cuantificar las capacidades y problemas biológicos, psicológicos, funcionales y sociales de la persona mayor, para conseguir un plan racional y coordinado del tratamiento y recursos. La atención de esta “Guía de Actuación en las Personas Mayores en Atención Primaria” se centra en garantizar la salud de las personas mayores desde la prevención transversal, siendo los maltratos uno de las numerosas actividades preventivas que contiene, y en ningún momento punto central de la misma.

El proceso diagnóstico comienza por clasificar a las personas mayores dentro de un grupo de riesgo, o de no riesgo, a través de un algoritmo específicamente diseñado (Anexo VII). Si se cumplen dos o más criterios del algoritmo, se incluye a las personas mayores en el “Programa de Atención a las Personas Mayores”, programándoles una serie de consultas para una “Valoración Geriátrica Integral”, la cual consta de numerosas pruebas de valoración (hábitos dietéticos, actividad física, audición, visión, bucodental, funcional, mental, y riesgo social), y despistaje (hipertensión, dislipemias, diabetes, cáncer de endometrio, cérvix, mama, polimedicación, riesgo de caídas, incontinencia, deterioro cognitivo y depresión). Dentro de estas actividades preventivas se encuentra el “Despistaje de malos tratos”, que se realizará a toda persona mayor de 65 años que pertenezca a la población de riesgo de sufrir malos tratos, y/o se sospeche de la existencia de los mismos. Sin determinar los criterios o herramientas para acotar la sospecha o la población de riesgo se deriva a “La actuación en malos tratos” (Anexo VIII), que describe de forma esquemática, aislada e inconexa el proceso a seguir; sin aportar información al uso sobre maltratos, o en forma de resultados de las valoraciones o pruebas de despistaje anteriores, y si así fuera, en los resultados de las pruebas (algunas realmente interesantes para detectar y analizar los maltratos) no nombran ni derivan este Protocolo de actuación.

Para el despistaje de maltrato, este algoritmo indica la exploración física, pruebas complementarias y la valoración geriátrica, aunque se desconoce a través de

qué herramientas o escalas. Si la confirmación es positiva se deriva a la persona mayor a un “Plan de intervención socio-sanitario” que se desconoce por entero. Si ese Plan no da resultado se procede a tomar medidas drásticas, mediante la separación de la víctima de la persona responsable del maltrato, un cambio de cuidador/a, de domicilio o la institucionalización, además de realizar un parte de lesiones, acudir al Juzgado y aplicar un “Seguimiento socio-sanitario”, de nuevo omiso en la Guía, a todos los casos.

La incongruencia del Servicio Canario de Salud (2012) malogra la oportunidad de detectar transversal e integralmente los casos o sospechas de maltrato en personas mayores. Las numerosas pruebas de valoración y despistaje realizadas formarían un cuerpo ideal cuyos resultados podrían servir para ofrecer una valoración de la situación de la persona mayor, identificando una actuación acorde, personalizada y consensuada con la persona mayor y su realidad inmediata.

A pesar de la evidente prevalencia de maltrato, en España, existe una gran carencia de experiencias relacionadas con la intervención en maltratos a mayores. En la mayor parte de comunidades autónomas la detección del maltrato en el ámbito sanitario pasa por presuponer la formación del personal sanitario y basa la detección del mismo en la cumplimentación de un Parte⁶ que recoge únicamente lesiones físicas. Este parte es un documento complementario y meramente necesario para constatar las magulladuras momentáneas, pero que no atisba la compleja realidad de esta invisibilizada y extendida violencia. Es necesario, por tanto, hacer hincapié en la sensibilización y concienciación sobre los maltratos a mayores, especialmente en el caso de las mujeres, a través de la formación especialmente dirigida a profesionales sanitarios y sociales, con el objetivo de evitar y/o agravar los casos detectados o, como hemos visto con anterioridad, poner en riesgo la vida de la víctima por el simple desconocimiento de las dinámicas propias de este tipo de violencia.

⁶ “Parte de Lesiones e Informe Médico por supuestos casos de Violencia Doméstica, Malos Tratos a Menores, Personas Mayores y Agresiones Sexuales”.

8. Propuesta. “Protocolo sociosanitario de prevención, detección y actuación de maltrato hacia personas mayores”.

El maltrato hacia las personas mayores es una realidad universal, presente tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo, que afecta a un importante número de personas y que requiere una inmediata acción preventiva y una eficaz intervención desde todos los agentes sociales. Después de analizar y profundizar en el maltrato hacia las personas mayores, se considera la necesidad de idear un Protocolo que sirva para desentrañar esta realidad y permita su adecuada intervención y abordaje desde la atención sanitaria.

No se debe tratar el maltrato hacia personas mayores como una categoría homogénea, por ello, se contempla desde un principio el amplio abanico de situaciones, realidades y respuestas individuales que se esconden bajo este concepto. Este Protocolo se dirige a personas (mujeres y hombres) residentes en España, mayores de 65 años, con o sin dependencia (física, mental, intelectual o sensorial,) y que viven en un domicilio, solas o acompañadas (familiares, tutor/a, pareja, etc.), o internas permanente o temporalmente en una institución residencial o sanitaria (pública o privada). La coordinación multidisciplinar es una parte importante del Protocolo, no obstante, este está concebido para que, en un primer momento, la/el profesional sanitaria/o de atención primaria lo ponga en marcha desde el entorno de una consulta rutinaria en el centro de salud, servicio de urgencias, o en un desplazamiento por atención domiciliaria/ institución.

El maltrato hacia personas mayores está dentro del grupo de problemas interdependientes, puesto que no se trata de una situación que pueda abordarse en solitario, o desde una única disciplina. El carácter sociosanitario del Protocolo alude a la implementación desde el ámbito sanitario (atención primaria, pública o privada), y a la colaboración multidisciplinaria y multisectorial de diversos agentes sociales y profesionales (medicina de familia, enfermería, trabajo social, geriatría, psicología, abogacía, cuerpos de seguridad, etc.), fundamentales para una valoración y actuación eficiente, íntegra y personalizada.

El Protocolo se compone principalmente de tres niveles de actuación. El nivel primario tiene por objetivo la detección primaria de maltrato, previniendo o deteniendo la progresión de un posible maltrato cuando los síntomas y signos no son evidentes, pero existen en un estado subclínico. Las actuaciones desarrolladas en este nivel atienden a la Fase 0, y Fase I del Protocolo, que mediante herramientas de despistaje permiten reducir la prevalencia de maltrato a las personas mayores. El nivel

secundario aborda el diagnóstico del maltrato desde un modelo ecológico, que contempla el análisis de áreas individual, familiar (o relacional) y social (o comunitario); en esta Fase II del Protocolo la coordinación entre profesionales permite determinar el maltrato desde las singularidades que conforman la realidad de la víctima. Por último, el nivel terciario aborda la actuación, tratamiento y rehabilitación de las víctimas, evitando la progresión, agravamiento o reincidencia de maltrato. Esta Fase III pretende acompañar y consensuar con la persona mayor, en la medida de lo posible, el difícil proceso de finalizar la relación de violencia, sin perder de vista y respetando su decisión autónoma, y con el fin último de mejorar su calidad de vida.

Teniendo en cuenta la definición de maltrato dada en este documento y los tipos de maltrato recogidos anteriormente, a continuación, se desarrollan y describen las Fases del Protocolo que componen los niveles descritos, y que se representan esquemáticamente en el “Algoritmo Decisional” (Anexo IX). A partir del primer momento en que la persona mayor llega a consulta, o bien cuando la/el sanitaria/o se desplaza al domicilio o institución, el Protocolo debe ponerse en marcha, al menos la primera fase.

FASE 0. INDICADORES DE SOSPECHA

Esta fase, si la/el paciente es una persona mayor, siempre se aplica. De forma preventiva se deben atender los Indicadores de Sospecha descritos a continuación, con independencia del motivo de la consulta. Es interesante tener presente un perfil de las víctimas de maltrato (Tabla 8) con el fin de proporcionar una idea general sobre las características que la conforman. No obstante su descripción no debe considerarse como el único perfil, pero debe alertarnos si se cumple uno o más de los indicadores señalados, en una misma persona mayor.

TABLA 8. PERFIL DE LAS VICTIMAS DE MALTRATO.

Perfil de la víctima
<ul style="list-style-type: none">• Mujer, mayor de 75 años de edad.• Vive con la familia o pareja.• Ingresos inferiores a 6.000 euros al año.• Dependencia física, mental, intelectual o sensorial• Toma más de cuatro fármacos.• En el último año ha sido visitada por un/a médico/a, un/a enfermero/a o un/a trabajador/a social.

Determinados comportamientos o conductas de la persona mayor o de sus cuidadores/acompañantes en el domicilio o institución deben considerarse como posibles fuentes de maltrato. Un Indicador de Sospecha no puede convertirse en un definidor de maltrato, no obstante la presencia de alguno de estos Indicadores debe poner sobre aviso, y proseguir con la siguiente Fase I del Protocolo, con el fin de indagar y recabar más información que permita la intervención precoz.

Áreas de los Indicadores de Sospecha:

Área asistencial / Historial clínico

- Retraso/s entre lesiones o enfermedades y demanda de asistencia.
- Antecedentes de fracturas, lesiones, infecciones urinarias o episodios de insuficiencia cardíaca frecuentes.
- Omisión de gafas, audífono/s, aparato/s respiratorios o que faciliten la movilidad. “Propensión” a tener accidentes o caídas.
- Desconocimiento, no seguimiento o inadecuada pauta farmacológica.
- Sobredosis de psicofármacos.
- Uso frecuente de los servicios de urgencias.

Área de exploración física

- Cualquier lesión incompatible con el relato, o que no ha sido tratada correctamente.
- Deshidratación, desnutrición, desorientación, hipotermia.
- Quemaduras, contusiones, hematomas, fracturas, cortes, hematomas
- Úlceras por presión.
- Incontinencia de esfínteres.
- Alteraciones del sueño o del habla.
- Escasa higiene personal o del entorno, ropa inadecuada.
- Errores reiterados al dar la medicación. Sospecha de supra o inframedicación.
- Alopecia parcheada.
- Cambios inesperados del comportamiento.
- Hematomas en las mamas o áreas genitales.
- Infecciones genitales o de transmisión sexual inexplicables.
- Sangrados vaginales o anales inexplicables.
- Sangre o manchas en la ropa interior.

Área psicológica / emocional

- Confusión, temor, ansiedad, desorientación.
- Sobrecarga en tareas de cuidado y/o domésticas
- Deliberado aislamiento de sus relaciones sociales.
- Queja de que no cuentan con ella/él para tomar decisiones (ingreso en instituciones, rotación forzosa por domicilios, gestiones económicas, etc.)
- Vacilaciones para hablar abiertamente.
- Sentimiento de agotamiento o sobrecarga emocional.
- Confusión o desorientación.
- Cambio de carácter cuando está presente el posible responsable de los maltratos.
- Está sola/o en un hospital u otro centro sanitario.
- Está sola/o durante largo tiempo impedida/o en su domicilio.

Área de interacciones

Con respecto a la persona mayor:

- Resistencia al contacto físico o visual.
- No quiere responder cuando se le pregunta, o bien mira al cuidador/a/acompañante antes de responder.
- El /la acompañante o cuidador/a responde por la persona mayor constantemente.
- Su comportamiento cambia cuando el/la acompañante o cuidador/a entra o sale de la habitación.
- Manifiesta sentimientos de soledad, tristeza, baja autoestima, miedo o ira.
- Se refiere a el/la cuidador/a como una persona “con genio” o que frecuentemente está “enfadada”.

Entre persona mayor y cuidador/a/acompañante:

- Relatos de historias incongruentes, contradictorias o extrañas acerca de cómo ha ocurrido un determinado hecho.
- Relación indiferente o conflictiva, con frecuentes discusiones, insultos, trato infantil o vejatorio.
- El/la acompañante o cuidador/a se muestra hostil, enfadado/a o impaciente durante la visita, y la persona mayor está agitada o demasiado pasiva en su presencia.

FASE I. DESPISTAJE

Una vez evidenciadas las señales de un posible maltrato se debe confirmar la sospecha mediante una entrevista breve, a solas con la persona mayor, en la que se aplicará la escala EASI (Índice de Sospecha de Malos Tratos a Personas Mayores), descrita en el Anexo VI. Si la persona mayor no es capaz de tomar decisiones por sí misma sobre su futuro (persona no competente), por incapacidad judicial, dependencia física, mental, sensorial o intelectual, se pasará, sin necesidad de entrevistarla, a la Fase II del Protocolo. En desconocimiento del responsable del maltrato y del riesgo real del maltrato, se actúa de modo preventivo, salvaguardando ante todo la seguridad de la persona mayor, como se indica en el “Algoritmo Decisional” (Anexo IX).

Una o varias respuestas afirmativas a alguna de las preguntas implicaría la puesta en marcha de la Fase II, no obstante, si la persona mayor, o la/el sanitaria/o, teme por su vida o seguridad, se seguirá la actuación indicada en el “Algoritmo Decisional” (Anexo IX). Si todas las respuestas son negativas, no se descarta la sospecha de maltrato totalmente, puesto que los Indicadores de Sospecha alertan de esa posibilidad. En este caso se recogerá en el Historial Clínico de la/el paciente, y se pondrá en conocimiento de la/el trabajador/a social del centro, con el objetivo de

conocer con más detalle el entorno de la persona mayor y ofrecer recursos apropiados a su situación evitando, entre otras, conductas negligentes por parte de el /la cuidador/a (formal o informal), debido a desinformación o sobrecarga de cuidados.

FASE II. DIAGNÓSTICO

Es fundamental para una valoración completa de la persona mayor la colaboración entre profesionales en un equipo multidisciplinar, para así cotejar la información y sopesar, junto a la víctima, las medidas más idóneas para cada caso. En esta Fase se llevará a cabo una exploración física, psicológica, funcional y social exhaustiva, a través de los siguientes cuestionarios y herramientas:

- Examen físico (medica/o de familia): realización de pruebas complementarias, confirmatorias o de despistaje que cuantifiquen las lesiones y descarten el origen accidental. Pueden ser exámenes de laboratorio, pruebas de imagen o anatomías patológicas.
- Examen funcional (geriatra): Índice de Barthel (Anexo I), e Índice de Lawton (Anexo II).
- Examen psicológico (psicóloga/o): Escala Pfeiffer (Anexo III), y Escala Yesavage (Anexo IV).
- Valoración social (trabajador/a social): elaboración del Informe Social.

Obtenidos los resultados de las pruebas, e identificado definitivamente el problema de maltrato, se pasará a la Fase III. Si las pruebas de esta Fase no confirmen una situación de maltrato clara, se procederá a registrarlo en el Historial Clínico de la persona mayor, haciendo un seguimiento coordinado con los demás profesionales implicados del caso, y poniéndolo en conocimiento de el/la trabajador/a social del centro o responsables de la institución.

FASE III. ACTUACIÓN

Las actuaciones aquí recogidas prestan a la víctima una protección integral, sanitaria, jurídica y social, dirigidas a detener la progresión, agravamiento o reincidencia del maltrato. Como en las demás fases, el Protocolo concibe en todo momento el posible riesgo que corre la vida de la víctima, por ello esta Fase se divide en dos líneas de actuación: A y B, que responden, según la gravedad del caso, a la violencia ejercida contra la persona mayor.

- *Línea A: (Urgente): Aborda el maltrato que amenaza de forma inmediata la vida de la persona mayor.*

Si la vida de la víctima peligra en cualquier momento del Protocolo, el Algoritmo Decisional indica la derivación hasta esta línea de actuación, con el fin de garantizar

la seguridad de la persona mayor en la mayor brevedad posible. En los casos de urgencia, independientemente de que la persona mayor sea competente o no, se debe notificar al Juzgado la hospitalización o ingreso en residencia de la persona de forma involuntaria. Este proceso es inmediato y capacita plenamente a las/los profesionales sanitarios para autorizarlo, pues así queda recogido en Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En el caso de las personas no competentes (dependencia física, mental, intelectual o sensorial, y demencias avanzadas), se debe confirmar y documentar la enfermedad que las ocasiona, en caso de no estarlo, y una vez diagnosticadas se adoptarán las medidas necesarias para separar a la víctima del agresor/a. En primer lugar se debe hablar con la/el representante legal y que sea esta/e quien denuncie; si el responsable del maltrato es la/el tutor/a, las/los profesionales sanitarios y/o trabajadores/as sociales están obligados a ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal, mediante denuncia formalizada en el Juzgado, Fiscalía o dependencias de la Policía o Guardia Civil. En este caso, además de la denuncia, se iniciará la solicitud de incapacitación legal de la persona mayor, recogido en el Art. 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, con el objetivo de proteger a la persona mayor y sus bienes de los agresores. En este procedimiento, la autoridad Judicial, mediante sentencia, otorga la tutela de la persona mayor a una persona o entidad⁷ que proteja y defienda sus derechos.

- *Línea B: (no urgente): Aborda el maltrato que puede poner en peligro la vida de la persona mayor.*

Si la persona mayor es competente se debe convencer para que denuncie, junto a otros profesionales (trabajador/a social, guardia civil, educador/a social, entidades, ongs, etc), y se le facilitará y acompañará en los trámites pertinentes. No obstante, si insiste en seguir manteniendo la relación con la persona agresora, se debe respetar su voluntad y sopesar que es capaz de actuar por propio interés y no por coacción o miedo a represalias o abandono. Es necesario, en estos casos, derivarlos a las/los demás profesionales, para trabajar que el /la paciente pueda decidir libremente qué es lo que más le conviene. Se le asesorará y educará informando sobre la reincidencia de los maltratos, proporcionándole información escrita de recursos disponibles, direcciones y teléfonos de contacto para situaciones de maltrato y realizará además, un plan de seguimiento en colaboración con profesionales informados del caso.

⁷ Letrado Defensor del Anciano es el organismo administrativo que asume la competencia tutelar de las personas mayores incapacitadas en el Principado de Asturias. Ley 7/1991 de 5 de abril de Asistencia y Protección al anciano.

Evaluación del Protocolo.

Una vez implementado este Protocolo ofrece ante los casos de maltratos, una protección consensuada con la víctima, integral, sanitaria, jurídica y social. De igual forma se previenen y detectan los posibles casos antes de que se produzcan, reduciendo la prevalencia de maltratos y mejorando, en cualquiera de los casos, la calidad de vida de las personas mayores. No obstante, para una adecuada evaluación del Protocolo sería recomendable implantar un registro informatizado, en el que se identificasen las actuaciones u observaciones de los/las profesionales participantes en el caso, y se anotasen los casos nuevos, denunciados o en proceso de denuncia, en seguimiento o reincidentes. Este registro sería compartido por los profesionales implicados (servicios sociales, juzgados, cuerpos de seguridad o entidades competentes) y mostraría de forma cuantitativa y cualitativa la calidad del servicio, dando además la oportunidad de introducir cambios o modificaciones que mejorasen el Protocolo.

9. Conclusiones

El maltrato hacia las personas mayores, especialmente en mujeres, se presenta como un problema de enorme invisibilidad, a pesar de las evidencias cuantitativas (sobreenvejecimiento de la población), sociales (fenómeno que afecta a largo o corto plazo a la sociedad en su conjunto) y políticas (limita el Estado de Bienestar e implica nuevos compromisos de atención y de protección social) referidas a lo largo de la investigación. Sería una grave ironía que el extraordinario incremento de la esperanza de vida que se ha conseguido en el pasado siglo, simplemente nos aportara para éste una amplia cohorte de gente desprotegida y vulnerable frente al maltrato.

No solo desde el marco socio-sanitario se deben considerar los maltratos hacia personas mayores. Todas las personas o profesionales comprometidas con los Derechos Humanos y la Igualdad entre hombres y mujeres, son corresponsables de las dinámicas que afectan a las personas mayores. La autonomía, la autodeterminación y el respeto por la libertad individual, son bases de la convivencia social. La enfermedad o la situación de dependencia no tienen que suponer la renuncia a derechos básicos, como la información, el respeto, la igualdad o la intimidad. Para ello es necesario establecer un modelo compartido de toma de decisiones y una relación interpersonal sin coacción, ni paternalismos, donde la información, las dudas, y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana sean prevalentes. El respeto a los derechos de las personas mayores es condición *sine qua non* realizar cualquier acercamiento a su cuidado y asistencia. El objetivo está en compatibilizar este respeto con la seguridad del anciano. La toma de decisiones en temas tan complejos como el maltrato, con evidentes connotaciones éticas, debe apoyarse no sólo en conocimientos de varias disciplinas, sino también en una metodología que evalúe tanto el cumplimiento o no de los principios éticos como las consecuencias de seguir un determinado curso de acción u otro.

El maltrato a las personas mayores es un problema básicamente social, en este sentido, se precisan decisiones que promuevan intervenciones específicas dirigidas a su prevención. Las recomendaciones de acción futuras para la prevención del maltrato hacia las personas mayores que se contemplan son numerosas. En este sentido, y atendiendo a los diferentes niveles de actuación propuestos, pensamos que las acciones deberían ir dirigidas y encaminadas fundamentalmente hacia:

a) *Nivel primario: Promoción de buen trato a personas mayores.*

Se pretende incidir sobre las causas sociales y culturales del problema de la violencia, mediante acciones orientadas al respeto, la igualdad, la tolerancia y la no violencia.

- Campañas de sensibilización (publicidad, talleres, seminarios, dinámicas, etc.) orientadas a la población en general y basadas en la promoción de valores positivos y activos hacia los mayores. Informando sobre lo que supone el proceso de envejecimiento para mujeres y hombres a nivel social, económico y personal.
- Programas formativos y educativos que empoderen a las mujeres mayores, formándolas desde su autonomía personal respecto al maltrato y sus dinámicas diferenciadoras a lo largo de la vida.
- Formación continuada y adaptada de los/las profesionales relacionados con las personas mayores (promoción de la salud integral, habilidades y técnicas de comunicación con pacientes y asociaciones, actividades de educación para la salud, diferencias de género, etc.).

b) *Nivel secundario: Desarrollo de acciones preventivas centradas en factores de riesgo específicos.*

- Necesidad de protocolos o programas de intervención coordinados y multidisciplinarios, comunes para todas las comunidades autónomas. Estas acciones deben abordar las realidades y efectos diferenciales que el género ocasiona, y establecer registros informatizados que permitan su evaluación. Estos datos a su vez generarán información valiosa para nuevos estudios o investigaciones, con el fin de mejorar la atención a las personas mayores y formar al personal sanitario y social en necesidades emergentes.
- Establecer mecanismos de coordinación con todas las instituciones relacionadas con las personas mayores (Instituto de la Mujer, educación, justicia, servicios sociales municipales, asociaciones, IMSERSO, etc.), que sirvan para la inclusión, implementación y evaluación de nuevas acciones y recursos específicos dirigidos a personas mayores.
- Promoción de grupos asociativos y comunitarios que promuevan la solidaridad intergeneracional y generen líneas de colaboración e implicación ciudadana con otras entidades o asociaciones vinculadas.

c) *Nivel terciario: Actividades dirigidas una vez producido el maltrato.*

- Promover la investigación de calidad. Es absolutamente necesaria una perspectiva cultural y de género para comprender en su totalidad el fenómeno

de maltrato hacia personas mayores. Resulta fundamental promover, diseñar y aplicar estudios e investigaciones de carácter epidemiológico coherentes y comunes entre sí en cuanto a definiciones, instrumentos y conceptos. Estos preceptos homogenizan y dan una visión completa del problema, aseguran la rigurosidad y consistencia de los resultados.

Las oportunidades que plantean estas líneas de futuro son un campo abierto con infinidad de posibilidades investigadoras, de acción, intervención y participación. No solo en lo concerniente a la prevención del maltrato, sino en la promoción de las propias personas mayores a título individual, haciéndoles partícipes y protagonistas de los cambios que desean. No obstante, el porvenir del campo investigador es igual de expectante; se debe especializar y complejizar, para atender de manera más íntegra y eficiente las diferentes situaciones y realidades que componen el maltrato a las personas mayores. Todas estas acciones futuras van encaminadas a detectar, y poner nombre a los procesos de subordinación que se dan en las relaciones violentas y discriminatorias. Manifestando, asimismo, la imperiosa necesidad de un cambio social real y efectivo, que no consienta dinámicas vejatorias, y atienda y promueva la igualdad en todas las etapas y ámbitos de la vida de las mujeres.

10. Referencias

- Acierno, R., Hernandez, M.A., Amstadter, A.B., Resnick, H.S., Steve, K. y Muzzy, W. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100(2), 292–7. Disponible en <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/226456.pdf>. Consultado el 10 de febrero de 2014.
- Álvarez, M.C., Suárez, A. y de la Riva, G. (2011). Prevalencia de sospecha de maltrato en los pacientes mayores de 65 años que acuden a un servicio de urgencias hospitalario. *Revista Científica de Enfermería Hygia*, 77, 5-12. Disponible en <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia77.pdf>. Consultado el 2 de marzo de 2014.
- Arber, S. y Ginn, J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid: Narcea.
- Baker, A.A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5, 20–24.
- Barba, J.M., Ferrer, V., Gea, A., Guillen, R.M., López, C. y Tourné, M. (2009). *Protocolo regional prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años*. Murcia: Instituto de la Mujer. Disponible en http://violenciadegenero.carm.es/documentacion/publicaciones/Documentacion/protocolo_actuacion_proteccion_victimas.pdf. Consultado el 18 de febrero de 2014.
- Bazo, M.T. (2001). Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(1), 8-14. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/sumario/vol-36-num-1-12001507>. Consultado el 28 de febrero de 2014.
- Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Bover, A., Moreno, M.L., Mota, S. y Taltavull, J.M. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Revista Atención Primaria*, 32(9), 541-51. Disponible en <http://apps.elsevier.es/27v32n09a13054669pdf001.pdf>. Consultado el 1 de febrero de 2014.

- Brown, H. (1999). *Population, disabled persons and disabilities reported and prevalence of disability by age and sex. Daphne Programme*. Bolonia. Disponible en http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/html/booklets/dpt_booklets_en.html. Consultado el 4 de febrero de 2014
- Butler, R. N. (1980). Ageism: A Foreword. *Journal of Social Issues*, 36, 8–11.
- Comijs, H.C., Pot, A.M., Smit, J.H. y Jonker, C. (1998). Elder abuse in the Community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 885-888. Disponible en <http://www.preventelderabuse.org/library>. Consultado el 14 de febrero de 2014.
- Crespo, M. y López, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Perfiles y Tendencias, Boletín sobre envejecimiento, 35. Madrid: IMSERSO. Disponible en <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletino pm35.pdf>. Consultado el 14 de febrero de 2014.
- Corral, I.M., González, N., Lorente, E., Muñoz, M.T., García, M.C. y Baena, C. (2009). *Guía Básica para la Detección y Actuación ante Situaciones de Maltrato a Personas Mayores*. Junta de Castilla y León: Gerencia de Servicios Sociales. Disponible en <http://www.jcyl.es/jcyl/Malos%20tratos.%20Guma.pdf?blobhead=r=application%2Fpdf>. Consultado el 17 de febrero de 2014.
- Declaración Institucional sobre el Cambio Demográfico. (2014). *II Encuentro Interterritorial por el Cambio Demográfico*. Zaragoza. Disponible en <http://www.comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es>. Consultado el 18 de febrero de 2014.
- Domingo, A. (1995). *Ética y ancianidad: entre la tutela y el respeto*. Madrid: UPCO.
- Eurostat. (2013). *Tendencias demográficas en las regiones de la Unión Europea. Datos de Febrero 2013*. Disponible en http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/es. Consultado el 20 de enero de 2014.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F.J. y Paz, D. (2003). *Prevalencia en Asturias del Maltrato de Pareja contra las Mujeres. Encuesta*

Asturiana sobre Violencia Doméstica. Universidad de Oviedo: Departamento de Psicología.

Furniss, F. (2001). *Recognition, Prevention and Treatment of Abuse of Older Women. Daphne Programme. Final Report*. Leicester: Centre for Applied Psychology. Disponible en http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/files_projects/2000_125/summary_2000_125.pdf. Consultado el 10 de febrero de 2014.

Görge, T., Herbst, M. y Rabold, S. (2010). The abuse and neglect of the elderly in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197. Disponible en <http://zl.elsevier.es>. Consultado el 25 de febrero de 2014

Gorman, M. y Petersen, T. (1999). *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. Londres: HelpAge International.

Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S., Juvinyá, D., Vilá, A. y Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and Risk Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in People Aged 75 and Older. *Journal of American Geriatrics Society*, 57, 815-822. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Consultado el 10 de febrero de 2014.

Garreta, M.L. (2008). *V Jornadas Malos Tratos a Mayores: Observa y Actúa*. Madrid. Disponible en <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Publicaciones/Ficheros/Libro%20Jornadas%202008/2%20Ponencias.pdf>. Consultado el 5 de marzo de 2014.

Heath, W. y Winther, P.(1994). *Condición de las Mujeres de Edad en Europa*. Dinamarca. Disponible en http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/soci/w9/default_es.htm. Consultado el 23 de enero de 2014.

Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Barcelona: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp. Consultado el 27 de febrero de 2014.

Instituto de la Mujer e IMSERSO. (2011). *Informe sobre las mujeres mayores en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/mujeres.pdf>. Consultado el 6 de febrero de 2014.

- Julve, M. (2006). Dependencia y cuidado. Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. *Revista Acciones e Investigaciones Sociales*, 1(1), 1-20.
- Kane, J. (1997). *Violence against vulnerable groups. Daphne Programme*. Bruselas. Disponible en http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/html/booklets/dpt_booklets_en.html. Consultado el 3 de febrero de 2014.
- Kessel, H., Marín, N, y Maturana, N. (1996). Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 31, 367-372. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/almeria-declaracion-01.pdf>. Consultado el 4 de diciembre de 2013.
- Kivelä, S.L., Kongas-Saviaro, P., Kesti, E., Pahkala, K. y Ijas, M.L.(1992). Abuse in Old Age: Epidemiological Data From Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4 (3), 1-18. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp. Consultado el 23 de febrero de 2014.
- Krug, E., Dahlberg, I., Mercy, J., Zwi, A. y Rafael, L (eds.). (2003). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization.Géneva. Disponible en <http://www.who.int/es>. Consultado el 17 de enero de 2014.
- Kurrle, S.E., Sadler, P.M. y Cameron, I.D. (1992).Patterns of Elder Abuse. *Medical Journal of Australia*, 157, 673-676. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp. Consultado el 20 de febrero de 2014.
- Lagarde, M. (2005). *Enemistad y sororidad: Hacia una nueva cultura feminista*. Madrid: E-Mujeres. Disponible en <http://e-mujeres.net/sites/default/files/Enemistad%20y%20sororidad.pdf>. Consultado el 6 de marzo de 2014.
- Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winteerstein, T. y Enosh, G.(2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon?.Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21 (3), 253-77. Disponible en <http://www.preventelderabuse.org/library>. Consultado el 14 de febrero de 2014.
- Luoma, M.L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., Reingarde, J., Tamutiene, I., Ferreira-Alves, J., Santos, A.J. y Penhale, B. (2011). *Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multicultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and*

Portugal. *European Report of Daphne AVOW Project*. Finland: National Institute for Health and Welfare. Disponible en http://www.inpea.net/images/AVOW-Portugal-Survey_2010.pdf Consultado el 17 de enero de 2014.

Margolles, M. y Donate, I. (2013). *III Encuesta de Salud para Asturias*. Oviedo: Dirección General de Salud Pública. Disponible en http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/CC_AA/Informe_Asturias.pdf. Consultado el 3 de febrero de 2014.

Moya, A. y Barbero, J. (2003). Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 38(2),177-185. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/sumario/vol-38-num-03-13002242>. Consultado el 9 de febrero de 2014.

- (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: IMSERSO. Disponible en http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/colecciones/coleccion_manuales_guias/manuales_guias_serie_personas_mayores/IM_032231. Consultado el 20 de febrero de 2014.

National Center on Elder Abuse (NCEA). (2011). *The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report*. California: Center of Excellence on Elder Abuse and Neglect. Disponible en http://www.centeronelderabuse.org/docs/ea_stats_fact_sheet_2011.pdf. Consultado el 1 de marzo de 2014.

Naughton, J., Drennan, M.P., Treacy, A., Lafferty, I., Lyons, A., Phelan, S., Quin, A. y O'Loughlin, L. (2010). *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 (NCPOP). Disponible en <http://www.ncpop.ie/userfiles/file/Prevalence%20study%20summary%20report.pdf>. Consultado el 10 de febrero de 2014.

Observatorio Estatal de Violencia Sobre la Mujer. (2012). *Macroencuesta de violencia de género*. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Disponible en http://www.observatoriovioencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf. Consultado el 11 de marzo de 2014.

- Oh, J., Hesook, S., Martins, K. y Heegul, D. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 203-214. Disponible en <http://zl.elsevier.es>. Consultado el 6 de febrero de 2014.
- O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., Mcreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., Tinker, A., Manthorpe, J., Biggs, S. y Erens, B. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence survey report*. Londres: National Centre for Social Research. Disponible en http://www.inpea.net/images/UK_Study_Abuse_Neglect_2007.pdf. Consultado el 17 de febrero de 2014.
- Organización de las Naciones Unidas (OMS). (2002). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Nueva York. Disponible en <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/documents.shtml>. Consultado el 14 de enero de 2014.
- (2002a). *Envejecimiento Activo, un marco político*. Ginebra. Disponible en <https://www.unav.es/cdb/ammginebra1.html>. Consultado el 20 de enero de 2014.
 - (2003). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Washintong. Disponible en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf. Consultado el 29 de enero de 2014.
- OMS e INPEA. (2002). *The Toronto declaration for the global prevention of elder abuse*. Ontario. Disponible en www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf. Consultado el 7 de enero de 2014.
- (2002a). *Missing voices. Views of Older Persons on Elder Abuse*. Ginebra. Disponible en http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/missing_voices/en/index.html. Consultado el 21 de enero de 2014.
- Owen, M. (1996). *A world of widows*. Londres: Zed Books
- Pérez-Cárceles, M.D., Rubio, L., Pereñíguez, J.E., Pérez-Flores, D., Osuna, E. y Luna, A. (2008). Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 132-137. Disponible en <http://www.inpea.net>. Consultado el 17 de febrero de 2014.
- Pérez, G. (2013). Marco Conceptual de los Malos Tratos hacia las Personas Mayores. *Revista de Ciencias Sociales Sociedad y Utopía*, 41, 127-167. Disponible en

<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/maltratoperezrojo.pdf>.

Consultado el 25 de febrero de 2014.

Pérez, L. (2004). *Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Disponible en <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm25.pdf>. Consultado el 7 de febrero de 2014.

- (2007). *Las abuelas como recursos de conciliación entre la vida familiar y laboral. Presente y futuro*. Madrid: Instituto de la Mujer. Disponible en www.infogerontologia.com/documents/gerontologia/estudio_abuelas.pdf. Consultado el 3 de febrero de 2014.

Pérez-Rojo, G., Izal, M. y Montorio, I. (2008). Factores de riesgo de malos tratos y/o negligencia hacia personas mayores dependientes en el ámbito familiar. Estudio exploratorio. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 5, 79-94. Disponible en <http://zl.elsevier.es>. Consultado el 25 de febrero de 2014.

Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1988). The Prevalence of Elder Abuse: a Random Sample Survey. *The Gerontologist*, 28(1), 51-57. Disponible en <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/28/1/51>. Consultado el 17 de febrero de 2014.

Podnieks, E., Pillemer, K., Nicholson, J., Shillington, T. y Frizzel, A.F. (1989). *A National Survey on Abuse of the Elderly: Preliminary Findings*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Consultado el 25 de febrero de 2014.

Risco, C., Paniagua, M.C., Jiménez, G., Poblador, M.D., Molina, L. y Buitrago, F. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de malos tratos en la población anciana. *Revista Medicina clínica*, 125(2), 51-55. Disponible en <http://zl.elsevier.es>. Consultado el 6 de febrero de 2014.

Sánchez, C. (2013). Programa Daphne Stop VI.E.W. Contra la violencia hacia las mujeres mayores. *Revista de Investigaciones en Intervención Social Trabajo Social Global*, 3(5), 92-105. Disponible en <http://unaf.org/wp-content/uploads/2014/01/Art%C3%ADculo-Revista-Trabajo-Social.pdf>. Consultado el 19 de enero de 2014.

- Sancho, M., Pérez, G., Barrio, E., Yanguas, J., Fernández, M.I. (2011). *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Bilbao: Gobierno Vasco. Disponible en <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>. Consultado el 25 de febrero de 2014.
- Servicio Canario de Salud. (2012). *Guía de actuación en las Personas Mayores en Atención Primaria*. Gobierno de Canarias. Disponible en http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/GUIA_PERSONAS_MAYORES.pdf. Consultado el 20 de febrero de 2014.
- Soares, J., Barros, H., Torres-González, F., Ioannidi-Kapolou, E., Lamura, G., Melchiorre, G. y Mindaugas, S. (2010). *Abuse and health in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences. Disponible en <http://hig.se/download/18.3984f2ed12e6a7b4c3580003555/1353629590366/ABUEL.pdf>. Consultado el 3 de febrero de 2014.
- Tabueña, M. (2009). *Los malos tratos a las personas mayores*. Cataluña: Obra Social La Caixa. Disponible en <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/31001malostratos.pdf>. Consultado el 11 de febrero de 2014.
- Tang, C.S. y Yan, E.(2001). Prevalence and Psychological Impact of Chinese Elder Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(11), 1.158-1.174. Disponible en <http://www.preventelderabuse.org/library>. Consultado el 14 de febrero de 2014.
- Velasco, S. (2009). *Sexos, Género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Ediciones Minerva. Disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/almeria-declaracion-01.pdf>. Consultado el 4 de diciembre de 2013.
- Wetzels, P. y Greve, W. (1996). Older People as Victims of Family Violence. *Zeitschrift für Gerontologie and Geriatrie*, 29, 191-200. Disponible en <http://www.inpea.net>. Consultado el 17 de febrero de 2014.

ANEXO I. ÍNDICE DE BARTHEL. Barba et al., (2009)

Comer

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

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

0 -Dependiente. Necesita ser alimentada por otra persona.

Lavarse (bañarse)

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

0 -Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

Vestirse

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

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

0 -Dependiente.

Arreglarse

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

0 -Dependiente. Necesita alguna ayuda.

Deposición

10 -Continente. Ningún episodio de incontinencia.

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

0 -Incontinente.

Micción (valorar la situación de la semana anterior)

10 -Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo/a.

5 -Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar en la manipulación de sondas u otros dispositivos.

0 -Incontinente.

Ir al retrete

10 -Independiente. Entra y sale sola, y no necesita ningún tipo de ayuda por otra parte de otra persona.

5 -Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sola.

0 -Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda.

Traslado al sillón/cama

15 -Independiente. No precisa ayuda.

10 -Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.

5 -Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.

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

Deambulaci3n

15 -Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisi3n de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bast3n, muleta), excepto andador. Si utiliza pr3tesis, debe ser capaz de pon3rsela y quit3rsela solo/a.

10 -Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequea ayuda f3sica por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.

5 -Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda ni supervisi3n.

0 -Dependiente.

Subir y bajar escaleras

10 -Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisi3n de otra persona.

5 -Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisi3n.

0 -Dependiente. Incapaz de salvar escalones.

ANEXO II. INDICE DE LAWTON. Barba et al., (2009)

Capacidad para usar el teléfono

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

Ir de compras

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

Preparación de la comida

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

Cuidar la casa

- 1 Cuida la casa sin ayuda o ésta es solo ocasional.
- 1 Realiza tareas domésticas ligeras.
- 1 Realiza tareas domésticas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable.
- 0 Necesita ayuda con todas las tareas de casa
- 0 No participa en tarea doméstica alguna.

Lavado de la ropa

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

Medio de transporte

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

Responsabilidad sobre la medicación

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

Capacidad para utilizar el dinero

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

ANEXO III. ESCALA PFEIFFER. Barba et al., (2009)

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

Interpretación

0-2 errores: funcionamiento intelectual normal

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

8-10 errores: déficit intelectual severo.

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

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

ANEXO IV. INDICE YESAVAGE. Barba et al., (2009)

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

RESULTADOS:

0 – 5 = NORMAL

6 – 9 = PROBABLE DEPRESION

> 9 = DEPRESION ESTABLECIDA

ANEXO V. ESCALA GIJÓN. Barba et al., (2009)

A- Situación Familiar

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

B- Situación económica

1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.
2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive.
3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.
4. L.I.S.M.I. – F.A.S. – Pensión no contributiva.
5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.
(El cálculo individual de los ingresos, en el caso de matrimonios o parejas, se ambos, más 1/3 del SMI, dividiendo el resultado entre 2)

C- Vivienda

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

D- Relaciones Sociales

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

E- Apoyo a la Red Social

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

Interpretación

PUNTUACIÓN:

De 5-9: Buena – aceptable situación social

De 10-14: Existe riesgo social

Más de 15: Problema social

ANEXO VI. ESCALA EASI. Corral et al., (2009)

Pautas de utilización:

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

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

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

Sí No No contesta

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

Sí No No contesta

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

Sí No No contesta

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

Sí No No contesta

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

Sí No No contesta

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

Sí No No contesta

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

Sí No No contesta

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

Sí No No contesta

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

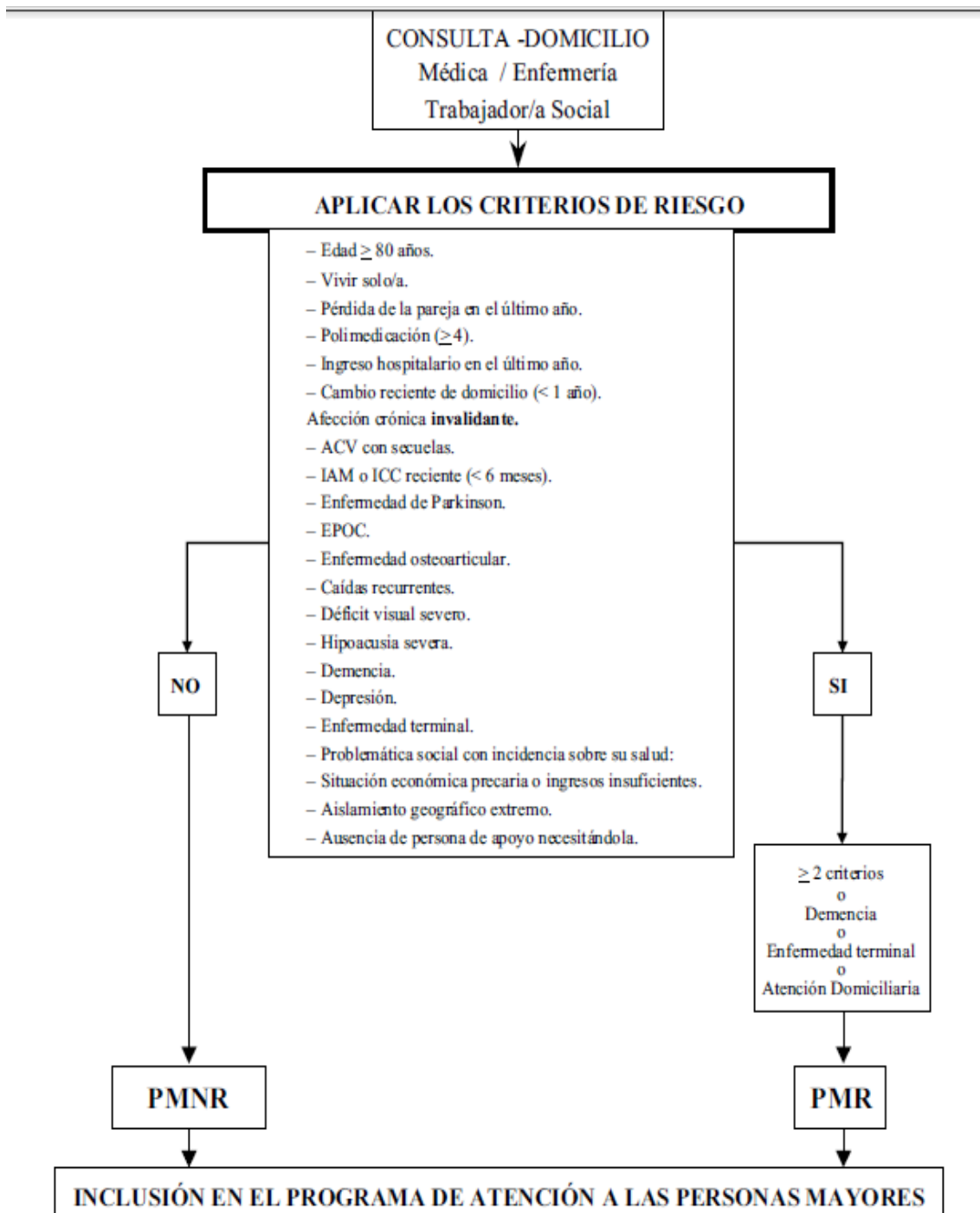
Sí No No contesta

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

Sí No No contesta

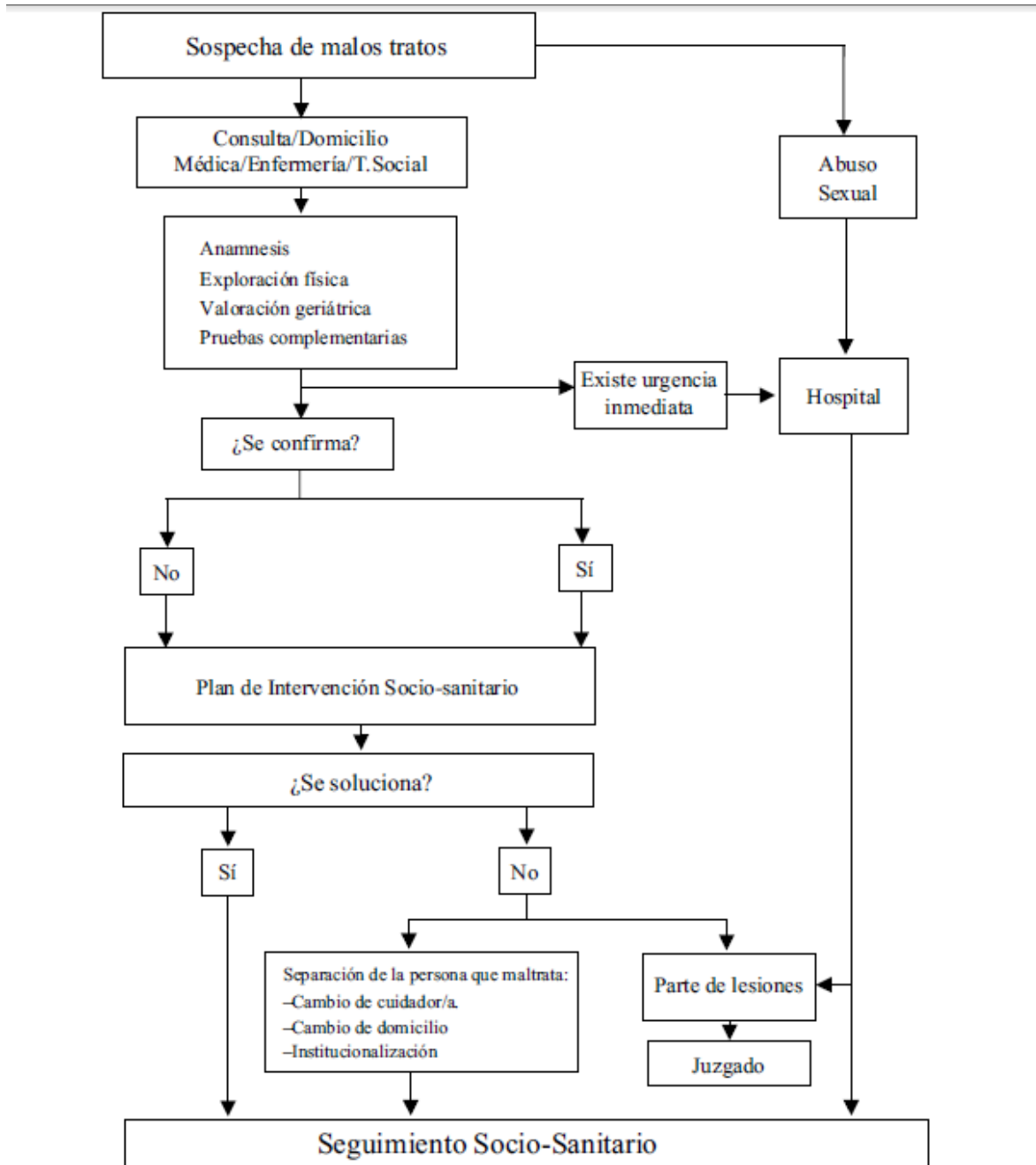
ANEXO VII. ALGORITMO “CAPTACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES”.

Servicio Canario de Salud (2012)



ANEXO VIII. ALGORITMO “LA ACTUACIÓN EN MALOS TRATOS”.

Servicio Canario de Salud (2012)



ANEXO IX. "PROTOCOLO SOCIOSANITARIO DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACIÓN DE MALTRATO HACIA PERSONAS MAYORES".

ALGORITMO DECISIONAL.

