



EASI como herramienta de apoyo a la valoración enfermera en la sospecha de malos tratos al anciano

Sara Vigara Dévora

Tutora: María Mercedes Arias Hernández

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería y

Fisioterapia

Universidad de La Laguna

Tenerife

Junio 2018

Resumen

El maltrato al adulto mayor es considerado en la actualidad como un problema de carácter social. La escasez de herramientas de detección en Canarias plantea la necesidad a los profesionales de enfermería del primer nivel asistencial de incorporar nuevos instrumentos de valoración enfermera para la detección y prevención de nuevos casos. La enfermera se presenta como el agente de salud del Equipo de Atención Primaria que más profundamente puede actuar en la atención de las personas de edad avanzada y por ende, intervenir en esta problemática.

Este proyecto de investigación quiere conocer la visión que tienen los profesionales de enfermería del Equipo de Atención Primaria del Barrio de la Salud (Santa Cruz de Tenerife) acerca de la herramienta Elder Abuse Suspicion Index (EASI) como instrumento de valoración enfermera en la persona mayor.

Los resultados del proyecto serán útiles para conocer la opinión del personal de enfermería sobre el cuestionario.

La incorporación de manera sistemática del EASI a la valoración enfermera del paciente mayor en Atención Primaria, ayudaría a prestar cuidados de calidad al adulto mayor y a luchar contra un problema invisible que ha surgido en nuestro país recientemente.

Palabras clave: EASI, enfermería, maltrato al anciano, detección del maltrato, enfermera, Atención Primaria.

Abstract

Elder abuse is nowadays considered to be a social problem. The lack of detection tools in the Canaries shows the necessity, that the nursing profession at primary health level has of incorporating new nurse valuation instruments for the detection and prevention of new cases. The nurse is the representative of health of the Primary health attention team and the person who can take action in the attention of elderly people and so intervene in this problem.

This investigation project would like to learn about the vision the nursing professionals, of the Primary health attention team, of the “Barrio de la Salud” in Santa Cruz of Tenerife, have about the Elder Abuse Suspicion Index (EASI) tool as a nursing valuation instrument of elderly people. The results will be useful to see opinion of the nursing staff about the survey.

The systematic incorporation of the EASI to the nursing valuation of the elderly patient in Primary health, would help to provide quality care to the elderly and to fight against an invisible problem which has arisen in our country recently.

Keywords: EASI, Nursing, Elder abuse, abuse detection, nurse, Primary Health Attention.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes históricos del maltrato al adulto mayor	2
1.3. Clasificación conceptual	3
1.3.1. Definición de violencia	3
1.3.2. Definición de maltrato a las personas mayores	3
1.4. Formas de maltrato	3
1.5. Epidemiología del maltrato en el anciano	6
1.6. Teorías sobre el maltrato en el anciano	7
1.7. Factores de riesgo para el maltrato en el anciano	8
1.8. Prevención primaria, secundaria y terciaria contra los malos tratos	8
1.8.1. Prevención primaria	8
1.8.2. Prevención secundaria	9
1.8.3. Prevención terciaria	9
1.9. Marco legal contra el maltrato en el anciano	9
1.9.1. Nivel internacional	9
1.9.2. Nivel nacional	10
1.10. El Servicio Canario de Salud y el Programa de Atención a las Personas Mayores	11
1.10.1. El Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria	12
1.10.2. La enfermera de Atención Primaria y las personas mayores	12
1.10.3. La valoración enfermera como primera etapa del método enfermero	13
1.10.4. El maltrato al anciano como problema de salud	13
2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	14
2.1. Justificación	14
2.2. Objetivos	15
2.2.1. Objetivo general	15
2.2.2. Objetivos específicos	15
2.3. Fase metodológica de la investigación	15
2.3.1. Población de estudio	15
2.3.2. Cálculo de la muestra	16
2.3.3. Las variables de la investigación	17
2.3.4. Las herramientas de recogida de datos	17
2.4. Fase empírica de la investigación	18

2.4.1. Métodos de recogida de datos	18
2.4.2. Análisis de los datos	19
2.5. Plan de trabajo	19
2.6. Consideraciones éticas	20
2.7. Utilidad de los resultados	20
2.8. Recursos y presupuesto	20
3. Bibliografía	22
4. Anexos	26
4.1. Anexo I. Sección IX algoritmo número catorce de actuación en malos tratos. Programa de Atención a Personas Mayores. Servicio Canario de Salud	26
4.2. Anexo II. Cuestionario Índice de Sospecha de Maltrato a Personas Mayores (EASI)	27
4.3. Anexo III. Cuestionario dirigido al personal de enfermería	31
4.4. Anexo IV. Entrevista semi-estructurada	34
4.5. Anexo V. Cronograma de trabajo	35
4.6. Anexo VI. Consentimiento informado	36
4.7. Anexo VII. Carta de autorización	37
4.8. Anexo VIII. Carta de autorización al Comité Ético de Investigación	38
4.9. Anexo IX. Compromiso del investigador	39
4.10. Anexo X. Presupuesto	40

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Introducción

Se vive más tiempo en todo el mundo. Hoy en día la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida mayor a 60 años, y 125 millones de personas son mayores de 80 años de edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento como la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, estos cambios biológicos, junto con cambios sociales como la jubilación, pueden influir potencialmente en la aparición de factores de riesgo de malos tratos¹.

La violencia hacia el adulto mayor es una realidad a la que se enfrentan los profesionales sanitarios cada vez con más frecuencia y que seguirá en aumento debido al incremento de la esperanza de vida de la población española. Según estudios demográficos del Instituto Nacional de Estadística (INE)² se pronostica que en el año 2020 habrá más de 7.000.000 de ancianos en España, de los cuales el 25% sobrepasará los 80 años. Este hecho junto con otros cambios sociales como la incorporación de la mujer al mercado laboral –persona que tradicionalmente se ocupaba del cuidado del familiar anciano- y cambios en los estereotipos sobre la vejez, han contribuido a que el maltrato al adulto mayor sea un problema para la salud pública que ha surgido en los países desarrollados como España, entre otros³.

Considerando esta realidad demográfica, es necesaria la obligación de centrarnos en mayor medida en los intereses de las personas mayores, en las situaciones que confrontan a diario y en las oportunidades que conlleva el envejecimiento de la población⁴.

A nivel nacional existen pocos estudios que reflejen los malos tratos que sufre el paciente anciano desde la perspectiva de este último, y también existe poca bibliografía acerca de la detección de esta problemática mediante la enfermería de atención primaria. Este proyecto pretende valorar las herramientas enfermeras que ayuden en la detección de malos tratos en los equipos de atención primaria de salud ya que este constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y social del maltrato al anciano, reconocida por la OMS y la International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA)³. Y conocer la opinión de las enfermeras y enfermeros del Centro de Salud Barrio de la Salud en Santa Cruz de Tenerife sobre el cuestionario Elder Abuse Suspicion Index (EASI) en su versión adaptada al español para la detección de la sospecha del maltrato al anciano desde las Unidades de Atención Familiar (UAF) en Atención Primaria.

Según datos obtenidos por la OMS, la INPEA y el National Center on Elder Abuse (NCEA) se reveló que un 10% de ancianos vive situaciones de violencia institucional y un 5-6% de violencia doméstica, de los cuáles solo son reconocidos 1 de cada 5 casos (fenómeno del iceberg)³.

La razón por la que muchos de estos casos no son reconocidos es por el miedo de los ancianos de reconocerse como víctimas del maltrato, a ser institucionalizados, a las represalias o simplemente por lo difícil que resulta aceptar la realidad de que están siendo maltratados muchas veces por sus allegados. Por otra parte, los familiares y los cuidadores tampoco denuncian porque muchas veces son causa del problema⁵.

Por lo tanto, nos encontramos ante un cambio de época y en este escenario es necesario el rol de la enfermera para asumir su labor en la detección de los malos tratos y su colaboración en la aplicación de políticas de protección social que respalden la integridad física y psicológica de los pacientes ancianos y promuevan la igualdad y la tolerancia en y hacia la vejez.

1.2. Antecedentes históricos del maltrato al adulto mayor

En el año 1982 se realiza la primera reunión internacional en torno al envejecimiento en Viena, Austria. Se toma como edad umbral los 60 años y se aprueban los derechos humanos fundamentales del anciano⁶. Pero no es hasta 1988 cuando se describe el concepto de maltrato en el anciano por la Sociedad Británica de Geriátrica en una conferencia multidisciplinar.

En mayo de 1995 surge el concepto de anciano maltratado en España tras la creación de la Declaración de Almería sobre el Anciano Maltratado durante la Primera Conferencia Nacional de Consenso⁷, y se define como todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual, y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, Instituciones).

En 1997 se crea The International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), pero la problemática no es reconocida a escala mundial hasta 2002, cuando la OMS, mediante la Declaración de Toronto defiende y reclama la prevención y la detección del maltrato, así como la creación de estructuras por parte de los países, para no solo detectarlo, sino para proveer servicios tanto a la sociedad como a los profesionales sanitarios que permitan responder de forma adecuada contra el maltrato⁸.

Entre 2003 y 2006 se comienza a crear planes de actuación destacando el de Girona con la publicación del Protocolo de Actuación contra el Maltrato a las Personas Mayores que es un instrumento esencial paralelo a la actuación⁹.

En 2017 en la Comunidad Autónoma de Canarias, la institución humanitaria Cruz Roja Española comenzó a llevar a cabo el proyecto denominado "Buen trato a las personas mayores. Promoción del trato adecuado y protección frente al maltrato" financiado por la Consejería de Política Social y Accesibilidad del Cabildo de Gran Canaria y dirigido a las

personas mayores de 65 años que sufren, han sufrido o que dadas sus condiciones o características podrían sufrir maltrato¹⁰. El objetivo principal de este proyecto es mejorar la protección y la capacidad de afrontamiento de las personas mayores ante una posible situación de maltrato que se esté dando o donde exista riesgo de que ocurra. Para ello, se realizan actividades de sensibilización como charlas, visitas, talleres formativos para adquirir conocimientos sobre el tema. También cuenta con asesoramiento individualizado y grupal, y apoyo psicosocial.

1.3. Clasificación conceptual

1.3.1. Definición de violencia

Uno de los motivos por los que no se ha considerado la violencia como un problema de salud pública es por la falta de una definición clara del concepto. La violencia es un fenómeno sometido a constante revisión, ya que el propio concepto varía dentro de las normas sociales y culturales aceptadas en una sociedad. Por lo tanto, es un hecho difuso que no puede tener una sola definición ya que los comportamientos considerados como aceptados o no, son mutables de generación en generación¹¹.

La OMS define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones¹².

1.3.2. Definición de maltrato a las personas mayores

Aunque no existe una única definición consensuada sobre el concepto del maltrato al adulto mayor, son muchas las organizaciones internacionales y nacionales que se pronuncian con respecto al tema, dentro de las más conocidas se encuentra la Organización Mundial de la Salud que define el maltrato al anciano como un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza¹³.

Por otro lado, la INPEA, define el maltrato en el anciano como un acto único o reiterado, u omisión, que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza¹⁴.

1.4. Formas de maltrato

Desde el Centro Reina Sofía se establecen cinco categorías de clasificación de malos tratos, son las mismas utilizadas para la clasificación de maltrato infantil con la sumatoria del abuso económico; maltrato físico, maltrato psíquico o emocional, abuso

económico o material, abuso sexual y negligencia (activa y pasiva)¹⁵. Se han añadido también otros dos tipos de violencia menos frecuentes citados por Corbacho (2013)¹⁶; abandono y auto negligencia (Tabla 1).

1. Maltrato físico: causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas. Los indicadores de este tipo de maltrato podrían ser quemaduras, marcas de cuerdas para sujeción, dolor, huesos fracturados, etc.

2. Maltrato psíquico o emocional: son palabras o actuaciones de intimidación y humillación, así como actos de omisión de actividades (aislamiento familiar o social, desprecios personales, gritos, insultos, amenazas, intimidaciones, etc.) que busquen y desencadenen en el anciano sensación de malestar, estrés, angustia, estado de irritación o dolor emocional. También es considerado maltrato psicológico negar la toma de decisiones de asuntos que conciernen su vida, así como el infantilismo, es decir, tratar al anciano como si fuera un niño. Los indicadores de este tipo de maltrato serían la ansiedad, miedo o indecisión al hablar, comportamiento inusual, etc.

3. Abuso económico o material: explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos de forma ilícita o indebida por medio de la falsificación de la firma, engaños o coacción mediante amenazas. Los indicadores de este tipo de maltrato serían por ejemplo cambios en herencias, patrones poco comunes de retirada de dinero, etc.

4. Abuso sexual: mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor. También incluye desnudar y/o fotografiar al anciano con fines perversos pornográficos o de humillación, dejación, etc. Entre los posibles indicadores estarían la aparición de hematomas en áreas genitales, ropa rasgada, entre otros.

5. Negligencia: Es la deficiencia por parte del cuidador para prevenir, mantener o proporcionar el estado de salud o estabilidad psíquica que otorgue buena calidad de vida. Es el tipo de maltrato que alcanza mayor incidencia y existen dos tipos de subclasificación citados por Torrejón (2015)¹⁷:

Negligencia activa: Es la negación del cuidado al anciano de forma intencional a modo de castigo o causarle daño. Ejemplo: No proporcionar medicamentos, o la higiene correcta.

Negligencia pasiva: Este caso sería la omisión del cuidado de forma no intencional, por falta de conocimientos o medios, o problemas de salud por parte del cuidador principal. Por ejemplo: Aparición de úlceras por presión por no saber realizar cambios posturales.

6. Abandono: Consiste en dejar solo al anciano sin avisarle previamente o darle tiempo para obtener un nuevo cuidador. Este abandono puede durar cortos periodos de tiempo o no. Alguno de los indicadores de este tipo de maltrato serían, por ejemplo, abandonar al anciano en gasolineras, hospitales, etc.

7. Auto negligencia: Este tipo de abuso se da cuando el propio anciano decide libremente abandonar su propio cuidado, alimentarse, medicarse, y se aísla socialmente.

Si bien algunas formas de maltrato engloban por consecuencia otras, no se deben confundir a la hora de realizar una clasificación.

Tabla 1. Formas de maltrato y ejemplos

Formas de maltrato	Ejemplos
Maltrato físico	Quemaduras, hematomas, cortes, fracturas, uso incorrecto de medicamentos, etc.
Maltrato psicológico	Aislamiento social, infantilización, impedimento para tomar decisiones, etc.
Abuso económico	Robo de dinero, cambios en la herencia, falsificación de firmas, etc.
Abuso sexual	Actos sexuales no consentidos, fotografiar desnudo sin permiso, etc.
Negligencia	No proporcionar higiene adecuada, alimentación, asistencia médica, etc.
Abandono	Dejar al anciano solo en hospitales, centros comerciales, etc.
Autonegligencia	Aislamiento psíquico y social, no auto administrarse medicación, no bañarse, etc.

Fuente: Elaboración propia

1.5. Epidemiología del maltrato al anciano

La prevalencia del maltrato al anciano sigue siendo difícil de estimar hoy en día. Aunque existen numerosos trabajos a nivel internacional y nacional que han estudiado la problemática, todavía sigue siendo un fenómeno desconocido por razones como el aislamiento social del que son víctimas muchos de los ancianos, el miedo a las represalias o porque muchos casos se producen en el ámbito familiar y no hay constancia de que estén ocurriendo¹⁶.

Conocer la prevalencia de los malos tratos nos ayuda a no solo estimar una realidad social invisible aún en nuestros días, sino también conciencia y sensibiliza al personal sanitario y a la sociedad al respecto.

A nivel internacional las estimaciones medias de maltrato al anciano en el ámbito doméstico se sitúan entre el 4-5%¹⁸. Los principales estudios se han realizado en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Australia, Israel, Europa y Hong Kong, citados por Pérez (2013)¹⁹.

En el estudio de Keeffe (2007) en Reino Unido, se estimaron un 2,6% de malos tratos, siendo el más frecuente la negligencia. También se observó que las mujeres denunciaban más casos que los hombres, y que los responsables en su mayoría (51%) eran cónyuges.

En 2007 en Israel, un estudio realizado por Cohen estimó un 5,9% de víctimas de malos tratos, siendo la negligencia también el tipo más frecuente. Al igual que un estudio realizado de nuevo en Israel en 2009 por Lowenstein donde se estimaron un 18,4% de malos tratos.

En 2009 en Estados Unidos, el estudio de Acierno desveló que un 11% de los encuestados había sido víctima de malos tratos en el último año, un 1,2% había sido víctima de al menos dos formas de maltrato y un 0,2% de tres formas de maltrato.

A nivel nacional¹⁷ destacan los estudios realizados por Bazo (2001) en distintos municipios de País Vasco, Andalucía y Canarias que reflejan que en un 4,7% de los casos analizados se habrían producido malos tratos (maltrato físico, abuso material, abuso sexual, maltrato psicológico, etc.). La negligencia representa la forma más frecuente con un 68% total de los casos, seguida de la negligencia psicoafectiva (46%) y luego el maltrato emocional (32%). El abuso material corresponde un 17% del total de los casos, el maltrato físico un 10% y el abuso sexual que se corresponde al 1%.

También destacan los estudios de Pérez, Izal y Montorio (2008)¹⁹, donde se estiman un 12,1% de malos tratos, siendo el tipo más frecuente el maltrato psicológico y también siendo frecuente la presencia simultánea de varios tipos de malos tratos.

En el Centro Reina Sofía también se llevaron a cabo estudios durante el 2008 por Iborra y se reflejó que un 0,8% de los participantes en el estudio estaban siendo

maltratados por algunos de sus familiares y que esta cifra aumentaba al 1,5% en el caso de personas mayores dependientes.

Por último, un estudio llevado a cabo en 2011 por el Gobierno Vasco reveló que, de 1207 participantes, 0,9% de malos tratos fueron percibidos por el adulto mayor, 1,5% por los entrevistadores, y que el tipo de maltrato más frecuente fue el psicológico.

Con los datos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, podemos destacar que es difícil sacar conclusiones concretas sobre el tema debido a que los estudios siguen siendo escasos. Las personas mayores sufren malos tratos de tipo físico, psicológico, sexual, económico. Estos estudios han influido no solo al mayor conocimiento y a la obtención de datos, sino también a la creación de modelos teóricos, programas y protocolos que expliquen los malos tratos y que permitan la actuación correcta desde distintas entidades una vez detectados¹⁸.

1.6. Teorías sobre el maltrato en el anciano

El saber detectar y conocer por qué se produce el maltrato van a ser herramientas necesarias para el enfermero en la identificación de los posibles factores desencadenantes de este hecho. Del Hoyo (2013)²⁰ describe diferentes perspectivas teóricas sobre porque se producen los malos tratos hacia el anciano. Es difícil llegar a un consenso entre ellas por la complejidad del tema y porque las causas del maltrato pueden ser multifactoriales.

1. Modelo situacional: se basa en la interacción entre el estrés y ciertos factores situacionales y/o estructurales que propician el maltrato al anciano a quién consideran causante del estrés.
2. Teoría feminista: se basa en la diferencia de poder en los vínculos. Esta teoría asume que por norma general es la mujer la víctima de malos tratos.
3. Teoría de la demanda excesiva: Teoría que establece un nexo entre el maltrato y el estrés interno o agotamiento del cuidador, es un modelo muy común en psiquiatría.
4. Modelo patológico: hace referencia a los posibles problemas psiquiátricos o de abuso de alcohol o sustancias por parte del cuidador, de ahí la sensación de fracaso y de cargar contra el anciano su propia abulia. Esta teoría es poco útil debido a la falta de investigación.
5. Teoría de la transmisión entre generaciones de la violencia: también conocido como "violencia aprendida" donde el maltratador podría haber sido en el pasado una persona maltratada o ver el comportamiento como normal en su entorno, o el anciano maltratado haber sido un maltratador en la edad adulta. Es un modelo bastante reconocido en psiquiatría.

6. Modelo ecológico: defiende la interacción entre diferentes circunstancias (sociales, individuales, comunitarias, laborales, etc.) para dar lugar al maltrato.

1.7. Factores de riesgo para el maltrato en el anciano

Los factores de riesgo son características que se dan en el anciano que pueden aumentar la probabilidad de ser víctima de malos tratos. Si bien poseer estas características no hace al adulto mayor ser víctima, tan solo lo hace más vulnerable a ser potencialmente un candidato al maltrato. También cabe destacar que los malos tratos no son consecuencia de un solo factor, sino que suele ser la unión de múltiples factores de riesgo que interactúan entre sí. Según Corbacho (2013)¹⁶ los diferentes factores de riesgo de malos tratos son género, edad, estado civil, estado de salud, dependencia, aislamiento social y conducta.

- Género: Investigaciones llevadas en España y en otros países demuestran que las mujeres suelen ser víctimas de malos tratos en un 0,9% en comparación con el 0,7% que presenta el sexo masculino.
- Edad: Al aumentar la edad, aumenta el deterioro en salud y, por ende, el riesgo de ser víctima de malos tratos. La mayor incidencia es en adultos mayores de 75 años.
- Estado civil: Estar casado supone otro factor de riesgo en el maltrato.
- Estado de salud: El deterioro del anciano sumado a una mayor dependencia y demanda de cuidados por parte de su cuidador es considerado otro factor de riesgo.
- Dependencia: Física, económica, emocional de la víctima hacia el cuidador.
- Aislamiento social
- Conducta: Poseer un comportamiento agresivo, conductas anormales, insomnio, agitación nocturna, etc.

1.8. Prevención primaria, secundaria y terciaria contra los malos tratos

Es fundamental la labor de prevención para evitar que los malos tratos lleguen a darse, o si ya han ocurrido, que se repitan otra vez. Según Cordero (2010)²¹ existen tres niveles de prevención, siendo más frecuente por necesidad la prevención terciaria.

1.8.1. Prevención primaria

Va a centrarse en la prevención de la aparición de casos de maltrato y va a considerar, por ende, a toda persona mayor como potencialmente vulnerable a sufrir malos tratos. Por lo que el objetivo será realizar una buena educación a la sociedad, con mesas de debate y campañas para eliminar el estereotipo de la vejez, y proporcionar herramientas

de ayuda a los cuidadores para minimizar el estrés y evitar el síndrome burnout o del quemado.

1.8.2. *Prevención secundaria*

El objetivo fundamental es la identificación de los factores de riesgo del anciano y la localización de las familias con alto riesgo. Esto permitirá la disminución de la prevalencia del maltrato, así como la detección precoz del mismo.

Una de las formas de detección de este podría ser la siguiente regla nemotécnica **SAVED** que recalca los factores de riesgo más importantes para la detección precoz del maltrato:

- S: Stress (Estrés) que puede presentar el cuidador por problemas externos.
- A: Alcoholismo o drogas en el ambiente que rodee al anciano.
- V: Violencia ocurrida anteriormente entre el anciano y el cuidador.
- E: Emociones escasas, falta de motivación y de recursos para el cuidado de la persona mayor.
- D: Dependencia del maltratador sobre la víctima en cualquiera de sus formas: económica, emocional, etc.

1.8.3. *Prevención terciaria*

Es el tipo de prevención más frecuente y consiste en evitar que nuevos episodios de malos tratos se produzcan de nuevo, incluye la intervención legal. Los más frecuentes son los programas de terapia familiar, servicios de apoyo familiar para los problemas de abusos y malos tratos. Sin embargo, el más efectivo es la vía legal por lo que es necesario que los gobiernos creen protocolos rápidos de actuación para intervenir en los casos graves de malos tratos.

1.9. Marco legal contra el maltrato en el anciano

Por el mero hecho de ser persona todos tenemos unos derechos que han de ser respetados y sin los que difícilmente podemos desarrollarnos plena y libremente. El principal y primer maltrato es aquel que no respeta los derechos fundamentales de la persona mayor²². Torrejón (2015)¹⁷ nombra leyes a nivel nacional e internacional que amparan los derechos del anciano.

1.9.1. *A nivel internacional*

En Estados Unidos fue creada en 1965 la *Older American Act* para garantizar la igualdad de oportunidades y preservar los derechos de las personas mayores.

En Ecuador encontramos la Ley del Anciano creada en 1991 que defiende el derecho de las personas mayores a vivir con integridad y dignidad, y recoge en el artículo 22 las infracciones en contra del anciano:

- a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo, de conformidad con el artículo 11 de la presente Ley;*
- b) Los malos tratos dados por familiares o particulares;*
- c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en esta Ley;*
- d) La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas;*
- e) La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad [...].*

En Costa Rica existe la Ley integral para la persona adulta mayor creada en 1999 que garantiza igualdad de oportunidades, participación activa en la creación de políticas que les afecten y garantiza la protección social y seguridad social de las personas adultas mayores.

1.9.2. A nivel nacional

El 7 de julio de 1999 entró en vigor la Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores²³ (Ley del Mayor), algunos objetivos principales son los siguientes:

- Impulsar y mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las personas mayores y proporcionarles un cuidado preventivo, progresivo, integral y continuado, en orden a la consecución del máximo bienestar en sus condiciones de vida, prestando especial atención a aquéllas con mayor nivel de dependencia.*
- Promover las condiciones precisas para que las personas mayores lleven una vida autónoma, ofertando los medios para desarrollar sus potencialidades y frenar los procesos involutivos que acompañan a la edad avanzada.*
- Prevenir y evitar situaciones de riesgo social que puedan dar lugar a situaciones de maltrato y desasistencia [...].*

Sin embargo, en España aún no existe un marco legal apropiado contra el maltrato al anciano como existe contra la violencia de género, solo existen unos marcos penales entre familiares. Tras la reforma del código penal en el año 2003 este tipo de violencia se encuentra reflejado en el artículo 173, párrafo segundo²⁴. En él se establece lo siguiente:

El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes... o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años [...].

El 1 de enero de 2007 entró en vigor la ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia²⁵ (Ley de Dependencia) la cual sienta las bases para la promoción y la financiación de los servicios básicos para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) por parte de los ancianos en situación de dependencia y que oferta los siguientes servicios; teleasistencia, cuidados personales, prestaciones económicas, ayuda a domicilio, etc.

1.10. El Servicio Canario de Salud y el programa de atención a las personas mayores

Desde enfermería debido al trato cercano que tenemos con el paciente y sus familiares debemos ser muy susceptibles a la hora de detectar malos tratos y utilizar todos los recursos posibles para una detección temprana. No obstante, la detección de esta problemática conlleva una serie de dificultades como es la actitud desfavorable hacia el anciano, la poca información sobre el maltrato y la falta de medios de actuación con un enfoque multidisciplinario.

El Servicio Canario de Salud ofrece desde el año 2002 el Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria que recoge unas guías de actuación y programas asistenciales que pueden ser fácilmente utilizadas por el equipo de atención primaria²⁶. Específicamente en la sección VIII anexo V, se encuentra un Protocolo de actuación ante los malos tratos y Ley del Mayor. Y en la sección IX algoritmo número catorce, la actuación en malos tratos. El objetivo principal del programa es identificar a personas con riesgo, detectar nuevos casos, intervenir y realizar un seguimiento.

1.10.1. El programa de atención a las personas mayores en Atención Primaria

El programa recoge en la sección VIII anexo V el Protocolo de Actuación ante los Malos Tratos en las Personas Mayores y la Ley del Mayor en el cual quedan establecidas las guías de actuación ante malos tratos. El profesional sanitario tiene que identificar las personas mayores en situación de riesgo de malos tratos; realizar una correcta historia de salud mediante anamnesis al cuidador principal y a la persona mayor; alertar a los profesionales de los servicios de urgencias sobre indicadores sospechosos de malos tratos; intervenir con actividades preventivas y sobre los malos tratos y por último, realizar seguimiento de forma individualizada y coordinada a la persona mayor maltratada hasta conseguir minimizar el daño. Siempre que haya una nueva sospecha se reevaluará.

En la sección IX del programa se encuentra el algoritmo número catorce con las pautas de actuación para detectar una sospecha de maltrato en las consultas de medicina, enfermería o trabajadora social (Anexo I). Este algoritmo señala que cuando el tipo de abuso es sexual se debe derivar directamente al hospital para realizar un seguimiento sociosanitario. Ante una detección de sospecha tras la valoración, primero se evaluará la gravedad y se decidirá su posterior derivación a Atención Especializada con seguimiento para valorar su efectividad. Si el problema persiste, se adoptarán medidas cautelares como la separación de la persona maltratada del maltratador y/o se iniciará la vía legal.

1.10.2. La enfermera de Atención Primaria y las personas mayores

Los equipos de atención primaria constituyen el primer nivel asistencial al que acude la población, y están compuestos por profesionales sanitarios que conforman las Unidades de Atención Familiar (UAF).

La enfermera de Atención Primaria tiene regulada su atención en consulta desde el año 1985 por la Orden de la Consejería de Salud y Consumo de Junta de Andalucía. Este respaldo legislativo produce un cambio de rol importante para la enfermería, siendo pionera la comunidad de Andalucía²⁷.

La principal función de la enfermera de Atención Primaria es el de capacitar a las personas, familias y comunidades para cuidarse a sí mismas priorizando en prevención de la enfermedad y promoción de la salud, es decir, transformar dependencia en autocuidado, entendiendo el mismo como como todas las acciones que realizadas por el individuo le permiten mantener la vida, la salud y el bienestar. Y también el de compensar o suplir el déficit de autocuidados en pacientes dependientes²⁸.

De este papel de autocuidados se derivan diferentes responsabilidades como ayudar a la persona que tenga limitaciones de movimientos o ejercicios, proporcionar el cuidado cuando sus situaciones personales no lo permitan o supervisar acciones de cuidados para garantizar la seguridad del paciente

La Enfermería Gerontológica se presenta como la profesión que abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado en los adultos mayores, dirigidos hacia la restauración y alcance de su óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social; abarca también el control de las enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y dignidad hasta la muerte²⁹. La enfermera se presenta por lo tanto como el agente de salud del equipo de atención primaria que más profundamente puede actuar en la atención de las personas de edad avanzada²⁸.

1.10.3. Herramientas de apoyo a la valoración enfermera para detectar el maltrato

El cuestionario Índice de Sospecha de Maltrato a Personas Mayores (EASI) se presenta como una herramienta útil para el apoyo a la valoración enfermera. Fue creado en 2006 para ayudar a los médicos a detectar sospechas de maltrato. Pérez (2008)³⁰ valida esta encuesta para ser utilizada por los profesionales sanitarios de atención primaria que trabajen con personas mayores que no presenten barrera cognitiva (Anexo II).

EASI tiene una fiabilidad y una consistencia interna de 0.49 según el coeficiente Alpha de Cronbach y se presenta como una herramienta de sospecha y no de detección de malos tratos. Las preguntas del cuestionario son cerradas, con tres o cinco respuestas breves y directas, realizadas con un lenguaje entendible por un adulto vulnerable con nivel cognitivo conservado. Consta de cinco ítems breves (dos minutos) dirigidos al anciano y dos preguntas dirigidas al profesional que está realizando la encuesta. Conviene realizar a las personas mayores preguntas explícitas, centradas en el comportamiento, orientadas contextualmente en informes previos, y realizar una valoración simultánea acerca de agresiones por desconocidos y maltrato por parte de familiares/cuidadores. La ventaja de realizar una entrevista cara a cara es el de poder visualizar el lenguaje no verbal y el aspecto físico de la persona. También puede ser realizada vía telefónica, pero la validez del diagnóstico es menor.

Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología al comparar EASI con otras herramientas de detección de maltrato al adulto mayor como por ejemplo el Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) con quince ítems, el EASI consta de menos preguntas y requiere menos tiempo para ser realizado. Además, las preguntas del cuestionario han sido calificadas por médicos participantes en el estudio Montreal como fáciles de utilizar y el 70,5% consideraron que las preguntas tenían bastante o mucho efecto en el abordaje del maltrato a personas mayores³¹.

1.10.4. El maltrato al anciano como problema de salud

En el lenguaje enfermero el maltrato al anciano se recoge con el diagnóstico [00074] Afrontamiento Familiar Comprometido³².

- NIC [6404] Apoyo en la protección contra el abuso: ancianos. *“Identificación de las relaciones de ancianos dependientes de alto riesgo y de las acciones para evitar posibles daños físicos, sexuales o emocionales, el abandono de las necesidades vitales básicas, o la explotación”*.

Con las siguientes actividades:

- Identificar las situaciones de crisis en la familia que puedan desencadenar el abuso, como la pobreza, el desempleo, el divorcio, la falta de hogar o la muerte de un ser querido.
 - Identificar a los cuidadores familiares que tienen un historial de haber sufrido abusos o abandono durante la infancia.
 - Determinar si el paciente mayor muestra signos de abusos físicos (p. ej., existencia de numerosas lesiones producidas en diversas etapas de curación, laceraciones inexplicables, abrasiones, magulladuras o quemaduras, fracturas, zonas sin pelo en la cabeza o marcas de mordeduras humanas) [...].
- NOC [2501]: Protección del abuso: Protección del abuso propio y/o de otros a cargo.
 - NOC [2204]: Relación entre el cuidador principal y el paciente: Interacciones y conexiones positivas entre el cuidador principal y el receptor de los cuidados.

2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

2.1. Justificación

La bibliografía encontrada demuestra que existen gran cantidad de estudios a nivel internacional y nacional que han descrito los malos tratos, abusos, violencia y negligencia que sufre el paciente anciano a diario y el deber enfermero de aprender a localizar y de intentar visibilizar esta problemática que hoy sigue siendo invisible. Sin embargo, en la Comunidad Autónoma de Canarias, la literatura encontrada sobre esta problemática es escasa en comparación con la encontrada sobre violencia de género o violencia infantil, por lo que es necesario conocer la percepción del personal de enfermería que trabaja en Atención Primaria sobre los malos tratos que sufre el paciente anciano y las herramientas que posee el mismo para detectar una sospecha desde el primer nivel asistencial.

Este proyecto de investigación propone valorar un instrumento para detectar casos de malos tratos en el paciente anciano desde Atención Primaria, así como conocer la opinión de enfermería sobre la encuesta EASI y la viabilidad para ser incorporada como escala de valoración de riesgos de malos tratos en la valoración sistemática de enfermería al adulto mayor. Todo el proyecto será realizado en el área urbana del municipio del Barrio de la Salud en Santa Cruz de Tenerife.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivos generales

- Valorar la visión de los profesionales de enfermería sobre la herramienta EASI para la sospecha de maltrato en ancianos.

2.2.2. Objetivos específicos

- Identificar la opinión de los profesionales de enfermería sobre EASI.
- Conocer las dificultades que se le presentan al personal de enfermería a la hora de aplicar el cuestionario a los pacientes.
- Detectar las fortalezas que posee el EASI al ser utilizado por los profesionales de enfermería.
- Medir la aplicabilidad de la herramienta.
- Determinar el nivel y tipo de sospecha de maltrato que se produce tras la aplicación de esta herramienta.

2.3. Fase metodológica de la investigación

Con el propósito y los objetivos planteados en este proyecto de investigación, utilizaremos una metodología cuantitativa por medio de la encuesta, descriptiva y transversal, de ámbito local. Y además metodología cualitativa por medio de una entrevista semi-estructurada al personal enfermero del Equipo de Atención Primaria de Barrio de la Salud. Este estudio se llevará a cabo con la colaboración del Servicio Canario de Salud (SCS) y el Centro de Salud Barrio de la Salud, situado en Santa Cruz de Tenerife.

2.3.1. Población de estudio

La población de estudio estará constituida por los profesionales de enfermería que trabajen en el Equipo de Atención Primaria del Barrio de la Salud.

El centro de salud Barrio de la Salud fue creado en 1988 y la Zona de Salud se extiende al Barrio de La Salud Alto, el Barrio el Perú, Buenavista, Cruz del Señor, Villa

Ascensión, Vuelta de los Pájaros y Barrio Salamanca con una población aproximada de 28.881 habitantes.

El equipo de Atención Primaria está compuesto por dieciséis médicos de familia, catorce enfermeros, tres enfermeros pediátricos, una matrona, un odontólogo, una enfermera higienista, tres auxiliares de enfermería, dos celadores, una trabajadora social y diez administrativos. Se organiza en quince unidades de atención familiar (UAF) de adultos, siete de mañana, siete de tarde y una deslizante. Hay once consultas de enfermería, cada profesional de enfermería realiza turnos de mañana y de tarde siendo el horario de mañana de 8:00-15:00h y el horario de tarde de 13:00-20:00h. Las horas que coinciden enfermeros/as de ambos turnos se reservan para domicilios y sesiones clínicas.

El tipo de muestreo realizado es no probabilístico, siendo a criterio o intencional, teniendo como criterios de inclusión y exclusión los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Profesional de enfermería de la Unidad de Atención Familiar de consulta de adulto perteneciente al Barrio de la Salud con vinculación estable.
- Profesional de enfermería que consienta participar en el estudio.
- Profesional de enfermería que aplique en su valoración enfermera la escala EASI en al menos cinco pacientes de más de 65 años.

Criterios de exclusión:

- Profesional de enfermería que no consienta participar en el estudio.
- Profesional de enfermería sin vinculación permanente en el centro.
- Profesional de enfermería de las consultas de bucodental y pediatría.
- Profesional de enfermería que no utilice en su valoración enfermera más de cinco veces la herramienta EASI.

2.3.2. *Cálculo de la muestra*

Para el cálculo del tamaño muestral ajustado a las pérdidas utilizaremos la siguiente fórmula:

$$\text{Muestra ajustada a las pérdidas} = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1 - p)} \cdot \frac{1}{1 - R}$$

Donde:

- N es el total de la población
- Z_{α} es el coeficiente del nivel de confianza o seguridad
- p es la proporción esperada
- d es la precisión deseada
- R es la proporción esperada de pérdidas

Por lo tanto, el cálculo de la muestra ajustada a las pérdidas para nuestro estudio, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3%, una proporción esperada del 5% y una proporción esperada de pérdidas del 15% quedaría de la siguiente manera:

- N= 14 enfermeros/as
- Z_{α} = 1.96
- p= 0,05
- d= 0,03
- R= 0'15

$$\text{Muestra ajustada a las pérdidas} = \frac{14 \cdot 1,96^2 \cdot 0,05 \cdot (1 - 0,05)}{0,03^2 \cdot (14 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,05 \cdot (1 - 0,05)} \cdot \frac{1}{1 - 0,15}$$

$$\text{Muestra ajustada a las pérdidas} = 15$$

Nuestra muestra ideal ajustada a las pérdidas sería de 15 enfermeros/as. Una participación máxima contaría con catorce enfermeros lo que consideramos una limitación a este estudio.

2.3.3. *Las variables de la investigación*

Las variables objeto de estudio están recogidas en el cuestionario Elder Abuse Suspicion Index (EASI) dirigido a los pacientes, y en el cuestionario dirigido al personal de enfermería (Anexo III) donde se recogen las variables sociodemográficas (sexo, edad y estudios académicos), relación contractual con la empresa, años de experiencia en Atención Primaria y formación en el ámbito de malos tratos.

2.3.4. *Las herramientas de recogida de datos*

Fase cuantitativa: para la recogida de datos de la fase cuantitativa de la investigación se utilizarán dos instrumentos del tipo encuesta.

En primer lugar, se aplicará una herramienta cuantitativa de elaboración propia que recoge datos sociodemográficos del personal enfermero y la visión que presentan sobre la problemática de los malos tratos hacia el adulto mayor. Las preguntas del cuestionario son abiertas y cerradas, de una, dos o tres respuestas breves y directas, realizadas en lenguaje entendible. Consta de trece ítems breves dirigidos al profesional de enfermería y un apartado de sugerencias (Anexo III).

En segundo lugar, se aplicará el cuestionario EASI, en su versión traducida al español: Índice de sospecha de maltrato a las personas mayores (Anexo II). EASI tiene una fiabilidad y una consistencia interna de 0.49 según el coeficiente Alpha de Cronbach. Las preguntas del cuestionario son cerradas, con tres o cinco respuestas breves y directas, realizadas con un lenguaje entendible por un adulto vulnerable con nivel cognitivo conservado. Consta de cinco ítems breves (dos minutos) dirigidos al anciano y dos preguntas dirigidas al profesional que está realizando la encuesta. Además, puede ser realizada vía telefónica. Es una herramienta de sospecha y no de detección de malos tratos. Dos respuestas afirmativas son consideradas indicio de maltrato.

Fase Cualitativa: para llevar a cabo la recogida de datos de la fase cualitativa del proyecto se procederá a la realización de una entrevista semi-estructurada e individual a cinco enfermeras del Equipo de Atención Primaria del Barrio de la Salud que hayan participado en el estudio de aplicación de EASI y que consientan ser entrevistadas y grabadas (Anexo IV).

La entrevista semi-estructurada se presenta como una herramienta en estudios cualitativos que cuenta con un guión, cuya finalidad es recordar al investigador aquellos temas que está interesado en conocer y que, en caso de no salir en el curso normal de la entrevista, deben ser preguntados directamente³³.

La entrevista tendrá una duración aproximada de 15 minutos y se plantearán cinco preguntas abiertas, realizadas en lenguaje entendible y de opinión.

2.4. Fase empírica de la investigación

2.4.1. Métodos de recogida de datos

Fase cuantitativa: para la recogida de datos se utilizará la entrevista cara a cara en la consulta de enfermería, que se presenta como una herramienta rápida y de bajo coste, con el consecuente ahorro en desplazamiento. La investigadora principal llevará a cabo la presentación de la herramienta durante una sesión grupal a los/as profesionales de enfermería del centro para aclarar dudas y solicitar su consentimiento de colaboración.

Se distribuirán cinco copias de la herramienta a cada uno de los participantes y se les informará del plan de recogida de datos.

La encuesta (EASI) será realizada por los profesionales de enfermería en los meses de septiembre, octubre y noviembre a los pacientes mayores de 65 años que acudan a consulta, asegurando el anonimato y la confidencialidad de todos los datos recogidos en esta. Tendrá una duración aproximada de cinco minutos y se solicitará previamente el consentimiento de forma verbal y escrita para la participación voluntaria en este estudio.

Fase cualitativa: se utilizará como técnica de recogida de datos una entrevista semi-estructurada e individual a cinco enfermeras que hayan aplicado en su valoración enfermera la herramienta EASI en al menos cinco ocasiones. El discurso de los/as participantes será analizado, por lo que será imprescindible grabarlo con una grabadora de voz o teléfono móvil. Estimamos una duración de quince minutos por participante. En esos quince minutos se realizarán las preguntas del Anexo IV y se analizará la visión del enfermero/a participante. Toda la entrevista será moderada por la investigadora principal.

2.4.2. *Análisis de los datos*

Fase cuantitativa: La recogida y el análisis de los datos cuantitativos se efectuará con el programa informático estadístico Statistical Package for the social Sciences (SPSS) versión 22.0, en español. Las técnicas estadísticas a utilizar siguen un diseño transversal de tipo descriptivo, utilizando técnicas estadísticas inferenciales, tales como análisis de frecuencias y tablas de contingencias (prueba Chi cuadrado de Pearson) para buscar asociaciones significativas entre las variables de estudio.

Fase cualitativa: para el análisis de los datos de esta fase se revisará, en primer lugar, el discurso grabado de las entrevistas semi-estructuradas al personal enfermero. Posteriormente, será transcrito de manera completa en un documento escrito, siguiendo las pautas de transcripción recomendadas por Salamanca (2013)³³. Como herramientas facilitadoras de las tareas a realizar en el análisis de los datos cualitativos utilizaremos programas informáticos como Atlas Ti y NUDIST.

2.5. **Plan de trabajo**

El proyecto de investigación tendrá una duración aproximada de doce meses, estructurado en tres fases que se recogen en el cronograma de trabajo (Anexo V).

Fase 1: La primera fase del proyecto comprende la búsqueda y revisión bibliográfica, así como el diseño y preparación del proyecto de investigación. Para la búsqueda de información se han consultado las siguientes bases de datos: Dialnet, Elsevier, Scielo, Medline y el Buscador de Recursos de la Biblioteca de la Universidad de La Laguna (Punto Q). Solicitud y obtención de permisos para la realización del estudio a la Gerencia del Centro de Salud Barrio de la Salud y al Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud.

Fase 2: Tras la obtención de los permisos oportunos, comenzará la fase dos del proyecto. Se realizarán los cuestionarios a los profesionales de enfermería y las encuestas EASI a los pacientes que acudan a consulta durante los meses de septiembre, octubre y noviembre. Posteriormente se realizarán las entrevistas semi-estructuradas a los enfermeros/as y ulteriormente, se analizarán e interpretarán los datos obtenidos.

Fase 3: Elaboración del proyecto final y presentación y divulgación de los resultados.

2.6. Consideraciones éticas

La participación en el estudio es totalmente voluntaria, por lo que los/as participantes deberán dar su consentimiento escrito previamente (Anexo VI).

Los datos obtenidos en el estudio serán tratados con total confidencialidad y protección, como lo expone la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal³⁴.

Se solicitará autorización a la Gerencia del Centro de Salud Barrio de la Salud para la realización del proyecto (Anexo VII), así como los permisos correspondientes al Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud (Anexo VIII y IX).

2.7. Utilidad de los resultados

Los resultados que se obtengan de este proyecto permitirán conocer la viabilidad de inclusión de la encuesta Elder Abuse Suspicion Index (EASI) en su versión adaptada al español, a la valoración sistemática de enfermería al adulto mayor en Atención Primaria.

2.8. Recursos y presupuesto

Para la elaboración de este proyecto se estiman los recursos humanos y materiales recogidos en el Anexo X, con un presupuesto aproximado de 1735 euros.

- Medios humanos: La ayuda de un estadístico para el análisis de datos.

- Medios materiales:
 - Espacio físico: Se dispondrán de las consultas de enfermería que posee el Centro de Salud.
 - Material no fungible: Grabadora de voz para la grabación de las entrevistas, impresora para la impresión de toda la documentación oportuna, paquete informático con el programa Atlas ti y Nudist, y un ordenador para la elaboración del proyecto.
 - Material fungible: Folios DinA4, bolígrafos y tinta para la impresora.

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [citado 1 mar 2018]. Envejecimiento y salud [aprox 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2004 [citado 6 abr 2018]. Demografía y población. Proyecciones de población calculadas a partir del Censo del 2001 [aprox 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np341.pdf>
3. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. Gac. Sanit. [Internet]. 2007 [citado 6 abr 2018];21(3):235-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000300010&lng=es.
4. Jaspers Fajjier D. Presentación. En: Huenchuan S, editor. Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. 1ª ed. México; 2012: 11-19.
5. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria. Atención Primaria. 2006 [citado 6 abr 2018];37(1): 56-59. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-maltrato-el-anciano-posibilidades-intervencion-13083927>
6. Martina M, Nolberto V, Miljanovich M, Bardales O, Gálvez D. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Rev. Peruana de Epidemiología [Internet]. 2010 [citado 1 may 2018];14(3):186-192. Disponible en: <http://rpe.epiredperu.net/portada.html>
7. Kessel H, Marín N, Maturana N. Declaración Almería sobre el anciano maltratado. Rev. Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 1996 [citado 1 may 2018]; 31, 367-372. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/almeria-declaracion-01.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Rev. Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2002 [citado 1 may 2018];37(37):332-333. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-declaracion-toronto-prevencion-global-del-S0211139X02748397>
9. Protocolo de actuación contra el maltrato a las personas mayores. Generalitat de Catalunya. Girona. 2007;1-19. Disponible en: http://administraciojusticia.gencat.cat/web/.content/documents/arxius/protocol_granncast.pdf

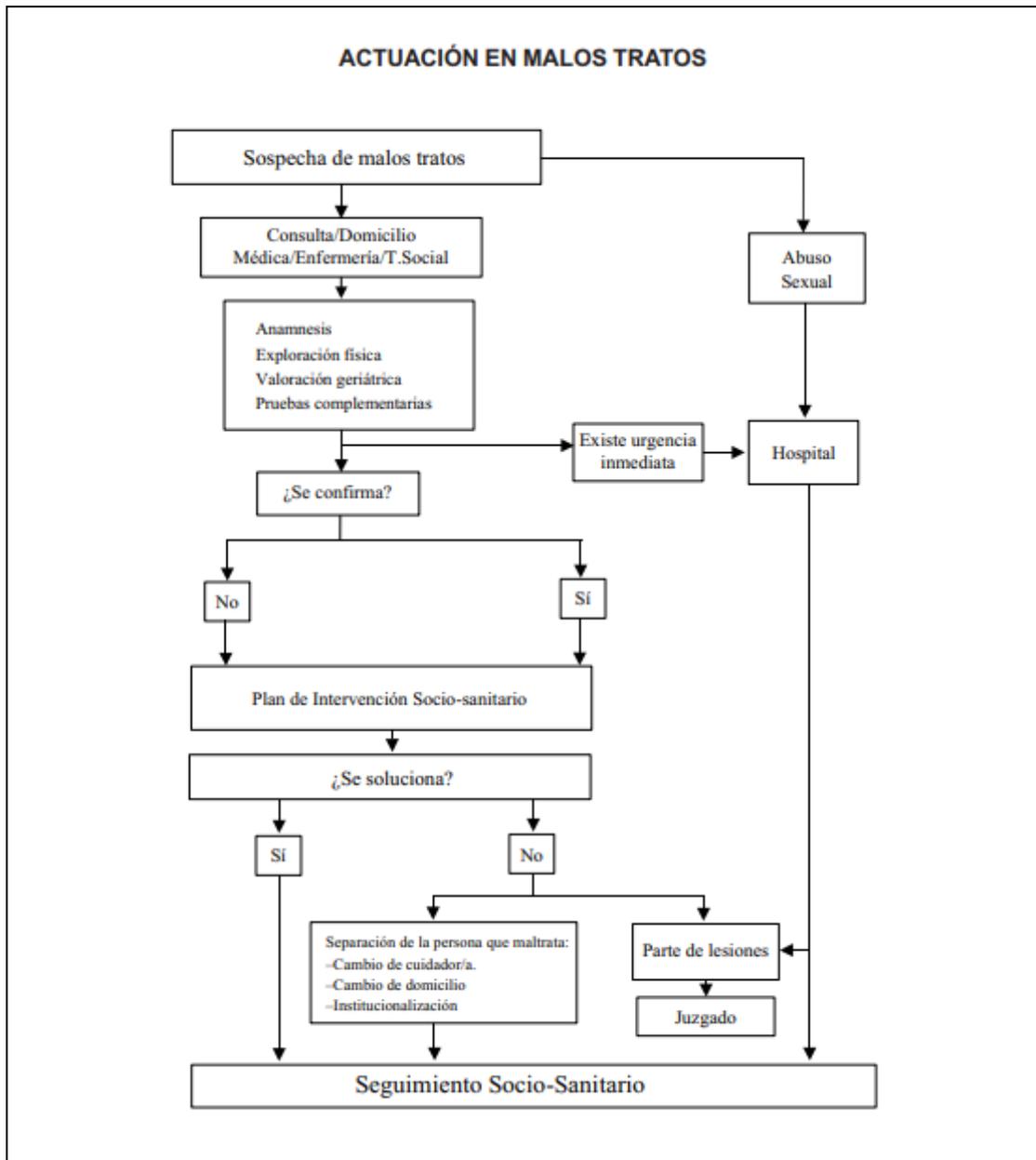
10. Cruz Roja Española. El Buen Trato a las Personas Mayores: Promoción del trato adecuado y protección frente al maltrato. [Internet]. 2017 [citado 8 abr 2018]. Disponible en:
<http://www.cruzroja.es/principal/documents/17940/1665015/Nota+informativa+proyecto+mayores.pdf/a972375f-12bd-4243-9636-5a8405553a2f>
11. Krug E, Dahlberg L, Mercy J.A, Zwi A. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo [Internet]. 2003 [citado 8 Abr 2018]; 45(3):130-130. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003646652003000300014&script=sci_arttext
12. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [citado 1 mar 2018]. Violencia [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/violence/es/>
13. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [citado 27 abr 2018]. El maltrato de los ancianos [aprox 1 pantalla] Disponible en:
http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/
14. INPEA: International Network for the Prevention of Elder Abuse [Internet]. Canada: International Network for the Prevention of Elder Abuse. 1997 [citado 8 abr 2018] [aprox 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.inpea.net/>
15. Iborra Marmolejo I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. 2ª ed. Valencia: Fundación de la Comunidad Valenciana para el estudio de la violencia. 2008;14: 9-58.
16. Corbacho Armas K. El maltrato en el anciano [tesis]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2013.
17. Torrejón Azofre L. Negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores en el ámbito domiciliario [tesis]. La Rioja: Universidad de La Rioja; 2015.
18. Touza C, García M, Prado C, Royo P, Segura M. Situaciones de vulnerabilidad relacionadas con un trato inadecuado: Los malos tratos a las personas mayores. Rev. Pulso [Internet]. 2002 [citado 1 may 2018]; 25:61-76. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=243731>
19. Chulián Horrillo A, Pérez Rojo G. Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. Sociedad y utopía. Rev. Ciencias sociales [Internet]. 2013 [citado 1 may 2018]; 41:141-146. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4417742>
20. Del Hoyo Herrero A. El maltrato a las personas mayores [tesis]. Cantabria: Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería; 2013.
21. Cordero Jiménez J, García Cordero S, Rodríguez Sánchez I, Santana Castellón D, Fragoso O, Fernández López O. Consideraciones generales sobre la atención al

- anciano víctima de maltrato. Rev. MediSur [Internet]. 2010 [citado 8 abr 2018]; 8(4): 78-89. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000400013&lng=es.
22. Martínez Maroto A. El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española. IMSERSO. Portal Mayores [Internet]. 2005 [citado 1 May 2018]; 40:7-10. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es>
 23. Ley 6/1999, de 7 de julio de Atención y Protección a las Personas Mayores. Boletín Oficial del Estado nº 233, de 29/09/1999.
 24. Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, Título VII, artículo 173 del Código penal de las torturas y otros delitos contra la integridad moral. Boletín Oficial del Estado, nº 281, de 24/11/1995.
 25. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299, de 15/12/2006.
 26. Servicio Canario de Salud [Internet]. 2017 [citado 28 abr 2018]. Programa de atención a las personas mayores [aprox 1 pantalla]. Disponible en:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=5d9568e7-ec59-11dd-aec4-3b364cdf6941&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>
 27. Guirao Goris A. La consulta de enfermería: aparición, implantación y desarrollo en España. I Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria. 1998; 1998.
 28. Arribas Cachas A, Gasco González S, Hernández Pascual M, Muñoz Borreda E. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Madrid. 2006-2009 [citado 1 may 2018]. Plan de mejora de atención primaria [aprox 56 pantallas] p. 13-15. Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0434.pdf>
 29. Morfi R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev. Cubana de Enfermería [Internet]. 2005 [citado 26 abr 2018]; 21(3): 1-1. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es.
 30. Pérez Rojo G. Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de la sospecha del maltrato hacia las personas mayores [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2008. Datos de prevalencia de maltrato al anciano en estudios internacionales. p. 107-110.
 31. Pérez Rojo G, Sancho Castiello M, Aranda Jaquotot M. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de

- detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Rev. Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. 2008 [citado 13 may 2018]; 43: 37-40. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-aportacion-espanola-los-avances-internacionales-S0211139X08711788>
32. NNNConsult [Internet]. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017 [citado 8 abr 2018]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.accedys2.bbt.ull.es/nanda>
33. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Enero 2013. Madrid: Fuden; 2013.
34. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298, de 14/12/1999.

4. ANEXOS

4.1. Anexo I. Sección IX algoritmo número catorce de actuación en malos tratos. Programa de Atención a Personas Mayores. Servicio Canario de Salud



4.2. Anexo II. Cuestionario Índice de Sospecha de Maltrato a Personas Mayores (EASI)

Por favor, intente contestar a cada pregunta solamente con un SI o un NO.

1. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?

Sí

No

No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿Quién se la ha proporcionado?

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

Sí

No

¿Qué tipo de problemas tiene con esas personas?

En caso de respuesta negativa, ¿la ha necesitado?

Sí

No

No contesta

¿Por qué no la ha recibido?

2. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?

Sí

No

No contesta

En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?

Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

3. En los últimos 12 meses/En el último año ¿se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?
- Sí
- No
- No contesta
- En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?
- Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces
4. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?
- Sí
- No
- No contesta
- En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?
- Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces
5. En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha amenazado o atemorizado, dañándolo físicamente o tocándole de alguna forma que a usted no le guste?
- Sí
- No
- No contesta
- En caso de respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia se ha producido esta situación?
- Una ocasión Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Una vez contestadas las preguntas, se vuelve al inicio de las preguntas sobre sospecha de maltrato (1-5) y si la persona mayor ha contestado afirmativamente a alguna de ellas tendrá que preguntarle ¿Quién es la persona responsable de cada una de estas situaciones?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Al terminar hay que comentar a la persona mayor que es posible que la llamen por teléfono para citarla otro día para saber cómo se encuentra, si ha cambiado algo en su situación actual, etc. Si la persona mayor es cuidada por otra persona se pregunta a ese cuidador (familiar o no) que estamos realizando un estudio y que nos gustaría saber cómo se siente y afronta la situación de cuidado, por lo que es probable que le llame para entrevistarle.

Teléfono de la persona mayor

Teléfono del cuidador

La siguiente pregunta es exclusivamente para el profesional. No hacer la siguiente pregunta a la persona mayor.

6. A) El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?

Sí

No

No está seguro

¿Cree que éste es un caso de sospecha de maltrato?

Sí

No

No está seguro

En caso de respuesta afirmativa indique por qué: indicadores actuales, historia previa, etc.:

En caso de respuesta afirmativa ¿Qué tipo de sospecha de maltrato cree que se está produciendo? Marque todas las opciones que considere necesarias.

Físico Psicológico Sexual Económico Negligencia

6. B) Aparte de usted y el paciente, ¿hay alguien presente durante la entrevista?

O Sí

O No

En caso de respuesta afirmativa ¿Quién?

NOTA PARA EL PROFESIONAL: Por favor anote cualquier observación o información que considere importante tras la aplicación del protocolo a la persona mayor:

RESULTADOS: Dos respuestas afirmativas son consideradas indicio de maltrato.

4.3. Anexo III. Cuestionario dirigido al profesional de enfermería

1. Género

Seleccione solo una opción

Hombre

Mujer

2. Edad (en años)

3. Formación

Seleccione solo una opción

Diplomad@ en Enfermería

Graduat@ en Enfermería

Otro: _____

4. Años de experiencia en Atención Primaria

Seleccione solo una opción

Menos de un año

Entre 1 y 5 años

Más de 5 años

5. Relación contractual con la empresa

Seleccione solo una opción

Vinculación permanente

Vinculación no permanente

6. ¿Has recibido formación en el ámbito de malos tratos en el anciano?

Seleccione solo una opción

Sí

No

6.1. En el caso de respuesta afirmativa, ¿quién le ofertó el curso?

Seleccione solo una opción

Empresa o Centro de Trabajo

Curso realizado por cuenta propia

Otro

7. ¿Considera usted que la detección de la sospecha de malos tratos es una labor propia de enfermería?
Seleccione solo una opción
- Sí
 - No
 - No sé/no contesto
8. ¿Considera usted prioritario evaluar esa sospecha?
Seleccione solo una opción
- Sí
 - No
 - No sé/no contesto
9. ¿Considera usted que el maltrato es un fenómeno “fruto de la sociedad” e inevitable?
Seleccione solo una opción
- Sí
 - No
 - No sé/no contesto
10. De su experiencia profesional durante el último año, ¿ha percibido alguna situación de malos tratos al anciano?
Seleccione solo una opción
- Sí
 - No
 - No sé/no contesto
- 10.1. En el caso de respuesta afirmativa, ¿ha puesto en marcha el protocolo de actuación en malos tratos?
Seleccione solo una opción
- Sí
 - No
 - No sé/no contesta

11. Utilice este espacio para hacernos llegar sugerencias o cualquier aspecto de interés que no haya sido incluido en el cuestionario:

12. En caso de ser seleccionado como sujeto de estudio, ¿estaría dispuesto/a a participar en una entrevista?

Seleccione solo una opción

Sí

No

13. Si ha respondido afirmativamente en la pregunta anterior, le rogamos que nos facilite su correo y número de teléfono para poder ponernos en contacto con usted.

Correo:

Número de teléfono:

4.4. Anexo IV. Entrevista semi-estructurada

1. ¿Qué opinión le merece la encuesta EASI?
2. ¿Qué dificultad encontró a la hora de aplicarla?
3. ¿Qué aspecto destacaría de la herramienta?
4. ¿Considera útil EASI como herramienta de apoyo a la valoración enfermera?
5. ¿Qué nivel de efectividad considera que tiene la herramienta EASI en la aplicación que le ha dado?

4.5. Anexo V. Cronograma de trabajo

EASI como herramienta de apoyo a la valoración enfermera en la sospecha de malos tratos al anciano													
Meses	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
Actividades													
Fase 1													
Búsqueda y revisión bibliográfica													
Diseño del proyecto de investigación													
Solicitud y obtención de permisos													
Fase 2													
Recogida de datos													
Análisis e interpretación de datos													
Fase 3													
Elaboración del proyecto final													
Presentación y difusión de resultados													

4.6. Anexo VI. Consentimiento informado

Le informamos del desarrollo de un estudio de investigación que estamos llevando a cabo sobre los malos tratos en el paciente anciano en el área metropolitana que acoge el Equipo de Atención Primaria del Barrio de la Salud, en Santa Cruz de Tenerife.

El beneficio que se pretende obtener al realizar este estudio es el de incorporar la encuesta EASI como una nueva herramienta de valoración enfermera que ayude al profesional en la detección de la sospecha de malos tratos desde el primer nivel asistencial, Atención Primaria.

Por esta razón necesitamos de su colaboración, para después de obtener los resultados, realizar un análisis de estos.

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

Yo _____ (nombre y apellidos) de _____ (edad en años) y DNI _____ acepto participar en el estudio de investigación "EASI como herramienta de apoyo a la valoración enfermera en la sospecha de malos tratos al anciano".

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

Santa Cruz de Tenerife, _____ de _____ del 2018.

Firma: _____

4.7. Anexo VII. Carta de autorización

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 estudio de investigación y solicitar la autorización requerida y los permisos necesarios para la puesta en marcha de dicho proyecto.

El objetivo principal es el de valorar la incorporación de EASI como una nueva herramienta de valoración enfermera que ayude al profesional en la detección de la sospecha de malos tratos al anciano desde el primer nivel asistencial: Atención Primaria. El proyecto tiene una duración aproximada de 12 meses, y la recogida de datos comenzará a partir del mes de septiembre de 2018.

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. Sara Vígara Dévora

Investigadora principal del proyecto

Teléfono de contacto: 667 266 583

4.8. Anexo VIII. Carta de autorización al Comité Ético de Investigación

Fecha: _____

Muy Sres. Nuestros.

Nos dirigimos a ustedes con el fin de presentarles para valoración y veredicto el proyecto de investigación de carácter mixto con el título “EASI como herramienta de apoyo a la valoración enfermera en la sospecha de malos tratos al anciano”.

Se adjunta ejemplar del proyecto con sus anexos correspondientes.

Quedamos a su disposición para cualquier tema que se precise.

Atentamente.

Sara Vígara Dévora

Investigadora principal del proyecto.

4.9. Anexo IX. Compromiso del investigador



COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

D^a Sara Vigara Dévora, de la Universidad de la Laguna.

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como investigadora principal en el proyecto de investigación titulado “EASI como herramienta de apoyo a la valoración enfermera en la sospecha de malos tratos al anciano”.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo fielmente lo establecido en el proyecto autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Canarias.

Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que asegurará la confidencialidad de los datos según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Que dicho proyecto de investigación se llevará a cabo contando con la colaboración de D^{ña}. M. Mercedes Arias Hernández, profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

En Santa Cruz de Tenerife, a de de 2018.

Firmado:

Investigadora principal

D^a: _____

Firmado: Firmas de los investigadores colaboradores (cuando proceda)

D/D^a: _____

Colaborador/a

4.10. Anexo X. Presupuesto

Presupuesto proyecto de investigación: “EASI como herramienta de apoyo a la valoración enfermera en la sospecha de malos tratos al anciano”.

Recursos humanos	Estadístico	700 €
Recursos materiales no fungibles	Grabadora de voz	30 €
	Ordenador portátil	400 €
	Programa estadístico Atlas. Ti y Nudist	500 €
	Impresora	50 €
Recursos materiales fungibles	Bolígrafos	10 €
	Folios DinA4	15 €
	Tóner de impresora	30 €
COSTE TOTAL DEL PROYECTO		1735 €