

# **“EL MALTRATO EN LA VEJEZ”**

## **PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVO Y PREVENTIVO.**

**Autora:** Valeria González García.

**Tutor académico:** Prof. Sara Darias-Curvo.

### **GRADO EN ENFERMERÍA**

Facultad de Ciencias de la Salud-Sección Enfermería- Sede  
Tenerife.

Universidad de La Laguna.

JUNIO 2024.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** España ha sido siempre envidiada por otras naciones por la longevidad de sus habitantes, aun así no garantiza todavía la mejor vivencia de la vejez a sus mayores que son vulnerables al maltrato. Los malos tratos en las personas mayores (MTPM), no presentan la visibilidad que si obtiene el maltrato infantil o animal. Quizás esto se debe al perfil de la víctima, indefensa y desconocedora sobre la discriminación que recibe. O porque son muchos los sectores que forman parte del problema: la familia, la comunidad y las instituciones. Gran parte de malos tratos que reciben los mayores proceden de los familiares encargados de su cuidado, la sociedad mantiene una imagen despectiva en torno a la vejez y las instituciones son cómplices del maltrato.

**OBJETIVOS:** Este asunto necesita ser abordado desde todos los ámbitos para contrarrestar todos los abusos que recibe el grupo etario. Los objetivos son visibilizar el maltrato en la vejez, formar sobre el mismo y prevenirlo.

**METODOLOGÍA:** Por medio de un estudio de carácter observacional, descriptivo, transversal y conjuntamente un proyecto de intervención educativo dirigido a sanitarios de AP, cuidadores informales, personas mayores, autoridades municipales. Antes de intervenir se pedirá el permiso de la GAP y al Comité de Ética.

Se espera el desconocimiento de los sanitarios y personas mayores, la falta de recursos y políticas de prevención por las autoridades municipales y la poca capacitación por los cuidadores en cuanto al cuidado de los mayores.

**Palabras clave:** envejecimiento, vejez, anciano, abuso, maltrato, atención primaria, violencia.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Spain has always been the envy of other countries due to its residents' longevity, nevertheless it does not guarantee the best experience of old age yet. Spanish elders are vulnerable to abuse. The abuse in the elderly is not as visible as the animal or child abuse. Perhaps it has to do more with the victims' profile, defenseless and unaware about the discrimination that they receive. Or maybe it is just a matter of the many groups that create the problem: families, community and institutions. A huge part of the abuse that old people receive comes from their family, the one who is in charge of their care, the society whose old age's image is contemptuous and the institutions who are accomplices.

**OBJECTIVES:** This issue needs to be addressed from all of the fields in order to counteract all of the abuses that elderly people receive. The goals are to raise awareness of the abuse in the old, educate about this abuse and prevent it.

**METHODOLOGY:** This is an observational, descriptive and a cross section study, along with an educational intervention project aimed at healthcare workers, caregivers, town leaders and the elderly. In order to begin the intervention, it will be necessary to ask for permission to the GAP and the Ethics Committee.

It is expected to have these results: the lack of awareness from the healthcare workers and old people, the lack of resources and protective politics from the institutions and the little personnel training of the caregivers.

**KEW WORDS:** aging, aged, elder abuse, violence.

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>  | <b>1</b>  |
| La vejez.....   | 1         |
| El concepto de la vejez a lo largo de la historia.....                          | 2         |
| Cambios biológicos.....   | 4         |
| Cambios psíquicos.....  | 5         |
| Cambios sociales.....   | 5         |
| El envejecimiento poblacional.....  | 6         |
| El maltrato en la vejez.....  | 7         |
| La prevalencia.....   | 9         |
| La víctima.....   | 9         |
| El maltratador.....   | 10        |
| El maltrato en diferentes ámbitos.....  | 11        |
| Tipos de maltrato:.....   | 12        |
| Detección.....  | 15        |
| Intervención.....   | 16        |
| Prevención.....   | 18        |
| Justificación.....  | 19        |
| Objetivos.....  | 20        |
| <b>METODOLOGÍA.....</b>   | <b>20</b> |
| Estrategias de búsqueda:.....   | 20        |
| Tipo de estudio:.....   | 21        |
| Población y muestra.....  | 21        |
| ACTIVIDADES.....  | 24        |
| Formación sobre el maltrato en la vejez en AP.....                              | 24        |
| Concienciación sobre el maltrato en la vejez en PM.....                         | 26        |
| Formación y capacitación de cuidadores informales.....                          | 29        |
| Concienciación sobre el maltrato en la vejez a las autoridades municipales..... | 31        |
| <b>PRESUPUESTO.....</b>   | <b>33</b> |
| <b>TEMPORALIZACIÓN.....</b>   | <b>34</b> |
| <b>SISTEMA DE EVALUACIÓN.....</b>   | <b>35</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>  | <b>37</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>41</b> |

# **INTRODUCCIÓN.**

## **La vejez.**

La vejez es la última etapa del ciclo vital, para algunos es considerada una construcción social encargada de categorizar a la población por edades y segregarla en grupos. Los que se diferencian entre sí según las características impuestas por la sociedad. Estas normas sociales dependen de la cultura de esta. El concepto de vejez puede considerarse entonces algo abstracto, pues se basa en las creencias sociales y no tiene un comienzo bien definido. Aun así, acontece de un proceso biológico que merece especial atención llamado: envejecimiento.(1)

La OMS lo define como aquel proceso fisiológico que desde un principio va ocasionando todo tipo de cambios a lo largo de la vida, que conducen a una menor adaptación del organismo al medio. A pesar de que este sea un proceso continuo en el tiempo, es individual, ya que varía entre personas. Por imposición social, se ha establecido que la entrada en la senectud coincide con la jubilación, con la edad cronológica de sesenta y cinco años ya se cataloga a los individuos como tercera edad. Sin embargo, envejecer no está asociado a la edad cronológica, sino que depende de factores personales, biológicos, psicológicos y sociales. Existen tres condiciones planteadas por Vaillant y Mukamal que dimensionan el proceso de envejecimiento y esas son: disminución, cambio y desarrollo. De este modo, la disminución supondrá la decadencia del organismo biológico, el deterioro de órganos y tejidos que puede conducir a la enfermedad o incapacidad. El desarrollo en esta etapa de madurez total es fruto de la sabiduría y la experiencia adquirida durante los años vividos. El cambio de los hábitos, el rol que se tiene en la familia y hasta el que se tiene en la sociedad es inherente al proceso de envejecimiento. Estas tres condiciones, se presentarán de forma irreversible pero influirán en menor o mayor medida según cómo ha vivido esa persona anteriormente, las enfermedades que le acompañan, el concepto que tiene sobre la vejez y los factores de riesgo que posee. (2)

Por tanto, uniendo todas estas ideas se concluye que la vejez tiene su lugar por medio de un proceso llamado envejecimiento. El mismo, se caracteriza por ser natural de todos los seres vivos, dinámico pues varía entre individuos, inevitable como condición de mortales y gradual con el paso de los años. Durante esta etapa transcurren los cambios biológicos, corporales, psicológicos y sociales que delimitan el paso del tiempo. (3)

## **El concepto de la vejez a lo largo de la historia.**

Atendiendo a razones obvias, es vital realizar una revisión bibliográfica sobre la vivencia de la vejez en diferentes épocas ya que proporcionará una visión más amplia del

tema y pondrá de manifiesto cómo se transforma y evoluciona el concepto de la vejez hasta la actualidad.

Desde tiempos primitivos, la vejez estaba relacionada con la sabiduría. Es por esto por lo que los ancianos en la Prehistoria eran los que ostentaban los cargos más importantes por dos razones: la longevidad que habían alcanzado y la conexión que les unían a los antepasados. El hecho de vivir muchos años, era percibido como un regalo divino y algo solo propio de los dioses. La conexión que mantenían con el pasado les brinda el saber que había sido transmitido de generación en generación, para que llegado el momento la persona de mayor edad fuera el guía y líder en la tribu. (4)

En civilizaciones más modernas como lo fue Grecia en el pasado, se cultivan dos pensamientos en torno a la vejez que motivados por Aristóteles y Platón son diferentes entre sí. La concepción de Aristóteles sobre la senectud denota cierto negativismo, equivale al deterioro y la ruina del hombre. Todos los mayores a juicio de Aristóteles son cínicos, desconfiados y egoístas. Según el filósofo merecen compasión lo que a su vez es una muestra de debilidad. Todo esto se refleja en libros como Retórica (libros VII, XII, XIII XIV) o en ``De generatione animalium`` en el que se asocia la vejez con la enfermedad. En cambio, Platón tiene una visión más positiva de la vejez entendiéndose como el momento en que los individuos muestran el mejor juicio y prudencia haciéndolos útiles para las labores más importantes como la administrativa o judicial. La realidad es que en la metrópolis nunca se puso en valor la vejez, los griegos permanecieron fieles a la percepción naturalista y a la belleza que no se podía concebir en un mayor. (4, 5)

En la Edad Media la vivencia de la vejez dependerá del contexto social de la época beneficiando o empeorando así la situación de la tercera edad. En este momento histórico suceden tres eventos que modifican el papel de los más mayores, estos son: numerosas guerras, epidemias y el auge de la burguesía. En un principio, la inestabilidad y la violencia de la época hizo de esta la ``Edad Oscura``. En la Edad Oscura, todo lo que tenía valor era aquello que supusiera poder y fuerza física para combatir la guerra. Siendo los mayores, débiles e inútiles en el campo de batalla, su valor para la sociedad es mínimo. Esto añadido a que las condiciones de salubridad de la época son pésimas, siendo responsables de un precoz envejecimiento de la población situado en torno a los cincuenta años. El deterioro físico y el desgaste de los individuos se daba a una velocidad asombrosa. La vejez es para la Iglesia un problema y la viva imagen del pecado, o lo que es lo mismo, un castigo de Dios. Cuando el número de desamparados alcanzó límites escandalosos, fue necesaria la creación de establecimientos dedicados a su cuidado regidos por los religiosos, como lo fueron los monasterios y hospitales. El resto dependía de que tan solidaria fuera la familia en cuanto a su cuidado o de la presencia de posibles

para poder permitirse el retiro, en sitios alejados y tranquilos para el resto de su vida. La segunda opción era sólo viable para los más ricos. El retiro de los ancianos en monasterios marca el aislamiento social y el cese de la actividad, por decisión propia se refugian de miradas despectivas. Los monasterios esbozan lo que hoy en día se conocen como asilos y todos esos mayores, pobres y abandonados que obligan a la creación de infraestructuras para su cuidado recuerdan a los numerosos ``problemas sociales`` del siglo XXI. Desde el siglo XI al XIII, en el ámbito económico y social, los mayores tienen más oportunidades siendo la vejez la época de mayor riqueza y por tanto poder y validación. Los burgueses escalaron hasta lo más alto de la pirámide social, siendo imprescindibles en asuntos políticos. Otra situación positiva para los mayores fue la benevolencia de las epidemias con ellos. Es decir, la mayoría de las muertes por peste o viruela fueron de niños, mujeres y jóvenes. Para cuando la situación sanitaria había mejorado, se manifestó un cambio demográfico a favor de los ancianos y una desestructuración familiar. Todo esto provocó que los mayores tuvieran un papel protagonista en la repoblación, de una Europa que había perdido más de un tercio de su población, contrayendo matrimonio en segundas nupcias. Nace así un nuevo concepto sobre la vejez, se revaloriza y se visibiliza en retratos desde una perspectiva más respetuosa como el ``mecenazgo``. Aparece el papel del ``patriarca`` y toman relevancia social, política y económica. Aunque el concepto de la vejez pasa a ser algo más positivo si se es pobre la vivencia de la misma es desgraciada. Más aún si se es una mujer mayor y vive sola, pues será juzgada, asociada a lo maligno colocándola en el último escalón social. Sin embargo, conforme el desequilibrio demográfico va menguando a favor de una población rejuvenecida se retoma la mentalidad pasada (4,6)

En la Edad Moderna la situación se mantiene casi igual, pero se es más cruel con la mujer anciana que simboliza todo lo que se desprecia y atemoriza en la época: la fealdad. La fealdad, en este caso, se relaciona estrechamente con la brujería. Los pobres siguen siendo miserables dependientes de familiares o de la Beneficencia y los más adinerados, optan por un retiro temprano pues no podían seguir ostentando una posición privilegiada. Más adelante gracias a los cambios políticos y económicos la alta burguesía asienta una nueva forma de vivir la senectud. Con el paso del tiempo, se les permitió tener presencia social con sesenta años. Cabe destacar que el Renacimiento es uno de los movimientos culturales que lidera esta época y va a moldear el significado de envejecimiento. Si los renacentistas repugnan lo viejo e ignoran la muerte, no es raro que despreciaran la vejez pero si fueron capaces de reconocer la sabiduría de esta etapa. (4, 6)

La Edad Contemporánea trae consigo avances en salud, tecnológicos y científicos. En consecuencia, se produce un aumento en la esperanza de vida y los

niveles de fecundidad descienden gracias al uso de métodos anticonceptivos. Esto se traduce en el considerable aumento del número de ancianos que viven durante muchos años, sean ricos o pobres, mayor representación social de la tercera edad, la reorganización familiar en familias reducidas en las que el nexo de unión es débil y el cambio de rol. Entonces aparecen nuevos problemas en el horizonte, los ancianos se enfrentan a un mundo que abraza la novedad y camina hacia el futuro a pasos agigantados, una sociedad que sucumbe a lo que dictaminan las modas y a la belleza de modo que, los signos de envejecimiento se esconden. Es este un tiempo que invita a los mayores a la marginación y a la soledad. Viven en un mundo hostil y competitivo en el que la adaptación es la única constante. Es esta la razón por la que los mayores recuerdan con más afecto el pasado que el presente en el que viven, porque en ese pasado ocupaban un papel protagonista y les acompañaba un sentimiento de pertenencia a la sociedad con la que conviven. En la UE los ancianos que viven solos superan ya el 30%. A día de hoy los mayores han alcanzado la longevidad, pero no la mejor vivencia de la vejez puesto que coincide con el desamparo y la soledad. (4,6)

### **Cambios biológicos.**

Los cambios físicos son el resultado de factores exógenos (químicos, físicos, biológicos) y endógenos que imposibilitan una regeneración celular adecuada. Con la apoptosis, la muerte programada de células, intensificada en la vejez favorece una mayor disminución del número de células. Por esto aparecen los cambios en la piel, la pérdida de elasticidad en la mayoría de órganos, fragilidad en las uñas, la formación de arrugas y la disminución de los receptores del tacto. La vista, por la presbicia, la pérdida de la facultad de acomodación en el cristalino y el cambio en la percepción de los colores la complica. La hipoacusia por el engrosamiento del tímpano y los tapones de cerumen. En el olfato se pierde la capacidad olfatoria por el engrosamiento nasal. Se mantiene una pérdida de la masa muscular por la mala regeneración celular que reduce la fuerza física. La postura tiende a la flexión general, se presenta como la cifosis de la columna dorsal. Existe una disminución de la densidad ósea y de la movilidad articular lo que afecta a la movilidad, el equilibrio, aumenta las fracturas y los casos de osteoporosis. La pérdida de neuronas, la disminución del volumen cerebral, neurotransmisores y la sustancia blanca afecta a la capacidad de coordinación y provoca enlentecimiento en general. El corazón sufre atrofia y disminuye el gasto cardíaco. El aparato digestivo sufre por la xerostomía, la pérdida y alteración de piezas dentales que afecta al proceso de nutrición. En definitiva disminuye casi todo: la producción de anticuerpos, el número de nefronas y la reabsorción de agua y sodio predisponiendo la deshidratación en la ancianidad, el tono muscular de la vejiga es menor lo que provoca la incontinencia, la secreción de hormonas



cae y aumenta la resistencia a la insulina lo que da lugar a la diabetes tipo dos en el adulto mayor. (7, 8)

### **Cambios psíquicos.**

Desde que se cumplen treinta años en adelante se inicia un declive en las capacidades intelectuales que se acelera en la senectud. Es visible por medio de la incapacidad para adaptarse al medio, resolver problemas y la falta de espontaneidad del pensamiento volviéndose más abstracto, manteniéndose intacta la creatividad e imaginación. Los mayores muestran más prudencia en la toma de decisiones y mantienen los hábitos. Se da una afectación en el lenguaje, su expresión y comprensión. Las motivaciones en esta etapa se relacionan con practicar actividades que sean placenteras y que ocupen parte del tiempo libre que se tiene. La memoria sufre alteraciones, sobre todo la de largo plazo, y se padece de amnesia focalizada en el tiempo. El carácter y la personalidad del anciano no suele cambiar, pero sí que depende del entorno, de la salud física y el estado mental. La afectividad se transforma, las emociones expresadas en la vejez se correlacionan con sentimientos de inutilidad, pérdida e impotencia. (7,8)

### **Cambios sociales.**

En lo social la persona de edad avanzada modifica el rol en cuatro dimensiones. En lo individual, se refuerza la conciencia sobre la muerte, transformando así la actitud frente a la misma de temor a aceptación. En la familia, si se convive con hijos y nietos estos cambios suceden en dos etapas. En la primera, el mayor es independiente y es clave en el hogar. En la segunda etapa aparecen los problemas de salud, la incapacidad y la dependencia. En esta etapa las relaciones sociales se invierten, ahora el que recibe los cuidados es el anciano, en consecuencia la familia se plantea el ingreso en una residencia. La última etapa del ciclo vital es una época de pérdidas. Las pérdidas afectivas poseen un mayor peso emocional. Son las pérdidas del cónyuge, el hermano o un amigo dolorosas de afrontar y las que más afectan a las personas de edad. En lo económico con el cese en su oficio, llega la jubilación como premio a una vida laboral activa durante cierto tiempo. El término "jubilación" proviene del latín, "jubilare" y significa lanzar gritos de alegría. En España son los poderes públicos quienes garantizan la asistencia y las prestaciones para todos los ciudadanos. Los mayores en su mayoría reciben pensiones contributivas, esa mensualidad por la jubilación o viudedad, que son gestionadas por las administraciones públicas y se financian con la cotización de los trabajadores activos. Estas pensiones son sufragadas por los presupuestos generales del Estado y son el resultado del cumplimiento de unos criterios, como el número de años cotizados en la Seguridad Social. Con claridad se puede observar que se mengua la capacidad financiera en base a lo que proporciona el Estado y las relaciones sociales

disminuyen al abandonar el trabajo. Otro problema fundamental que surge es la deficiente adaptación a una vida que no gira en torno al trabajo. Para que los cambios sociales sean mínimos, es necesaria la preparación de cara a la jubilación buscando aficiones y formas de mantenerse activos. (7,8, 9)

## **El envejecimiento poblacional.**

Los países desarrollados, tienen en común un desafío que pondrá a prueba los recursos existentes y la capacidad de gestión de los gobiernos y ese desafío se llama: envejecimiento poblacional. El envejecimiento poblacional es debido al aumento considerable de la esperanza de vida y a la reducción de la tasa de mortalidad. Todo esto, va a provocar un cambio en la pirámide poblacional en la que el predominio de adultos y mayores conformarán una pirámide invertida. Con lo que esto supone, mayor gasto en prestaciones sociosanitarias y pensiones, es normal que salten las alarmas. Pero, ¿cuál es la situación de España? (10)

Si bien España empezó el siglo XXI siendo uno de los países más jóvenes con la tasa de dependencia más baja que la media de la UE, para el 2050 será uno de los países más envejecidos. Atendiendo al histórico de la demografía, se entiende que España lograra ser uno de los países más jóvenes en un principio porque su generación de "baby-boomers" nacieron más tarde que los de otros países y, a su vez, fue favorecida por las crisis migratorias que les permitió paliar el proceso de envejecimiento. La Guerra Civil Española y la posguerra, facilitó una caída de la natalidad y el auge de la mortalidad. No fue hasta años posteriores cuando cambia la tendencia con la aparición de los "baby boomers" allá por los años 1958 y 1977, manteniéndose en esta época la natalidad en niveles muy altos, alcanzando 20 nacimientos por 1000 habitantes. De ahí en adelante se instaura un proceso de envejecimiento progresivo, en 1998 tanto la tasa de natalidad como la de mortalidad se aproximan, siendo mayor la primera. Desde el 2008 al 2009, gracias a las crisis migratorias, la población española se rejuveneció porque, estos inmigrantes cuya edad media era menor a la residente y en su mayoría mujeres en edad fértil con mayor proporción de nacimientos. En 2015 la tasa de natalidad es superada por la de mortalidad, lo que se traduce en un saldo vegetativo negativo que perdura a día de hoy. La realidad que vive España hoy es la siguiente: la tasa de fecundidad es baja y se sitúa en 1,23 (niños por mujer) en 2019, cuando la que se requiere para mantener una población joven es 2,1. En 2018 la nación española es considerada el país con mayor esperanza de vida al nacer, por ser el único que supera los 83 años en la UE. Todo esto es debido a que las mujeres son campeonas en longevidad, desde que nacen tienen garantizados vivir 86 años y, a que la esperanza de vida a partir de haber cumplido 65 años se ha duplicado. Antes una vez se cumplían 65

se tenían por delante 10 años ahora se tienen 21. Todo esto ha supuesto que se haya perdido la forma de pirámide, la base cada vez es más estrecha, la central representativa de las personas entre los 35 y 59 años es del 38,4% de la población y los mayores de 65 forman parte del 19,6%. (10, 11)

En un futuro, siguiendo las proyecciones de la población a escala nacional (2018-2100) de Eurostat, los mayores de 65 años corresponderá a casi 19,5 millones de habitantes en 2050. Esto supondrá un tercio de la población y se corresponderá con el envejecimiento de los baby boomers encargados de agravar el problema. Mientras que la previsión del INE para 2050, presupone una mayor proporción de mayores, 31,4% serán mayores de 65 y un 11,6% de más de 80 años. A merced de un cambio en alguna de las tendencias demográficas en España, este país será el más envejecido de la Unión Europea. (11)

## **El maltrato en la vejez.**

El maltrato infantil, animal y la violencia de género son cada vez más visibles en la sociedad mientras que el maltrato en la vejez no. Es este un problema desconocido, subdiagnosticado e invisible para quienes deben velar por el bienestar de los mayores. (12)

Siendo esta problemática una constante en la historia tuvo que esperar hasta 1970 para que se le diera la visibilidad que merece cuando se comenzó a investigar en serio sobre el tema, se publicaron documentos y se conceptualizó el maltrato en forma de definición. De esta forma, se pasó de considerarlo bajo el término “vapuleando a la abuelita” (“granny battering”) que lo reducía al abuso sólo físico bajo el ámbito doméstico, para luego recibir el nombre de síndrome pero eso sí, incluyendo el abuso físico, psicológico y financiero. Y más tarde a “abuso en la vejez” o “maltrato” como se conoce hoy, incluyendo por fin al sexo masculino. En los noventa Hudson presentó un artículo, bajo el nombre “Elder mistreatment: A taxonomy with definitions by Delphi”, en el que reflejaba que el maltrato cuando es dirigido a una persona mayor con la que se comparte una relación de confianza, es una conducta destructiva. Y si surge con intensidad y mucha frecuencia produce efectos nocivos, que van desde el sufrimiento físico al psicológico pasando por el económico, hasta la violación de los derechos humanos y el atentado contra la calidad de vida de las personas de edad. Posteriormente, creció la inquietud y la necesidad sobre abordar el tema. En 1996, tuvo lugar la “Declaración de Almería sobre el Anciano Maltratado”, en el marco de la “Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado”. Nuevamente se plantea una definición, tratando la cuestión como, cualquier acto u omisión perpetrado a personas de 65 años o más que ocasione daño, intencionado o no, que tenga lugar en el medio

familiar, institucional o comunitario y que vulnere los derechos fundamentales de la persona, su integridad física y psíquica o el principio de autonomía. La OMS presenta una definición parecida pero añade que, la falta de medidas apropiadas para evitar el daño del anciano también es una forma de maltrato. Excepcionalmente se multiplicó el interés por esta temática en forma de documentos informativos como la “Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores” elaborado por la OMS en 2003 o en libros como “Personas mayores y malos tratos” (2004) por Muñoz y en último lugar, todo esto se volcó en guías prácticas y protocolos, que permitan la prevención primaria, la detección de casos y la intervención temprana. (13, 14)

Es el maltrato todo acto u omisión de sí mismo que se lleva a cabo de forma voluntaria o no, contra una persona mayor de 65 años a través de una relación de confianza o dependencia que genera daño y sufrimiento. En los malos tratos se acoge el abuso físico, económico, psicológico, la negligencia y la obstinación médica, así como, queda establecido que tienen lugar en el ámbito doméstico, social e institucional. La parte que atribuye la relación entre el abusador y la víctima como de confianza, es la que permite que se perpetúe el abuso. El anciano confía en quién le cuida porque bien puede ser un familiar que le aprecia o porque depende de él, ya que por su cuenta no puede mantener cierto nivel de salud. Son las relaciones de confianza o dependencia caldo de cultivo para las amenazas, los engaños y el abuso. (14)

## **La prevalencia.**

Al envejecimiento poblacional se le suma el maltrato de la tercera edad, pero a diferencia de lo primero no se tiene una aproximación real de todas las personas que son maltratadas. Es este un problema subdiagnosticado por lo incómodo que es abordarlo en consultas, por lo difícil que puede ser detectarlo ya que requiere de un seguimiento exhaustivo en el tiempo que permita detectar las señales y si aparece en casos de demencia es casi imposible, el desconocimiento presente en los profesionales que lo desconocen, lo evitan o lo identifican pero no saben actuar y, evidentemente por el miedo de los mayores a denunciarlo. Se cree que solo se ve la punta del iceberg. Ciertamente esto empeora en España, debido a que la familia española es celosa de su intimidad, existe un estigma en torno a la edad de la víctima que resta credibilidad, el aislamiento social que viven los mayores y el sentimiento de vergüenza y miedo ante la idea de denunciar a su cuidador. La OMS consternada por el desconocimiento de los profesionales de la salud realizó una encuesta entre ese grupo, cuyos datos se publicaron en 2016 plasmando que, un 4% ha maltratado psicológicamente a sus pacientes, un 36% ha evidenciado el maltrato físico a los mayores y un 10% ha infringido daño físico. La consternación por no conocer la realidad ha motivado a la realización de diferentes

estudios con el fin de conocer la prevalencia de los malos tratos en la vejez, de los que se sacan las siguientes conclusiones, está al alza y son cada vez más las personas que son maltratadas. Se estima que para el 2050 el número de maltratados llegará hasta los 320 millones. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en su informe de 2016 postula que se sospecha de que un 52,6% de los mayores usuarios de los servicios sociosanitarios han sido víctimas de abuso. Mientras estudios internacionales indican que en torno al 25% de personas mayores en situación de vulnerabilidad han sido víctimas de malos tratos. En Europa se estima que alrededor del 1 y el 3 % de los adultos mayores que conviven con sus familia son maltratados. En España, la prevalencia del maltrato se sitúa en torno al 29,3 %. No obstante, todos estos datos son estimaciones y no se debe olvidar que son más los casos que no se reportan que los que sí. Así que no se conoce la realidad del problema, pero si que se debe visibilizar el mismo, por eso Naciones Unidas proclamó el 15 de junio, como el día Mundial de la Toma de Conciencia de Abuso y Maltrato en la Vejez. (12, 13, 15, 16)

## **La víctima.**

Son muchas las personas mayores que son víctimas de malos tratos, pero entre todas ellas se dan unas condiciones similares. Y esas condiciones son: la edad, el género, la incapacidad, el aislamiento social y el deterioro cognitivo. (12)

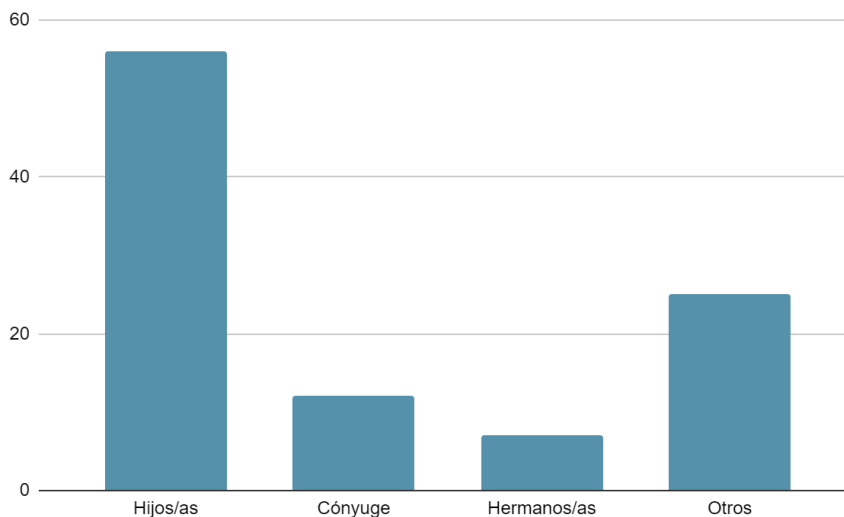
- A más edad, mayor deterioro, vulnerabilidad y fragilidad lo que se traduce en estrés por parte de los cuidadores por el aumento de la carga del trabajo. (13)
- El sexo femenino es por desgracia el tipo de víctima más frecuente, es aun peor si esa mujer es dependiente, porque sus funciones impuestas por una cultura patriarcal la presentan como cuidadora. Y si pierde este rol, también su valor. Siendo razonable que la anciana de más de 80 años sea el caso más común. (12, 14, 15)
- La incapacidad se refiere a la falta de capacidades para llevar a cabo las actividades del autocuidado que sustentan la vida, una vez la persona mayor no puede, pasa a ser dependiente. (12)
- Con la dependencia, tal y como se mencionó con anterioridad aumentan las posibilidades de sufrir abusos de cualquier tipo. (12, 14)
- Con el aislamiento social el individuo pierde un factor protector como lo es tener una red de apoyo fuerte de amigos y familiares que estén ahí en los peores momentos. A partir de que se pierde el contacto con el resto de la sociedad, aumentan los sentimientos de ensimismamiento, tristeza y ansiedad que favorecen la baja autoestima, depresión en el mayor y la aparición de conductas

agresivas. Esto se va a convertir en un factor facilitador del abuso en la vejez. (12, 14)

- El deterioro cognitivo es a su vez para el cuidador una carga aún más pesada que lo que supondría tratar la discapacidad física, es la afectación de lo cognitivo la que más desgasta al cuidador y la razón por la que es más fácil que se dé el maltrato en pacientes con esta patología. Además, predispone el abuso por la aparición de conductas agresivas e imposibilita su detección. (12, 14, 15)

## El maltratador.

Por cada víctima hay un maltratador, en este asunto, suele ser el cuidador. Las características que le definen a parte de ser hombre entre 40 y 60 años son: ser dependiente económicamente del maltratado, presentar problemas de alcohol y drogas y padecer enfermedades mentales. Desgraciadamente los que más maltratan son los hijos, el esposo y los hermanos siendo más prevalente en mujeres casadas. Cuando el abusador castiga al mayor, es ese el resultado de la suma del cansancio y el estrés continuado por mantener durante mucho tiempo el rol de cuidador en solitario. Asimismo, denota la falta de apoyo a su labor, de formación, el desconocimiento de la enfermedad que padece el mayor y su evolución. Es el perpetrador del abuso, aquella persona impulsiva, que no gana lo suficiente, que suele cargar en solitario con el cuidado de personas dependientes e incapaces y que se aísla del resto porque, para cumplir las demandas de su trabajo no puede invertir el tiempo en ocio. (12, 15, 16, 17)



Referencia: Núñez Bello M. Maltrato, la vejez agredida. Setenta y más [revista en Internet]. 2008

## El maltrato en diferentes ámbitos.

El maltrato ocupa un lugar central en la vida de los mayores, son agredidos en su casa, son discriminados por la comunidad y hasta por las instituciones.

Cuando el abuso tiene lugar en el ámbito doméstico, el responsable suele ser un familiar o el cuidador. En este contexto familiar, existen tres tipos diferentes de maltratadores desde el punto de vista psicológico. El primero es hostil para con el cuidado del anciano porque este le maltrató anteriormente. El siguiente es autoritario e inflexible con las discapacidades del individuo y el último es dependiente económicamente. Si a la sobrecarga y el cansancio del cuidador, se le suma la dependencia y discapacidad de quién recibe los cuidados, se crea un clima de violencia extrema en la casa. (17)

En la comunidad, se discrimina a la tercera edad porque se mantiene una imagen negativa de la vejez gracias al ``viejismo`` y el ``edadismo``. El edadismo es una forma de discriminación en base a la edad, que permite categorizar a las personas y abarca una serie de estereotipos y prejuicios en torno a la edad. Entonces se le atribuyen unas características determinadas, en el caso de la vejez, el deterioro, la enfermedad y la fragilidad. En consecuencia, se imponen unos estereotipos negativos que afectan en el bienestar y la calidad de vida de la persona de edad avanzada. Este fenómeno se explica por la ``profecía auto-cumplida`` que se basa en que los mayores adopten la imagen que se tiene de ellos. Lo que se asocia a más casos de depresión y a una muerte más temprana. El viejismo, aboga por no prestar atención a los síntomas y signos que expresa el anciano ya que se atribuyen a demencias, delirios o propiamente a la edad. Es la sociedad una fuente de marginación y discriminación. (12, 18)

Desde las instituciones también se perpetúa la discriminación, ya sea dentro de instituciones sanitarias o en forma de negativas a ayudas sociosanitarias, por falta de presupuesto o recursos. El maltrato institucional, es el más invisible porque su divulgación por los medios es de todo menos interesante para las instituciones. En este medio se cultiva la infantilización, la despersonalización, la deshumanización, la victimización del individuo y el abuso de poder en ocasiones. Al mayor institucionalizado o ingresado se le trata como si fuese un niño incapaz y no recibe una atención integral y holística, sino que es una enfermedad o un número más. Por si fuera poco, se deshumaniza a la persona mayor cuando no se respeta ni su intimidad, ni autonomía para hacerse cargo de sus propias decisiones, ni se les aporta toda la información y se les victimiza en forma de chantajes, agresiones verbales o castigos corporales como son las restricciones físicas y químicas. Es la negligencia la forma de maltrato más común en las instituciones. (15, 17)

### **Tipos de maltrato:**

En definitiva los malos tratos son una constante en la última etapa del ciclo vital, eso sí, el tipo cambia pero el daño es el mismo. Las formas de abuso que se van a tener

en cuenta son: físico, psicológico, económico, sexual y la negligencia. Siendo el más frecuente el psicológico, seguido del económico, la negligencia, el físico y por último el sexual. Para los hombres es más común ser víctimas de negligencia, mientras que, las mujeres son más propensas al maltrato físico, psicológico y económico. (17)

Indudablemente el *abuso físico* se refiere a toda violencia física en forma de golpes, empujones, arañazos, quemaduras y la inmovilización física que provocan un daño y atentan contra la integridad del individuo. La restricción física forma parte del problema cuando no se hace un uso adecuado de la misma, no se usa el material indicado para ella, se mantiene más tiempo del debido ya sea por conveniencia o comodidad del cuidador. La contención física no es un castigo, ni una herramienta para empoderar al abusador y debe ser siempre la última opción. Puede ser una opción para el mayor que presenta dependencia física para así prevenir futuras caídas o complicaciones pero la realidad es que, las secuelas de la inmovilización mantenida en ese mayor que es consciente son otras bastante negativas. El anciano inmovilizado se sentirá humillado, su libertad será cohibida al igual que su dependencia y autonomía. Lo que favorece a un rápido deterioro mental y físico, si se tienen en cuenta los problemas originados por la inmovilización como son las lesiones por presión y la atrofia. Si es un peligro la contención mecánica en el ámbito sanitario, donde se necesita una orden para implementarla, es aún más peligroso que fuera de la influencia sanitaria tengan acceso libre las familias a la compra de objetos de inmovilización que están en el mercado sin ningún tipo de regulación. Esta forma de discriminación se observa en los arañazos, escoriaciones, laceraciones en cara, cuello o tronco, así como, múltiples traumatismos, luxaciones, fracturas y caídas de repetición. (14, 17,19)

Es el maltrato *psicológico* el favorito y el más repetido hacia los mayores, ya sea por la sociedad que mantiene una imagen despectiva de la tercera edad o por el sistema para quién los mayores son una carga, que suponen un gasto en recursos socio-sanitarios y pensiones. En estos casos, no sólo se consideran las expresiones verbales sino que también las no verbales. Para producir daño psicológico, se insulta, se abandona, se ignora, se humilla, se ridiculiza, se amenaza, se menosprecia, se falta al respeto, se invade la privacidad del mayor y no se les deja tomar decisiones. Se cultiva esta forma de discriminación con actitudes que motivadas por el edadismo, la infantilización, despersonalización y victimización atentan contra la humanidad. Lo que se consigue con esto es que el mayor llegado a una edad, sea anulado como persona, porque conforme más mayor es menos capacidades se cree que tiene, entonces no es quién para decidir por sí mismo que cuidados quiere recibir, la información qué se le da, qué vida quiere llevar, cómo se quiere vestir o hasta lo que quiere comer. Mientras se generen más imposiciones sociales en torno a la vejez y se siga manteniendo esta



imagen negativa, serán más los mayores los que crean de verdad que son una carga, que no son útiles y que sus decisiones no importan. La persona de edad avanzada que ha sido agredido psicológicamente tiene baja autoestima, es inseguro, tiene depresión o ansiedad, se evade físicamente, se aísla del resto, no tiene apetito, muestra un silencio inexplicable, apatía y una gran dificultad a la hora de tomar decisiones. (14, 17)

El abuso más elegido por los españoles hacia los ancianos es el *económico*, basado en la predisposición del dinero, bienes y propiedades sin su autorización para el beneficio de la otra persona. Es peor aún, cuando se hace un uso ilegal o no autorizado a través de engaños a esa persona en situación de vulnerabilidad. En estos casos el perpetrador del abuso se vale de una relación de confianza o dependencia y ejerce una influencia indebida, mediante el poder que ejerce sobre el mayor, con fines económicos. Se explota esta relación de confianza a través de la adulación, la insistencia y los engaños hasta que se consigue por la vía legal ejecutar testamentos o transmitir propiedades. Tristemente estas acciones tienen lugar en el seno del hogar y sus responsables son en mayoría los familiares y los cuidadores. Las consecuencias son evidentes: el desahucio, incapacidad para pagar facturas, la privación de vivir de forma independiente, dificultad para recibir los cuidados necesarios que mantengan el estado de salud y la afectación en la calidad de vida. (14, 17)

El abuso *sexual* a la tercera edad se presenta como el contacto sexual no autorizado, ni deseado por la víctima o mediante el contacto físico directo o a través de la ropa no consentido. También compete aquellas situaciones de carácter sexual que son acompañadas por gestos, insinuaciones, el exhibicionismo de la víctima y las fotografías de los cuerpos desnudos del adulto mayor. Más de una vez son víctimas aquellas personas de edad avanzada que son incapaces de negarse. Estos abusos suceden en ancianas, se mantienen en secreto y suelen ir precedidos del cuidador o del esposo en cuestión. Los malos tratos de origen sexual se aprecian en pechos, boca, zona anal y cómo traumas y sangrados genitales o enfermedades de transmisión sexual. Es el menos prevalente de los abusos, no obstante, no deja de ser un atentado a los derechos y a la dignidad de las personas mayores. (14)

La *negligencia* o lo que es lo mismo la omisión del cuidado a los mayores ya sea de forma intencionada (activo) o no (pasivo), es una forma de maltrato. Eso sí, depende del lugar en que se lleve a cabo recibe un nombre o otro, si es bajo la influencia doméstica es ``abandono`` en cambio, en el ámbito institucional se considera negligencia. Igualmente ambos hacen referencia a descuidar, desatender las necesidades básicas del individuo, olvidar, excluir del grupo familiar, no tomar precauciones para prevenir los accidentes y no administrar la medicación correspondiente. O lo que es lo mismo, el

desamparo del mayor y el fracaso del cuidador en su trabajo. Falla a la hora de proporcionar una alimentación adecuada, higiene y vestimenta, seguridad, comodidad y pone en riesgo el estado de salud de la persona al no brindarle sus medicaciones o negarle el acceso a los servicios sanitarios. De este modo, surgen problemas como la desnutrición y la deshidratación, la aparición de infecciones y úlceras de presión por una mala higiene, nutrición y la falta de cambios posturales, se da la agudización de los procesos crónicos por el descuido farmacológico. Además se multiplican las caídas, fracturas y el deterioro de la movilidad ya sea porque se les niegue el uso o porque se carezca de los dispositivos de seguridad necesarios como andadoras, gafas de vista o barandas que garanticen la seguridad en el mayor. La negligencia y el abandono son los responsables del considerable aumento de la morbilidad y mortalidad en los ancianos.(14,15,17)

La restricción química y la obstinación terapéutica son a su vez otras maneras de maltratar a los mayores. Con la sujeción química se hace un uso indebido de todos aquellos fármacos que actúan en el sistema nervioso central, reduciendo la movilidad, inhibiendo y controlando una conducta agresiva o molesta que no responde a un proceso psiquiátrico diagnosticado. Se consigue por el uso de psicótopos, como lo son los ansiolíticos y antipsicóticos. Los efectos secundarios son la sedación excesiva, la alteración de la marcha, el parkinsonismo y la apatía. El resultado de esta sedación excesiva en el anciano, la que le va a impedir llevar a cabo las ABVD como son comer o bañarse, por tanto favorece la incapacidad, la incontinencia por la relajación medicamentosa, promueve y aumenta el riesgo de caídas y fracturas. Por otro lado, la obstinación terapéutica o médica, es la aplicación de todas las medidas para prolongar la vida de un paciente terminal y la realización de pruebas diagnósticas sin que se prevea un beneficio real para el paciente. Se observa en estos casos la vulnerabilización del principio de no maleficencia por los profesionales de la salud. (15, 17, 16)

## **Detección.**

La detección del maltrato a la vejez es indispensable y una necesidad, ya que el riesgo de muerte en los ancianos que son víctimas es tres veces mayor. Por esto es preciso que se conozcan los signos, síntomas y señales que alertan de la presencia de malos tratos a estos sujetos. Por consiguiente pondrán de manifiesto la presencia de malos tratos, los cambios de humor en el mayor, la malnutrición y deshidratación, la negativa del cuidador a dejar solo al anciano, la mala higiene, las fracturas, las caídas y las hospitalizaciones de repetición, la aparición de úlceras por presión sobreinfectadas, las lesiones en la piel en forma de arañazos, contusiones y quemaduras en su mayoría aparecerán en en extremidades superiores, las axilas y la cara interna de los brazos. Sin

olvidar la espalda, las extremidades inferiores en la cara interna del muslo, la zona del cuidado y maxilofacial y los párpados. Los responsables de la detección, principalmente los sanitarios y preferiblemente las UAF en AP, afrontan la tarea con muy poca experiencia, formación, inseguridad y desinterés. Existen circunstancias que dificultan el diagnóstico. En primer lugar, la incomodidad por parte del sanitario a la hora de enfocar la entrevista que se añade al poco tiempo que se tiene para detectarlo. No se tiene una idea clara de cuándo empieza el abuso, pues solo se detectan los casos más graves y se necesita de un seguimiento en el tiempo para establecer un diagnóstico real. Seguidamente los mayores no se consideran víctimas, y si así se consideran no denuncian por dependencia, vergüenza y miedo a traicionar a su familiar o quedarse sin cuidador. Al momento de entrevistar al mayor, se debe de hacer solo con él y también con el cuidador, siempre se garantizará la privacidad y confidencialidad de lo que se cuenta a partir de una relación de confianza entre paciente y profesional. Por medio de un lenguaje sencillo, se preguntan por factores de riesgo, se hacen preguntas sugerentes sobre el problema y se analiza la relación entre el cuidador y el mayor. Entre las herramientas existentes para la detección precoz existen varios cuestionarios, pero es el Elder Abuse Suspicion Index© (EASI) (Anexo 1) el más usado en Atención Primaria. Fue desarrollado por Yaffe et al y validado en 2008, consta de 6 ítems y su uso está aconsejado en mayores cuyo estado cognitivo sea bueno. Se le preguntan cinco cuestiones al mayor y la última es dirigida al profesional que lo trata, si dos de las cuestiones obtiene una respuesta afirmativa amerita la existencia de maltrato. Que el EASI sea el más usado no lleva implicado que sea el más completo, es el cuestionario propuesto por Hwalek-Sengstock más rico y el que más aporta información a la hora de abordar la sospecha de malos tratos. Aun así por presentar más preguntas es menos usado en la práctica. A fin de cuentas, una detección precoz dependerá de la excesiva exploración física, el grado de observación sanitario y las mejores cualidades del entrevistador. (12, 14, 16, 17, 19 )

## **Intervención.**

La intervención en el maltrato a la vejez aparte de complicada, reviste connotaciones éticas y legales y es responsabilidad de todos aunque sean los servicios sociosanitarios los que suelen actuar. ¿A qué se debe esta compleja intervención? ¿Cómo se debe actuar?

Al instante en que se detectan u observan malos tratos en una consulta de Atención Primaria, en la cual se trabaja por protocolos y guías, es normal que el primer paso dado sea activar el protocolo indicado. Ahora bien, la realidad es que en España más de la mitad de sus CCAA, el 52,94%, no cuentan con guías o protocolos específicos

para el maltrato a los mayores. Las comunidades autónomas que sí lo presentan son: Asturias, País Vasco, Cataluña, Madrid, Galicia, Murcia, Aragón y Cantabria. Existe una desigualdad entre ciudadanos de edad avanzada, puesto que los mayores susceptibles de recibir malos tratos que habitan en el País Vasco están mejor protegidos que los canarios o los andaluces. Lo que ampara a todos independientemente de dónde sean es la ley, el Código Penal Español consta de 639 artículos que se relacionan de forma indirecta con el maltrato en la vejez. Así como la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, sobre promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en Situación de dependencia que sirven de protección a los mayores. En un estudio planteado a profesionales gallegos encargados del cuidado de personas mayores, se objetivo que desconocen los pasos a dar y el marco legal que ampara a los ciudadanos de edad avanzada, son pocos los recursos y la formación que tienen por la falta de divulgación del tema. Se notificó también el miedo como profesionales a alertar y denunciar, asimismo la actuación se ve perjudicada por la discordancia entre los profesionales para diagnosticar. Si en Galicia teniendo protocolo solo el 8,34% de las personas entrevistadas conoce los instrumentos de detección y el 25% de los participantes sabe cómo comunicarlo en horario no administrativo, del resto de comunidades autónomas se espera una situación más bien desoladora, con las mismas dificultades agravadas por la falta de un protocolo. (15, 16)

Atendiendo a razones obvias lo primero que se debe hacer es garantizar la seguridad del paciente. Por lógica el plan de actuación irá delimitado en base a las cualidades y capacidades cognitivas de la persona mayor valorando siempre su situación. En la intervención y en su planificación, se trabaja con un equipo multidisciplinar (trabajador social, sanitarios, juez, organismos de seguridad y defensa...) que sea capaz de abordar la situación física, psicológica y social del mayor. En la consulta se les brindará apoyo, recordarán sus derechos, se le aconsejará y ayudará en los trámites de la denuncia, pero nunca se debe denunciar sin su consentimiento, si la víctima está capacitada para ello. Además de hacer un parte de lesiones si es necesario. El anciano que acepta la intervención, se le remite a los servicios sociales y se le cita para su seguimiento. Si cognitivamente el mayor está en perfecto estado, pero rechaza la intervención, el profesional a cargo debe intervenir proporcionando educación pertinente, reduciendo los factores de riesgo, facilitando recursos sociosanitarios que reduzcan la violencia doméstica y mejorando las habilidades del cuidador. En el caso en que el anciano no sea capaz de decidir, es su tutor o guardador de hecho el indicado para denunciar (siempre que no sea el maltratador) dejando constancia así de ello en el Ministerio Fiscal. Muchas veces la persona mayor es incapacitada legalmente y es obligatorio denunciar. Con la denuncia aparecen las medidas como las órdenes de

alejamiento, en ocasiones como el agresor convive con la víctima, se requiere internar al mayor en una residencia. Ahí radica el conflicto ético con los internamientos involuntarios. No cabe duda que estos casos son graves y como tal, los profesionales de la salud que lo detectan deben hacerlo saber al director de su centro. (14,15,16,17)

En resumen, la intervención va a depender de los recursos sociosanitarios que se dispongan, las herramientas de detección que se tengan, la existencia de un protocolo o no, el conocimiento de los profesionales sobre el marco jurídico que protege a los mayores y del trabajo coordinado en equipos multidisciplinarios. La realidad es que los recursos son mínimos pero lo que no es negociable es el desconocimiento de los profesionales, el miedo a alertar sobre ello y la falta de un protocolo. (16, 19)

## **Prevención.**

La casuística de este tema está en su desconocimiento, el fomento de una imagen negativa de la vejez, la falta de recursos sociosanitarios, la explotación del rol del cuidador, la escasa formación del cuidador y a su vez de los profesionales de la salud sobre esta problemática. Por tanto, si se quiere prevenir el maltrato en la vejez y reducir los casos, se debe actuar en la comunidad, en el cuidador y en el ámbito institucional. (16, 19)

En la comunidad es ya una obligación cambiar la imagen que se tiene en torno a la vejez. Cada vez son más las personas mayores que disfrutan de un envejecimiento activo y siguen formando parte activa de la sociedad, pero el ejemplo que se mantiene en la mente del resto es el del mayor invalido y enfermo. La mejor estrategia para hacer desaparecer esta imagen, es contar con más mayores que tengan un papel presente en la sociedad. Así como cultivar el respeto en todas las relaciones, educar en valores a las siguientes generaciones y rechazar actitudes discriminatorias. Esto se va a conseguir con la educación. Cambiar la mentalidad de la comunidad es una solución, pero no basta, se requiere también la visibilización del problema ya sea en publicidad, en campañas de sensibilización o impartiendo talleres sobre concienciación.(16)

Los cuidadores, a veces como perpetradores del abuso, muestran cansancio, una gran carga de trabajo, aislamiento social, bajo nivel socioeconómico, dependencia en el mayor y poca formación. Lo peor de todo es que están solos en esta labor y cuentan con muy pocos recursos. A causa de esto la prevención va dirigida en este sector a validar el trabajo del cuidador, facilitar su labor poniendo a su disposición recursos socioeconómicos, implementando talleres o ciclos dirigidos a la formación de cuidadores. Con esto último se logra la creación de un grupo de cuidadores cualificados y expertos y se limitan las malas praxis. (12, 17)

A las instituciones se les ha de exigir que promulguen leyes de protección en la vejez que aborden el problema de frente y no indirectamente, la creación de protocolos y guías a nivel nacional que acaben con la desigualdad entre españoles y garantice la seguridad de todos. Es un deber crear un registro por maltrato a los ancianos para cuantificar el número de casos, así como, invertir en publicidad para así visibilizar otra forma de maltrato que es dañina. La imposición de proporcionar números de contacto para el reporte de casos, más recursos sociosanitarios, la creación de espacios para el alojamiento momentáneo de las víctimas en casos de urgencia, la asistencia psicológica y el asesoramiento legal para los ancianos maltratados. También es momento de cambiar la actitud de las instituciones para con los mayores y penar o castigar todas las formas de discriminación que tienen lugar en las mismas. Los profesionales encargados de su detección e intervención deben ser formados de forma que sepan actuar. (16, 19)

### **Justificación.**

La revisión bibliográfica sobre el tema ha puesto de manifiesto la situación desfavorable que viven los mayores, así como, la falta de recursos, leyes que les protejan y el desconocimiento sobre esta problemática por parte de las víctimas y los sanitarios. Por esta razón el proyecto elegido es una propuesta de intervención educativa, preventiva y comunitaria que tiene como misión reducir los casos de discriminación en ancianos. Para alcanzar estos objetivos se ha decidido intervenir en estos grupos: sanitarios, cuidadores informales, personas mayores y autoridades municipales.

La Atención Primaria debe ser conocedora de la existencia del maltrato a la tercera edad y reconocedora de las señales que alertan de su presencia. Es una necesidad intervenir en centros de salud y valorar cuál es el conocimiento que tienen sus profesionales (enfermería, medicina y trabajador social) y mejorarlo. Sobre todo en Canarias, donde no existe protocolo. Se requiere implementar instrumentos para su detección de modo que se pueda ejercer prevención primaria y secundaria de forma adecuada, no basta con un algoritmo en caso de su detección o con que los malos tratos sea una cuestión más en el "Programa de Atención a las personas mayores en AP". (20)

Los cuidadores informales son parte del problema, es más lo crean. Según la investigación previa el abuso se debe a la falta de formación, apoyo y el aislamiento social de la persona que está a cargo del cuidado. La intervención en estos casos es una urgencia y va dirigida a solucionar todos estos problemas impartiendo talleres no sólo de formación, sino que también sirvan como grupos de apoyo y una fuente de ocio para esa persona aislada.

Las personas mayores como víctimas de malos tratos no son siempre conscientes de que lo son, de ahí que sea uno de los maltratos menos diagnosticado y

más invisible. Por tanto interviniendo en este grupo se promocionarán sus derechos. Se ponen como metas concienciar sobre los diferentes tipos de abuso que pueden sufrir, fomentar una conducta de rechazo y denuncia ante cualquier forma de violencia y discriminación.

Por último las instituciones han de responsabilizarse y tomar acción ante este problema de magnitud desconocida. A las autoridades municipales se les presentará el maltrato a la vejez haciendo uso de toda aquella información que sea más impactante y sobre todo con datos estadísticos con el fin de llamar su atención. Se les recordará que el envejecimiento poblacional es la realidad del país y que si España quiere seguir aumentando la esperanza de vida de sus habitantes, debe emprender políticas y compromisos que reduzcan los casos de maltrato a los mayores.

## **Objetivos.**

### **Objetivo general:**

- Establecer estrategias útiles en la prevención y el abordaje de los malos tratos en personas de edad avanzada.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar el conocimiento que tienen los profesionales de la salud, en Atención Primaria, sobre el maltrato en la vejez.
- Mejorar la formación de los cuidadores informales.
- Concienciar a las personas mayores sobre los diferentes tipos de maltrato que pueden experimentar.
- Sensibilizar a las instituciones sobre la violencia y la discriminación que recibe la tercera edad.
- Visibilizar el maltrato en el mayor.

## **METODOLOGÍA.**

### **Estrategias de búsqueda:**

La búsqueda bibliográfica se realizó en cinco bases de datos de Ciencias de la Salud: Dialnet, CUIDEN, Pubmed, EBSCO y Scielo. Además también se hizo uso de Punto Q, herramienta de búsqueda facilitada por la Universidad de La Laguna, para poder acceder a ciertos artículos de pago. A su vez también se han realizado búsquedas manuales y se ha usado como instrumento de búsqueda el Google Académico. Como filtros se ha puntualizado el idioma, inglés o castellano. Se ha utilizado el tesaurus Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) utilizando los operadores booleanos “AND”, “OR” y Medical Subject Heading (MESH) para aplicar las siguientes palabras clave:

- Maltrato.
- Abuso.
- Vejez.
- Envejecimiento.
- Persona mayor.
- Estereotipos negativos.
- Violencia.
- Discriminación.

### **Tipo de estudio:**

Este trabajo consta de dos partes. Una primera constituida por un estudio de carácter observacional, descriptivo, transversal y una segunda parte que consiste en la elaboración de un proyecto piloto de intervención cuyos objetivos ya se han citado anteriormente.

### **Población y muestra.**

Al momento de actuar frente esta problemática, si se pretende reducir el número de casos, este proyecto intervendrá en cuatro grupos poblacionales:

- 1) Sanitarios.
- 2) Personas de edad avanzada.
- 3) Cuidadores informales.
- 4) Autoridades municipales.

En el caso de los **sanitarios** se tiene en cuenta a todo el equipo de Atención Primaria, correspondiente a la zona básica de salud de Los Realejos, en concreto, médicos, enfermeros y trabajadores sociales. La zona básica de salud de Los Realejos cuenta con 35. 434 usuarios, quiénes tienen a su disposición seis centros de salud ubicados en Los Realejos siendo este el principal y cinco más periféricos localizados en la Cruz Santa, La Montañeta, Icod el Alto, Toscal-Longuera y Palo Blanco. A la hora de intervenir en centros de salud, se pedirá permiso a la Gerencia de Atención Primaria (Anexo 2) . La muestra en este grupo es un muestreo de conveniencia. (21)

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Personas que acepten participar en el estudio.
- Presentar un grado en medicina, enfermería o en trabajo social.
- La actividad profesional que desarrollan es en contacto con personas mayores de 65 años.
- En el desarrollo de su profesión atienden las necesidades de los cuidadores.



### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- No aceptar participar en el estudio.
- Cuya práctica profesional no coincida con personas mayores de 65 años o en su defecto, con cuidadores informales.
- No presentar un grado en medicina, enfermería o trabajo social.

Las **personas de edad avanzada** en las que se va a actuar son de Los Realejos, tienen más de 65 años, según la última actualización del INE en 2017 representan el 16,16 % de la población de ese año. Para ello se acudirá a todas esas agrupaciones y asociaciones de la ``Tercera Edad`` existentes en el municipio. En este caso son ocho: Asociación de Mayores Virgen de Los Remedios, Club de Mayores Virgen del Pilar, Tercera Edad Icod de los Trigos, Asociación de Mayores Ramblas de Castro, Asociación de Mayores Toscal Longuera, Asociación de Mayores Ruiz Andión, Asociación de Mayores Los Viñedos y la Asociación de Mayores Toscas de Romero. Con esta población propensa a recibir malos tratos se pretende la concienciación sobre el abuso, a partir de una intervención cuya muestra es de conveniencia y la participación es voluntaria pero depende de la firma de un consentimiento informado (Anexo 3). (22,23)

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Formar parte de alguna de las asociaciones nombradas.
- Personas que acepten participar en el estudio.
- Mayores de 65 años.
- Presentar buen estado cognitivo.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- No formar parte de las asociaciones nombradas anteriormente.
- Negarse a participar.
- Ser menor de 65 años.
- Presentar alguna alteración cognitiva (demencia o Alzheimer).

Los **cuidadores informales** son parte del problema y por tanto un grupo en el que es necesaria la intervención de forma que se contactará con ellos bajo la influencia del puesto de Atención Primaria del municipio, a la que se le pedirá la colaboración y congregación de los cuidadores existentes. Serán invitados a talleres que serán anunciados en las inmediaciones de cada uno de los centros de salud y como tal la muestra es también de conveniencia y la participación es totalmente voluntaria.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Aceptar participar en este proyecto.
- Ser cuidadores principales de una persona mayor de 65 años.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Negarse a participar.
- No ser cuidador informal de una persona mayor.

Las **autoridades municipales**, tienen entre sus funciones asegurar la seguridad de todos sus habitantes, en especial la de las personas de edad avanzada, eliminando así las amenazas de violencia. A su vez cuentan con poderes judiciales y legislativos, que les permiten actuar directamente en el problema promoviendo políticas que protejan a la tercera edad. Se ha optado por el ayuntamiento de Los Realejos, el estudio se llevará a cabo con una muestra de conveniencia y la participación es voluntaria.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Aceptar participar en este estudio.
- Ser mayores de edad.
- En su actividad laboral tienen como obligación la seguridad civil.
- Forman parte del equipo de gobierno del ayuntamiento.
- Ser capaz de impulsar políticas de protección y campañas de sensibilización.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- No aceptar participar.
- No estar obligados a garantizar la protección de sus ciudadanos.
- Su actividad laboral no compete a ninguna actividad política del gobierno de un municipio.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Toda la información que se pueda obtener en este proyecto contará con el favor, el permiso y la aprobación de la GAP la cual permitirá que la zona básica de salud participe en este proyecto piloto educativo (Anexo 2 ).Ha surgido también la necesidad de elaborar un consentimiento informado dirigido a las personas mayores que participan en las actividades debido a que se tratan temas relacionados con violencia (Anexo 3). A las asociaciones de mayores también se les solicitará un permiso para llevar a cabo los talleres bajo su influencia (Anexo 4).

A su vez este proyecto garantiza que todos sus participantes serán tratados con total confidencialidad según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Así como que se respetarán las normas éticas aplicables a este tipo de proyecto, razón por la que se solicitará al Comité de Ética la verificación del marco ético del proyecto por la vía electrónica (Anexo 5).

## ACTIVIDADES

### *Formación sobre el maltrato en la vejez en AP.*

#### OBJETIVOS:

- Valorar el conocimiento existente en cuanto a la detección e intervención ante los casos de maltrato en las personas de edad avanzada.
- Formación del equipo de Atención Primaria en cuanto a malos tratos en la vejez.
- Ofrecer herramientas para la detección y prevención.

#### DESARROLLO:

##### Esta actividad se desarrollará en tres etapas:

1. Valoración inicial sobre el conocimiento existente.
2. Ponencia informativa sobre el ``Maltrato en la vejez``.
3. Evaluación posterior sobre la formación recibida.

#### PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN INICIAL SOBRE MTPM EN SANITARIOS DE AP.

Es esta la primera toma de contacto con el grupo, se llevará a cabo la presentación de los ponentes, en este caso, un geriatra y se contará con los estudiantes de EIR en comunitaria, son los responsables de todas las actuaciones que se desarrollen en cada una de las etapas.

A continuación, para conocer cuál es el conocimiento que posee el equipo de AP sobre los MTPM se proyectará un código QR desde el que todos los participantes puedan acceder a una encuesta inicial, de elaboración propia, evaluadora de la formación existente (Anexo 6).

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>ASISTENTES</b>          | Médico<br>Enfermero/a<br>Trabajador/a social                        |
| <b>RECURSO EMPLEADO</b>    | Encuesta inicial. (Anexo 6)   |
| <b>DURACIÓN</b>            | 10 minutos.   |
| <b>RECURSOS MATERIALES</b> | Aula proporcionada por el CS<br>Ordenador.<br>Proyector.<br>Folios. |

|  |   |
|--|---|
|  | Bolígrafos.<br>Móvil o portátil para acceder a la encuesta (Formularios de Google). |
|--|---|

Aprovechando el tiempo en el que se realiza la encuesta se les repartirá folios y bolígrafos de modo que puedan tomar anotaciones.

**SEGUNDA ETAPA: PONENCIA INFORMATIVA SOBRE EL MALTRATO EN LA VEJEZ.**

En esta segunda etapa se pretende principalmente instruir al equipo multidisciplinar que compone la Atención Primaria sobre malos tratos en la tercera edad. Se pretende concienciar y responsabilizar a todos estos profesionales sobre la oportunidad que poseen en sus consultas para la detección y prevención. Se mantienen los mismos recursos materiales y los ponentes son los mismos. En esta etapa más informativa se va a trabajar con los sanitarios los siguientes ítems

- El maltrato en la vejez.
- La víctima. Factores de riesgo.
- El agresor. Características.
- Tipos de maltrato.
- Según lugar.
- Según la forma.
- Signos de alerta.
- Detección. Instrumentos de detección.
- Intervención.

Se proyectará una presentación a modo de introducción reflejando los puntos que se han señalado anteriormente. Gracias a que se cuenta con la ayuda de especialistas en la rama de "Geriatría" para apoyar la exposición, habrá total libertad y se fomentará por parte de los ponentes la comunicación abierta y fluida que permita la interacción. Asimismo, se les recordará a todos los participantes que no se distraigan con la información reflejada en la presentación ya que al término de la jornada se les repartirá un folleto informativo.

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| <b>DURACIÓN</b> | <b>60 min.</b> |
|-----------------|----------------|

**TERCERA ETAPA: EVALUACIÓN POSTERIOR SOBRE LA FORMACIÓN RECIBIDA.**

En esta última etapa habiendo sido ya formados se presentarán varios casos clínicos y se les hará preguntas con la intención de que demuestren:

- Saber diferenciar y especificar el tipo de maltrato.
- Reconocer las señales de alerta.
- Detectar el maltrato a esa persona de edad avanzada en la consulta.
- Saber actuar ante situaciones de riesgo.

En último lugar haciendo uso de los casos clínicos, se pedirá que según el caso clínico indiquen en forma de una ``brainstorming`` cuáles son las actitudes que puede desarrollar la Atención Primaria para la prevención, detección e intervención de los malos tratos y finalmente se les preguntará cuáles están dispuestos a incorporar en sus consultas.

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| <b>DURACIÓN</b> | <b>20 min.</b> |
|-----------------|----------------|

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| <b>DURACIÓN TOTAL</b> | <b>1:30 H</b> |
|-----------------------|---------------|

*Concienciación sobre el maltrato en la vejez en PM.*

**OBJETIVOS:**

- Sensibilizar a las personas mayores sobre los tipos de maltrato que pueden experimentar.
- Enseñarles a identificar los malos tratos en su día a día.
- Promover conductas de rechazo ante el maltrato.
- Proporcionar recursos de apoyo y ayuda en caso de ser víctimas.

**DESARROLLO:**

**Esta actividad se realizará en 5 pasos:**

1. Introducción a los malos tratos en las personas de edad avanzada.
2. Las señales de alerta.
3. Juegos de rol.
4. Recursos y apoyo.
5. Debate final.

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>PONENTES</b>   | Dos enfermeros  |
| <b>ASISTENTES</b> | Los integrantes de las asociaciones nombradas previamente nombradas que |

|                            |  |
|----------------------------|--|
|                            | desearon participar y firmaron el consentimiento informado. (Anexo 3)            |
| <b>RECURSO DIDÁCTICO</b>   | Folleto informativo (Anexo 7).   |
| <b>RECURSOS MATERIALES</b> | Aula proporcionada por el club o asociación de mayores.<br>Hojas.<br>Bolígrafos. |
| <b>DURACIÓN TOTAL</b>      | <b>1:30 H.</b>   |

### **INTRODUCCIÓN A LOS MALOS TRATOS EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA.**

Antes de comenzar la actividad los profesionales a cargo, se presentarán y harán esta pregunta: ¿ Ha sufrido malos tratos por ser mayor ?. Entonces se dará una breve introducción sobre qué son los malos tratos a las personas mayores. Se le explicarán sus tipos (físico, psicológico, sexual y financiero) así como la negligencia, el abandono y la obstinación médica. Se recalcará la importancia de reconocer estos malos tratos y se les pedirá que en el papel que se pasó en un principio escriban si, en caso, de que hayan vivido una situación de maltrato y no si no se familiarizan con estos casos.

|                 |         |
|-----------------|---------|
| <b>DURACIÓN</b> | 25 min. |
|-----------------|---------|

### **APRENDIENDO A RECONOCER LAS SEÑALES DE ALERTA.**

Para esta ocasión se dividirá a los participantes en grupos pequeños, cada uno de estos grupos recibirá un listado diferente sobre tres señales indicadoras de maltrato al grupo etario como pueden ser las lesiones físicas inexplicables, la falta de cuidado personal, la restricción física, los comentarios hirientes, la privación de recursos materiales, la exclusión de la familia... Posteriormente se les pedirá que discutan cada una de las señales, decidiendo si las consideran como malos tratos o no. Independientemente de lo que decidan se les pedirá que justifiquen su respuesta. A continuación, cada grupo compartirá las señales de alerta que presentan y la percepción que mantienen en torno a ellas. En caso de que no reconozcan las señales, se les hará ver su error y se reforzará por medio de educación sanitaria los conocimientos impartidos previamente.

|                 |        |
|-----------------|--------|
| <b>DURACIÓN</b> | 25 min |
|-----------------|--------|

### **JUEGOS DE ROL O ROLE PLAYING.**

Para esta actividad se mantiene los grupos anteriores y en este caso se les proporciona un escenario de maltrato común como un familiar que controla el dinero de una persona mayor, un cuidador que muestra comportamientos agresivos o un cuidador que no asea o alimenta en condiciones. Solo dos de los integrantes del grupo actúan en esta situación según el papel que se les ha otorgado alternando entre el papel de la víctima o persona mayor y el agresor o cuidador. Los actores serán elegidos por el grupo y son los únicos que conocen el caso. Mientras que el resto tiene que adivinar qué tipo de maltrato es, explicar cómo se sentirían si fueran la víctima y cuál sería su actuación.

|                 |        |
|-----------------|--------|
| <b>DURACIÓN</b> | 25 min |
|-----------------|--------|

#### **RECURSOS DE APOYO Y AYUDA.**

-Se recordará que poseen infinidad de derechos y deben ser respetados. Y aunque sean garantizadas deben velar por ellos y no permitir ningún tipo de discriminación.

-Se nombrará cuáles son las inmediaciones en las que pueden denunciar el maltrato. Todo esto viene en el folleto informativo que se repartió al principio de la jornada.

-Se fomenta la divulgación de esta información con amigos y familiares.

|                 |       |
|-----------------|-------|
| <b>DURACIÓN</b> | 5 min |
|-----------------|-------|

#### **DEBATE FINAL**

Se concluye esta jornada lectiva, pidiendo que en el papel inicial vuelvan a responder la primera pregunta que se hizo: ¿ He sido víctima de malos tratos? . Por último se cierra con la pregunta abierta de qué he aprendido y se invitará a los participantes a que ofrezcan sus reflexiones acerca del tema.

|                 |        |
|-----------------|--------|
| <b>DURACIÓN</b> | 10 min |
|-----------------|--------|

#### *Formación y capacitación de cuidadores informales.*

#### **OBJETIVOS:**

- Mejorar la formación de los cuidadores informales.
- Promover un cuidado adecuado a la persona mayor.
- Crear grupos de apoyo entre los cuidadores que asisten.

#### **DESARROLLO:**

A la hora de actuar en este grupo este taller será organizado en cinco estaciones:

- ❖ Estación nº1 : La tarea de cuidar.
- ❖ Estación nº 2: La comunicación asertiva en el cuidado.
- ❖ Estación nº3: Los cuidados básicos.
- ❖ Estación nº 4: Prevención de accidentes.
- ❖ Estación nº 5: Recursos de apoyo para los cuidadores.

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>PONENTES</b>            | Un enfermero.<br>Un auxiliar de enfermería   |
| <b>ASISTENTES</b>          | Los cuidadores informales que deseen participar, este taller será anunciado por medio de carteles desde el centro de salud (Anexo 8) |
| <b>RECURSO DIDÁCTICO</b>   | Folleto informativo.   |
| <b>RECURSOS MATERIALES</b> | Sala de conferencias porcionada por el centro de salud (aforo).<br>Proyector y pantalla.<br>Hojas.<br>Bolígrafos.                    |
| <b>DURACIÓN TOTAL</b>      | <b>1:30 H.</b>   |

#### **ESTACIÓN Nº1 : LA TAREA DE CUIDAR.**

En esta primera estación se da la bienvenida a los cuidadores y se presentan los ponentes. Se abre la siguiente pregunta: ¿Qué significa ser cuidador?. Más tarde se informa sobre el rol que desempeña el cuidador y cuáles son sus responsabilidades.

Finalmente se presenta el taller cómo lo que verdaderamente es: una oportunidad para facilitar la labor de cada uno de los participantes.

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| <b>DURACIÓN</b> | <b>10 min.</b> |
|-----------------|----------------|

#### **ESTACIÓN Nº2: LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL CUIDADO.**



- I. Breve explicación sobre qué es la comunicación asertiva, ejemplos y por qué es importante su uso sobre todo en personas de edad avanzada que sufren demencias o ven alterado su estado cognitivo.
- II. Exposición de videos explicativos que afianzan la información anterior. Sobre todo en el abordaje de la persona mayor con demencia. (24, 25)

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| <b>DURACIÓN</b> | <b>15 min.</b> |
|-----------------|----------------|

### **ESTACIÓN Nº3: LOS CUIDADOS BÁSICOS.**

Los cuidados básicos en los que se van a trabajar son: la higiene personal, la alimentación y la movilización segura.

Se harán juegos de rol por parejas en los que se desarrollen todas estas actividades. Cada una de las actividades cuenta con variantes, como lo es el baño en cama o los cambios posturales, pasar de la silla a la cama o al revés.

Antes de desarrollar cualquiera de estas tareas se dará una demostración práctica de la forma correcta para proporcionar los siguientes cuidados. Mientras se llevan a cabo estas tareas se objetivan las dificultades presentes, se corregirán posturas y se darán recomendaciones.

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| <b>DURACIÓN</b> | <b>35 min.</b> |
|-----------------|----------------|

### **ESTACIÓN Nº 4: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.**

Esta parte del taller está limitada a prevenir riesgos en el hogar como lo son las caídas o el atragantamiento a la hora de comer. De este modo se proporcionan medidas dirigidas a identificar los posibles riesgos del entorno y actuar ante ellos.

Se les preguntará si durante su práctica lidian con elementos potenciales de riesgo para la integridad del mayor y cual es su actuación. En esta sesión se hará una puesta en común con el resto de participantes en la que serán ellos quienes propongan medidas preventivas y soluciones que serán validadas por los profesionales siempre que sean adecuadas. En caso de que no lo sean se les mostrará la forma en la que se debe actuar.

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| <b>DURACIÓN</b> | <b>20 min.</b> |
|-----------------|----------------|

### **ESTACIÓN Nº 5: RECURSOS DE APOYO PARA LOS CUIDADORES.**

Se presentarán todos los recursos y servicios de apoyo para cuidadores. Además en este taller se fomentará la unión y el soporte entre todos los participantes desarrollando una actividad de ocio más adelante. De modo que se prevenga el aislamiento social en el cuidador, la actividad sugerida es la siguiente: "¡ BRUNCH DE CUIDADORES

REALEJEROS'' que irá acompañada de juegos de pelota y otras actividades al aire libre en un parque recreativo del municipio.

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| <b>DURACIÓN</b> | <b>10 min</b> |
|-----------------|---------------|

*Concienciación sobre el maltrato en la vejez a las autoridades municipales.*

**OBJETIVOS:**

- Sensibilizar a las instituciones sobre la violencia y la discriminación que recibe la tercera edad.
- Promover la responsabilidad institucional impulsando así la creación de políticas para la protección de los mayores.
- Fomentar una cultura de cuidado y respeto hacia las personas de edad avanzada desde las instituciones.

**DESARROLLO:**

**Esta jornada lectiva se hará en cinco fases:**

- Fase introductoria.
- Fase de concienciación.
- Fase analítica.
- Fase resolutive.
- Fase de compromiso.

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>PONENTES</b>            | Un enfermero.  |
| <b>ASISTENTES</b>          | Las autoridades municipales que acepten participar.  |
| <b>RECURSO DIDÁCTICO</b>   | Folleto informativo.   |
| <b>RECURSOS MATERIALES</b> | Sala de conferencias porcionada por el ayuntamiento.<br>Proyector y pantalla.<br>Ordenador.<br>Hojas.<br>Bolígrafos. |

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| <b>DURACIÓN TOTAL</b> | <b>1:30 H.</b> |
|-----------------------|----------------|

**FASE INTRODUCTORIA: PRESENTACIÓN DEL TEMA.**

- Presentación del ponente y bienvenida a los miembros de la institución que han deseado participar.
- Explicación sobre el propósito de la reunión: abordaje del maltrato a personas mayores en Los Realejos y el fomento de la responsabilidad institucional al respecto.
- Contextualización del tema aportando ejemplos de casos de maltrato a personas mayores y datos estadísticos.

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| <b>DURACIÓN</b> | <b>10 min</b> |
|-----------------|---------------|

**FASE DE CONCIENCIACIÓN: EL MALTRATO EN VEJEZ Y SUS TIPOS.**

- A partir de una presentación se discutirán sobre los diferentes tipos de maltrato a personas mayores, incluyendo el abuso físico, psicológico, sexual, económico, la negligencia y el abandono.

-Se recalcan las señales que alertan de maltrato y sobre todo la responsabilidad de la institución en la prevención y en la creación de recursos de apoyo.

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| <b>DURACIÓN</b> | <b>20 min</b> |
|-----------------|---------------|

**FASE ANALÍTICA: POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ACTUALES PARA LOS MTPM.**

-Se divide a los participantes en tres grupos y se les proporciona copias de las guías y protocolos presentes en Canarias relacionados con el maltrato a personas mayores. Cada grupo recibirá uno de estos:

- Protocolo del programa del mayor. (20)
- Guía de actuación en las personas mayores en AP. (26)
- Guía de buenos tratos a mayores por el ayuntamiento de Santa Cruz.(27)

-Se les pide que revisen estas políticas y discutan si son útiles. Si no lo son se les pide que expongan medidas de mejora.

- A continuación se comparten los hallazgos y recomendaciones con el resto.

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| <b>DURACIÓN</b> | <b>30 min</b> |
|-----------------|---------------|

**FASE RESOLUTIVA: PROPUESTAS DE MEJORA EN LA ACTUACIÓN DE MTPM .**

- A partir de una sesión abierta se pedirá que se expongan las medidas y procedimientos que la institución, en este caso el ayuntamiento de los Realejos,

desarrolla en relación con la protección y la prevención de los malos tratos en las personas mayores.

-Posteriormente se animará a los participantes a la creación de un plan de actuación, se les pedirá que promulguen medidas y citen que recursos estarían dispuestos a crear por parte de la institución para el abordaje de esta problemática.

-Asimismo también se les animará al fomento y la divulgación de una cultura de respeto hacia las personas mayores.

|                 |         |
|-----------------|---------|
| <b>DURACIÓN</b> | 20 min. |
|-----------------|---------|

### FASE DE COMPROMISO

En esta última fase se hace un llamado a la responsabilidad institucional, en la prevención y en el abordaje de los casos de maltrato en la tercera edad. Se les anima a tomar acción implementando todas las sugerencias identificadas durante la jornada lectiva.

|                 |         |
|-----------------|---------|
| <b>DURACIÓN</b> | 10 min. |
|-----------------|---------|

### PRESUPUESTO

| RECURSOS                   |                                    | COSTE POR UNIDAD   | COSTE FINAL |
|----------------------------|------------------------------------|--|-------------|
| <b>RECURSOS MATERIALES</b> | -Ordenador.                        | Recursos disponibles en el centro de salud y ayuntamiento. | 0€          |
|                            | -Proyector.                        |  |             |
|                            | -Aula.                             |  |             |
|                            | -Impresión del material didáctico. | 0,10 €   | 55€         |
|                            | -Impresión de póster informativo.  | 23 €/ u.   | 138€        |
|                            | -Folios.                           | 5 € (pack de 500 u)  | 15€         |
|                            | -Bolígrafos Bic.                   | 0,50 €   | 40€         |

|                         |                                     |  |              |
|-------------------------|-------------------------------------|--|--------------|
| <b>RECURSOS HUMANOS</b> | -Geriatra.                          | 200 €/ actividad.  | 1.200€       |
|                         | -Estudiantes de EIR en comunitaria. | Se considera una actividad docente.  | 0€           |
|                         | -Enfermeras                         | Se aprovechará las horas asignadas para docencia de las Enfermeras de Atención Primaria, participaran después de ser formadas. | 0€           |
|                         | -Auxiliar de enfermería.            | 20€ / hora   | 240€         |
|                         | -Catering para las actividades.     | 100€ /actividad.   | 2100€        |
| <b>TOTAL:</b>           |                                     |  | <b>3788€</b> |

### TEMPORALIZACIÓN.

Este proyecto está planteado para el período comprendido entre febrero y abril de 2025 cuando ya sea titulada oficialmente en el Grado de Enfermería.

| MES   | FEBRERO        |                |                |                | MARZO          |                |                |                | ABRIL          |                |                |                |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| SEMANA  | 1 <sup>a</sup> | 2 <sup>a</sup> | 3 <sup>a</sup> | 4 <sup>a</sup> | 1 <sup>a</sup> | 2 <sup>a</sup> | 3 <sup>a</sup> | 4 <sup>a</sup> | 1 <sup>a</sup> | 2 <sup>a</sup> | 3 <sup>a</sup> | 4 <sup>a</sup> |
| Pedir permisos:                                       |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |
| Captación del interés de las autoridades municipales: |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |                |

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contratación de geriatría y auxiliar de enfermería.  | ■ | ■ |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Acordar con la unidad docente del EIR en Tenerife, de Comunitaria para la colaboración de sus estudiantes: | ■ |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Elaboración de material didáctico:   | ■ | ■ |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Promoción de los talleres:   |   |   | ■ | ■ |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Formación de sanitarios en diferentes CS:  |   |   | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |   |   |   |   |
| Taller de malos tratos en PM para las ``Terceras Edades``  |   |   |   |   | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Concienciación sobre el maltrato a PM en el ayuntamiento.  |   |   |   | ■ |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Formación y capacitación de los cuidadores.  |   |   |   |   |   |   | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

## SISTEMA DE EVALUACIÓN

El sistema de evaluación variará en cuanto al grupo en que se interviene.

- ✓ En el caso de los **sanitarios**, se evaluará la formación impartida repitiendo la encuesta inicial del principio con una salvedad, se añade una nueva pregunta cuyo objetivo es comprobar que sepan actuar ante un caso de malos tratos en personas mayores. Finalmente se contrastan ambas encuestas iniciales y se valora si se han alcanzado los objetivos.
- ✓ La intervención en el Ayuntamiento de los Realejos, si necesita ser evaluada, será consensuada con el equipo de gobierno para facilitar la creación de políticas preventivas ante los malos tratos en personas mayores.
- ✓ A la hora de valorar el éxito en los talleres desarrollados en **personas mayores y cuidadores** el sistema de evaluación consiste en la observación y la práctica de las actividades planteadas. Así como se llevará a cabo la autoevaluación del proyecto a través de la siguiente tabla:

|                                    | <u>EXCELENTE</u>   | <u>BIEN</u>   | <u>REGULAR</u>   | <u>INSUFICIENTE</u>  |
|------------------------------------|--|---|--|--|
| <b>La Recogida De Información.</b> | La información obtenida antes de realizar el proyecto ha sido <u>completa</u> .    | La información obtenida antes de realizar el proyecto ha sido <u>muy básica</u> o <u>suficiente</u> . | La información obtenida antes de realizar el proyecto ha resultado <u>insuficiente</u> . | La información obtenida antes de realizar el proyecto ha sido <u>inútil</u> .          |
| <b>Objetivos.</b>                  | Los objetivos marcados se <u>cumplieron de manera muy correcta</u> en el proyecto. | Los objetivos marcados <u>se cumplieron</u> en el proyecto.   | Los objetivos marcados <u>no se cumplieron al completo</u> en el proyecto.               | Los objetivos marcados <u>no se cumplieron</u> en el proyecto.                         |
| <b>Metodología</b>                 | Los métodos que se siguen en el proyecto aparecen de manera <u>muy correcta</u> .  | Los métodos que se siguen en el proyecto aparecen de manera <u>correcta</u> .                         | Los métodos que se siguen en el proyecto aparecen de manera <u>poco correcta</u> .       | Los métodos que se siguen en el proyecto <u>no</u> aparecen de forma <u>correcta</u> . |

|                                |   |   |  |   |
|--------------------------------|---|---|--|---|
| <b>Medios utilizados.</b>      | Los medios utilizados para el proyecto <u>han sido empleados muy correctamente.</u> | Los medios utilizados para el proyecto <u>han sido empleados</u>                  | Los medios utilizados para el proyecto <u>no han sido correctamente adecuados</u>      | Los medios utilizados para el proyecto <u>no han servido.</u> |
| <b>Posibles logros.</b>        | Se han cumplido con <u>éxito</u> los objetivos del proyecto.                        | Se han cumplido con un <u>resultado satisfactorio</u> los objetivos del proyecto. | Se han cumplido con un resultado <u>poco satisfactorio</u> los objetivos del proyecto. | <u>No</u> se han <u>cumplido</u> los objetivos del proyecto   |
| <b>Grado de eficacia final</b> | El proyecto ha tenido una <u>eficacia final completa</u>                            | El proyecto ha tenido una <u>eficacia final parcial</u>                           | El proyecto ha tenido una <u>eficacia final baja</u>                                   | El proyecto <u>no ha tenido eficacia final</u>                |

## BIBLIOGRAFÍA

1. de Jesús Martínez Pérez T, Aragón CMG, León GC, Aguiar BG. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Aging, Elderly and Quality of Life: Success or Difficulty? [Internet]. Sld.cu. [citado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569/1624>
2. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado el 7 de mayo de 2024];25(2):57–62. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X201400020002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X201400020002)
3. Esmeraldas Vélez EE, Falcones Centeno MR, Vásquez Zevallos MG, Solórzano Vélez JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarrollo las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2019 [citado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.26907/2474-8194.2019.01.001>



- 2024];3(1):58–74. Disponible en:  
<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357>
4. Trejo Maturana C. El Viejo en la historia. Acta Bioeth [Internet]. 2001 [citado el 7 de mayo de 2024];7(1):107–19. Disponible en:  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2001000100008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100008)
  5. Carbajo Vélez M del C. La historia de la vejez. Revista de la Facultad de Educación de Albacete Núm 23. 2008;Pág. 237-254.
  6. Ortega MPM, Luque MLP, Fernández BC. VISION HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE VEJEZ DESDE LA EDAD MEDIA [Internet]. Rua.ua.es. [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en:  
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4889/1/CC\\_11\\_08.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4889/1/CC_11_08.pdf)
  7. El proceso del envejecimiento [Internet]. Medwave.cl. [citado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/2001-2011/2753.html>
  8. Ocronos R. Principales cambios en el proceso de envejecimiento [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2022 [citado el 7 de mayo de 2024]. Disponible en:  
<https://revistamedica.com/principales-cambios-proceso-envejecimiento/>
  9. Aguado Barbillo S. La jubilación en España. Sistema público de pensiones y planes de pensiones. Universidad de Valladolid; 2020.
  10. Nieto Calmaestra JA, Capote Lama A. Geografía del envejecimiento en España y Portugal / Geography of aging in Spain and Portugal. Eria [Internet]. 2020;1(1):107–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17811/er.1.2020.107-122>
  11. Conde-Ruiz y Clara I. González JI. El proceso de envejecimiento en España. Mediterráneo económico, No 34. 2021;73–93.
  12. Moreno B, Pedace M, Matusevich D. Maltrato y abuso en la vejez: veinte años después. Vertex Rev Arg Psiquiatr [Internet]. 2017 [citado el 7 de mayo de 2024];28(134, jul.ago.):292–8. Disponible en:  
<https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/443>
  13. Agudelo Cifuentes MC, Cardona Arango D, Segura Cardona AM, Restrepo-Ochoa DA. Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2020 [citado el 7 de mayo de 2024];38(2):1–11. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X202000020002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X202000020002)
  14. Montero Solano G, Vega Chaves JC, Hernández G. Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2017 [citado el 7 de mayo de

- 2024];34(1):120–30. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100120](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100120)
15. Faes RF, editor. La voz de la terapia ocupacional ante los malos tratos a personas mayores [Internet]. Vol. no 8. Revista Asturiana de Terapia Ocupacional; 2010. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3823378>
16. Friero-Padín P, González-Rodríguez R. Perspectiva profesional y protocolos de intervención ante situaciones de maltrato hacia personas mayores. Gerokomos [Internet]. 2020 [citado el 7 de mayo de 2024];31(4):226–31. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2020000500226](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000500226)
17. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria : Nuberos Científica : El maltrato en la vejez [Internet]. Enfermeriacantabria.com. [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/14/122>
18. Seco Lozano L Sra. Edadismo: la barrera invisible. Enferm Nefrol [Internet]. 2022;25(1):7–9. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v25n1/2255-3517-enefro-25-01-01.pdf>
19. Montserrat C, Muñoz J, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. Gac Sanit [Internet]. 2007 [citado el 9 de mayo de 2024];21(3):235–41. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000300010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300010)
20. SCS. Programa de atención a las personas mayores [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=5d9568e7-ec59-11dd-aec4-3b364cdf6941&idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117>
21. Mapa Sanitario [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/mapasanitario/map.html?map=327680>
22. Indicadores Urban Audit para municipios mayores de 20.000 habitantes [Internet]. INE. [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=27149>

23. Mayores [Internet]. Los Realejos. Excmo. Ayuntamiento de Los Realejos; 2022 [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://losrealejos.es/bienestar-social/mayores/>
24. Online A. 6 Recomendaciones para HABLARLE a un adulto con demencia [Internet]. Youtube; 2021 [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LkuFEWI3wcM>
25. Hospital Clínic de Barcelona. La comunicación. Convivir con la demencia [Internet]. Youtube; 2016 [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=J5NYAzLeCkc>
26. Gobiernodecanarias.org. [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/96706858-ec54-11dd-9b81-99f3df21ba27/GUIA\\_PERSONAS\\_MAYORES.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/96706858-ec54-11dd-9b81-99f3df21ba27/GUIA_PERSONAS_MAYORES.pdf)
27. Santacruzdetenerife.es. [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.santacruzdetenerife.es/web/fileadmin/user\\_upload/web/Servicios Municipales/Atencion Social/Guia buenostratos mayores.pdf](https://www.santacruzdetenerife.es/web/fileadmin/user_upload/web/Servicios Municipales/Atencion Social/Guia buenostratos mayores.pdf)
28. Breve I, La historia sanitaria y social CPDQ se AJ a., de maltrato. CO es O un NS de S. ELDER ABUSE SUSPICTION INDEX (EASI) [Internet]. Madrid.es. [citado el 11 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/anexos/209b\\_EASI.pdf](https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/anexos/209b_EASI.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1: ELDER ABUSE SUSPICION INDEX (EASI) (28)

1. **¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, 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 ha impedido que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la 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 ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?**

Sí  No  No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿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 dañándolo físicamente?**

Sí  No  No contesta

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

Sí

No

No contesta

**Médico/Enfermera/Psicólogo/TATS: No haga las siguientes preguntas. Son para que las conteste usted:**

- I. El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: poco contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración inadecuada de medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos en el curso de su asistencia?

Sí

No

No está seguro

- II. Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?

**DOS RESPUESTAS AFIRMATIVAS SON CONSIDERADAS INDICIO DE MALTRATO**

**ANEXO 2: PERMISO A GAP.**

**Gerencia:** \_\_\_\_\_ (institución)

**Servicio Canario de Salud**

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nos dirigimos a ustedes a través de esta carta con el fin de informarles sobre un proyecto de intervención educativa y solicitar la autorización requerida y los permisos necesarios para la puesta en marcha de dicho proyecto.

El objetivo principal es el de valorar el conocimiento que poseen los profesionales de la salud sobre el maltrato en la vejez y abordar el tema aportando herramientas que faciliten su detección e intervención desde el primer nivel asistencial: Atención Primaria. El proyecto tiene una duración aproximada de 2 meses, y la formación comenzará a partir del mes de febrero de 2025 en la zona básica de salud que corresponde a Los Realejos.

Se adjunta ejemplar del proyecto de investigación e informe del Comité Ético de Investigación Clínica.

Como investigadora principal de dicho proyecto solicito la autorización correspondiente para su realización.

Atentamente,

Fdo. Valeria Gonzalez García

Investigadora principal del proyecto

Email de contacto: [valeriaggarcia17@gmail.com](mailto:valeriaggarcia17@gmail.com)

### **ANEXO 3:CONSENTIMIENTO INFORMADO A LAS PERSONAS MAYORES.**

Le informamos del desarrollo de un proyecto de intervención educativo que estamos llevando a cabo sobre los malos tratos en el perfil del anciano, en el municipio de Los Realejos, en Santa Cruz de Tenerife.

El beneficio que se pretende al realizar este estudio es el de concienciar a los mayores sobre los casos de discriminación y violencia que pueden sufrir, así como, fomentar las conductas de rechazo desde este grupo poblacional.

Por esta razón necesitamos de su colaboración, para obtener estos objetivos.

Todos los datos serán tratados de manera confidencial y el secreto profesional se cumplirá en todo momento.

Yo \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos) y DNI \_\_\_\_\_ acepto participar en el taller ``CONCIENCIACIÓN SOBRE EL MALTRATO EN LA VEJEZ EN PM ´´ que forma parte del proyecto de intervención educativo y preventivo de malos tratos en el grupo etario.

Mi participación es voluntaria, por lo cual, y para que conste, firmo este consentimiento informado junto al profesional que me brinda la información.

Los Realejos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2025.

**ANEXO 4: PERMISO A LAS ASOCIACIONES DE MAYORES.**

Los Realejos a \_ de \_\_\_ de 2025

**D<sup>a</sup> Coordinador/ Presidente:** \_\_\_\_\_

**Agrupación o Asociación de Mayores** \_\_\_\_\_

Como graduada en el grado de Enfermería solicito a usted su autorización para realizar el proyecto denominado: "Concienciación sobre el maltrato en la vejez en PM" en el establecimiento que usted lidera.

Siendo mi persona el investigador titular en esta propuesta que forma parte de un "Proyecto de intervención educativo y preventivo sobre los MTPM" a realizarse en el período y horario de marzo a abril de 2025.

Atentamente

Valeria González García

Titulada en el grado de Enfermería.

Correo (e-mail): [valeriaggarcia17@gmail.com](mailto:valeriaggarcia17@gmail.com)

**Firma de visto bueno:** \_\_\_\_\_

**(Presidente de la institución donde se realizará el taller a personas mayores)**



## **ANEXO 5:PERMISO AL COMITÉ DE ÉTICA**

La Laguna, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

### **Presidente del CEIBA**

Como titulada en el grado de Enfermería solicito a usted su autorización para someter a revisión, evaluación y dictamen al Comité de Ética para la Investigación en Salud de la Universidad de La Laguna (CEIBA) el proyecto titulado: Proyecto de Intervención Educativa y Preventiva sobre MTPM”

Siendo mi persona el investigador titular, esta propuesta se somete como parte del proceso de graduación de la Carrera en Enfermería y forma parte del Trabajo de Fin de Grado. Dicha propuesta está diseñada para realizarse en el período comprendido entre febrero y abril.

**Atentamente**

**Valeria González García**

**Titulada en enfermería**

**Correo (e-mail): [valeriaggarcia17@gmail.com](mailto:valeriaggarcia17@gmail.com)**

**DNI: 78649979F**

**ANEXO 6:** ENCUESTA INICIAL / POSTERIOR (pregunta añadida) EVALUADORA  
SOBRE LA FORMACIÓN EN MTPM DE ELABORACIÓN PROPIA.

Bienvenido a esta jornada lectiva de ``Formación en AP sobre MTPM``. Primero deseamos saber qué conocimiento posee usted, por lo tanto responda a esta encuesta de carácter confidencial e informativa. Gracias.

**Marqué con X, la profesión que ejerce:**

- Medicina.  Enfermería.  Trabajo social.

**1. ¿ Has recibido formación sobre Malos tratos a Ancianos?**

- SI  
 No

**2. En caso afirmativo, ¿ por qué medio has recibido esta formación?**

- Curso.  
 Máster.  
 Jornada informativa.

**3. ¿ Cómo valorarías la formación recibida?**

- Mala  
 Media  
 Buena

**4. ¿ Conoces alguna herramienta para la detección de malos tratos en la persona mayor?**

- SI  
 No

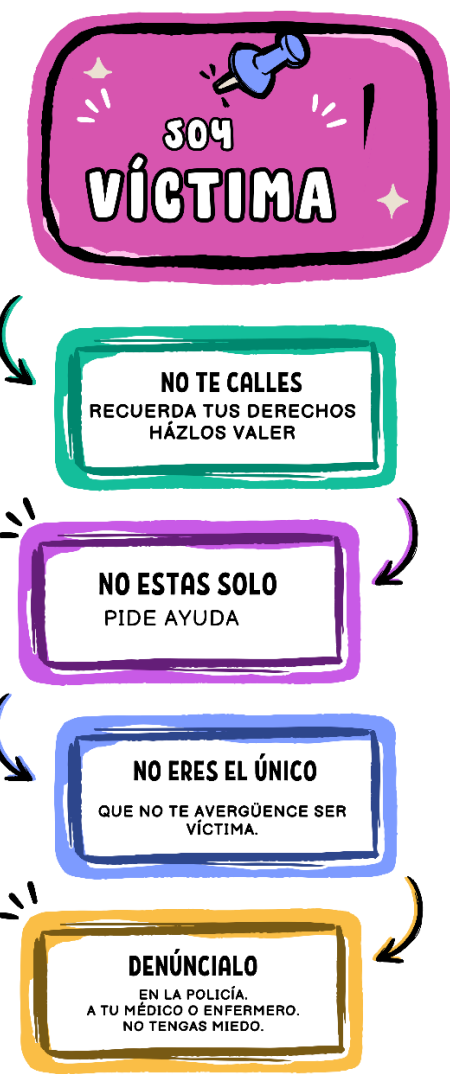
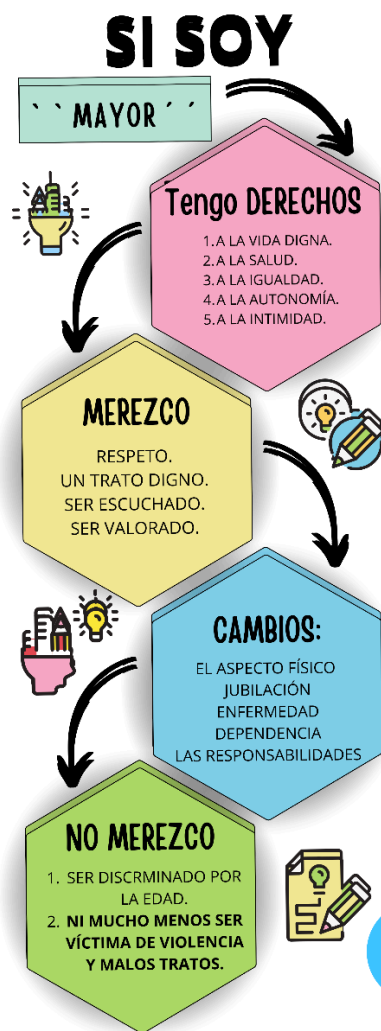
En caso afirmativo especificar cuál \_\_\_\_\_

**5. ¿En su experiencia laboral se ha presentado algún caso de MTPM?**

\* **¿Tras haber recibido la formación sabría actuar frente a un caso de MTPM?**

- SI  
 NO  
 En caso afirmativo explique cuál fue la intervención:  
\_\_\_\_\_

**ANEXO 7: FOLLETO INFORMATIVO SOBRE LOS MALOS TRATOS PARA LA TERCERA EDAD DE ELABORACIÓN PROPIA.**





**ATENCIÓN**

**CUIDADORES**

Estimada comunidad, han sido invitados al **TALLER FORMATIVO DE CUIDADORES INFORMALES**, nos vemos EN ESTE CENTRO DE SALUD MUY PRONTO.

*Queremos facilitar su labor y esperamos su colaboración.*

**¡APÚNTATE!**

**@yotecuido**