

“una sociedad para todas las edades”

Guía

Guía clínica para la prevención,
diagnóstico y abordaje integral
de la violencia sobre
los adultos mayores

Adultos
mayores

(ABUSO Y MALTRATO HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES)

PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y PAUTAS PARA EL MANEJO DE CASOS

Programa del Adulto Mayor
DOCUMENTO TÉCNICO 005/2014

Gerencia Asistencial
Dra. Gabriela Medina

Coordinación del Área Programática
Dra. Silvia Melgar

Coordinación del Programa del Adulto Mayor
Dr. Ítalo Savio

Diseño Gráfico y foto carátula
Comunicaciones



**Guía clínica para la prevención,
diagnóstico y abordaje integral
de la violencia sobre
los adultos mayores**

Grupo de Trabajo - Autores

Dr. Ítalo Savio

Dra. Fernanda Lozano

Dra. Rosalía Panza

Coordinación y Compaginación

Dr. Ítalo Savio

Montevideo, julio de 2014.

INDICE

Presentación.....	pág. 5
Introducción.....	8
Definiciones y Tipos de Abuso – Maltrato.....	8
Epidemiología.....	10
Factores de Riesgo, perfil de la víctima y del abusador.....	11
Grupos de riesgo.....	14
Evaluación del anciano maltratado.....	15
Aspectos particulares del Abuso y Maltrato en Instituciones.....	20
Conducta y Pautas para el manejo de situaciones – casos.....	22
Abreviaciones y Terminología.....	27
Bibliografía.....	28
ANEXOS:.....	30
Escala de Zarit	
(Cuestionario de pesquisa de sobrecarga del cuidador).....	30
Información y contactos útiles.....	33

PRESENTACIÓN

Esta Guía es un aporte a la tarea cotidiana y práctica asistencial de los Equipos de Salud de ASSE, respecto de la violencia (abuso, maltrato) hacia los usuarios adultos mayores, en todas sus expresiones.

Comprende los aspectos principales de este problema creciente y muchas veces sub diagnosticado, así como pautas y consejos generales para la prevención y diagnóstico y para el manejo o abordaje concreto de situaciones o casos.

Esperamos que este instrumento, junto a otras iniciativas, contribuya a la mejora continua de la calidad de atención de nuestros mayores, a través de la formación continua.

Dr. Ítalo Savio
Coordinador del Programa del Adulto Mayor de ASSE

GUÍA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE INTEGRAL DE LA VIOLENCIA SOBRE LOS ADULTOS MAYORES



(ABUSO Y MALTRATO HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES) PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y PAUTAS PARA EL MANEJO DE CASOS

Autores: Ítalo Savio¹, Fernanda Lozano², Rosalía Panza³

¹ Profesor Dr. Ítalo Savio, Médico Especialista en Geriátría y Gerontología, Diploma en Gestión de Servicios de Salud (UdelaR); Diploma en Gestión de Empresas de Salud (PDS, IEMM, UM); Profesor Titular, G° 5 de Geriátría y Gerontología, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Coordinador del Programa del Adulto Mayor de ASSE, Gerencia Asistencial – Área Programática

² Profesora Adjunta Dra. Fernanda Lozano, Médico Legista, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Prof. Adjunta de la Cátedra de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Médico Legista de la Dirección Jurídico Notarial de ASSE.

³ Dra. Rosalía Panza, Médico Especialista en Geriátría y Gerontología; Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Directora del Hospital – Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo”, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Gerencia Asistencial, ASSE.

I. Introducción

Si bien el abuso o maltrato sobre las personas mayores puede ocurrir en cualquier contexto (doméstico o institucional), es frecuente que surja en el ámbito comunitario.

Al igual que en otros grupos etarios, sus efectos nocivos son de carácter físico, psicológico, social y económico. Se incluye en este problema formas que derivan de la acción (ABUSO) y de la omisión (NEGLIGENCIA), sea de índole intencional o involuntaria. Son más frecuentes en el hogar, donde involucra a personas de confianza o familiares como victimarios / abusadores y en instituciones para ancianos. El problema del abuso en instituciones está menos estudiado, sin embargo este no debe considerarse menor.

Esta guía tiene por objetivos: (1) Definir conceptualmente el abuso y sus diferentes variantes en personas adultas mayores, (2) Describir su magnitud y frecuencia, (3) Proporcionar información básica sobre factores de riesgo, (4) Aportar elementos para una adecuada valoración y manejo de casos o situaciones, así como para la prevención de este problema en población adulta mayor vulnerable.

2. Definiciones y tipos de abuso - Maltrato

Abuso o maltrato del adulto mayor es cualquier acto o conducta y/o amenaza del familiar o cuidador, que provoca daño físico y/o mental o negligencia o perjuicio económico, físico o psicológico. La definición en sí comprende ya las distintas categorías de abuso: el abuso físico, el abuso psicológico y el abuso económico o patrimonial.

Negligencia es la deficiencia o deserción del cuidador/familiar o cuidador de servicios institucionales para proporcionar alimentos, cuidados básicos o servicios, que son necesarios para evitar daño físico, angustia, daño mental o perjuicio económico en el adulto mayor que los requiere objetivamente.

La negligencia es frecuente y generalmente ocurre sin que el cuidador sea consciente de actuar de forma negligente. Si actúa en forma intencional o conociendo el resultado o repercusiones posibles de su conducta se califica de abuso o maltrato evidente.

El maltrato a nivel institucional (servicios de larga estadía) está menos estudiado.

Muchos expertos en este campo mencionan como dificultad que existe una especie de “resignación aprendida” en los equipos y profesiones de la salud y las ciencias sociales y un “fatalismo” acerca de “la falta de recursos sociales”, que desestimula y hasta coarta la iniciativa de los equipos, y la capacidad de resolución de situaciones (Bazo, 2006).

Existen aspectos o situaciones complejas donde el rol del médico es fundamental en la protección de los derechos y para evitar conductas que también pueden incluirse como expresiones de vulneración de los derechos de los adultos mayores. En ello incluimos especialmente cuestiones tales como las situaciones de abandono y negligencia en los ancianos en el final de vida, la no aplicación de los cuidados paliativos y el derecho al bien morir, el ocultamiento de información diagnóstica y pronóstica, no dar opción a elegir tratamientos o el poder de decidir en situación de enfermedades terminales, la no obtención del consentimiento informado en el ingreso a instituciones de larga estadía, como prevé el marco legal. También se incluye aquellas medidas y decisiones que constituyen un “**encarnizamiento terapéutico**”, esto es la aplicación de tratamientos y medidas fútiles, que no contribuyen a mejorar ni el pronóstico, ni la calidad de vida y que determinan mayor sufrimiento que beneficio para la persona.

En todos estos casos existen responsabilidades legales respecto del rol del médico, especialmente en quienes ejercen la dirección en residencias y hogares para ancianos.

Desde una perspectiva más amplia, pueden incluirse en este tema, las expresiones de Discriminación por Edad (“*viejismo*”, “*ageism*”, “*gerontofobia*”), término acuñado por Butler y que se expresa ya desde los estereotipos sociales acerca de los adultos mayores, la vejez y sus supuestas señas de identidad, pasando por expresiones despectivas en medios de comunicación o de referentes sociales y políticos (“país de viejos”, “gerontocracia”), hasta la ausencia o debilidad de políticas públicas hacia las personas adultas mayores o las trabas económicas para acceder a una atención preventiva o curativa. La complejidad de este aspecto escapa a los objetivos prácticos y naturaleza de esta guía para la acción cotidiana.

3. Epidemiología

Aunque siempre existe una forma o tipo de abuso predominante, es frecuente la asociación de diferentes tipos de abuso en un mismo caso.

Existe a su vez un cierto sesgo cultural que hace que en algunas sociedades prevalezcan unas formas sobre otras. La información disponible en cuanto prevalencia es mayormente extranjera y no existen estudios epidemiológicos nacionales.

Igual que en la violencia de género o hacia otros grupos etarios, el abuso - maltrato hacia los ancianos se observa en todas las culturas y clases sociales.

La dificultad en la obtención de información radica en que las personas mayores no se quejan o no llegan a concretar denuncias y a que existe un notable sub-registro de casos (50% en servicios de emergencia en EE.UU.).

A ello debemos añadir que en nuestro país la rectoría en salud aún no les incluye en las pesquisas obligatorias que deben realizar las instituciones prestadoras.

La prevalencia promedio oscila entre 4% y 5% en países desarrollados, variando las formas o tipos según países, porque existe una impronta social y cultural en esta forma de violencia. Si aplicamos estas cifras a nuestro país, unos 27.000 adultos mayores son víctimas de alguna forma de maltrato cotidiano en nuestro medio y en esta realidad, existe la convicción entre el personal de salud que predominan la negligencia, el abuso económico o patrimonial y el abuso psicológico.

En cuanto el maltrato a nivel de instituciones y en base a la información de medios donde se releva este fenómeno, la evidencia científica concluye en que: 36% del personal de enfermería ha sido testigo de algún incidente de maltrato físico hacia ancianos, 10% reconoce haber cometido al menos un acto de maltrato hacia mayores, 80% dice haber observado alguna forma de maltrato psicológico hacia adultos mayores en su ámbitos de trabajo y 40% reconoce haber abusado verbalmente de residentes mayores en instituciones en el último año (Pillemer y Moore).

4. Factores de riesgo, perfil del anciano víctima de maltrato y perfil del victimario/abusador

a. Factores de riesgo

La presencia en el anciano/víctima de deterioro funcional y déficits sensoriales.

La alteración de funciones cognitivas/demencia en la víctima.

El aislamiento social (vive solo y carece de contactos sociales, es viudo/a).

La convivencia con el abusador (de común acuerdo).

El cuidador con enfermedades mentales o adicciones.

Cuidador sobrecargado o cuidador único.

Un ambiente familiar perturbado por causas externas (déficit económico, desocupación, divorcio).

Historia familiar previa de violencia doméstica.

Pueden también establecerse algunas señas de identidad o peculiaridades tanto en la víctima como en el victimario, como las que se describen a continuación:

b. Perfil de la Posible Víctima

Sexo: Mujer.

Edad: Igual o mayor a 75 años.

Estado Civil: Viudo/a.

Deterioro funcional por enfermedad crónica o progresiva.

Dependencia del cuidador.

Conductas problemáticas en la víctima (incontinencia, agitación nocturna).

Antecedentes de lesiones previas inexplicables y recurrentes.

Aislamiento social.

c. Perfil del Causante del Abuso (victimario)

Parentesco cercano con la víctima (hija, nuera, hijo, nieto, esposo).

Rol de cuidador obligado (no eligió la responsabilidad) o es el único cuidador.

Depende económicamente y/o de la vivienda del anciano.

Padece de toxicomanías (alcoholismo o drogadicción).

Padece enfermedad mental o alteración de la personalidad.

Tiene escasos contactos sociales.

Renuncia a la ayuda médica y/o social.

Es hostil o suspicaz en la entrevista.

Pierde fácilmente el control.

Historia previa de violencia familiar.

Situación de estrés actual (pérdida de trabajo, enfermedad, problemas conyugales).

En el abuso físico no existe necesariamente una relación con el nivel de dependencia física de la víctima, sino más bien un incremento abrupto en el nivel y demanda de cuidados que ésta requiere.

En la negligencia, la víctima ya está en condiciones basales en una alta dependencia, es añosa y presenta en general deterioro cognitivo.

En el abuso económico o patrimonial se trata de personas mayores solas, viudas y el victimario/abusador generalmente tiene problemas económicos actuales y/o abusa de sustancias.

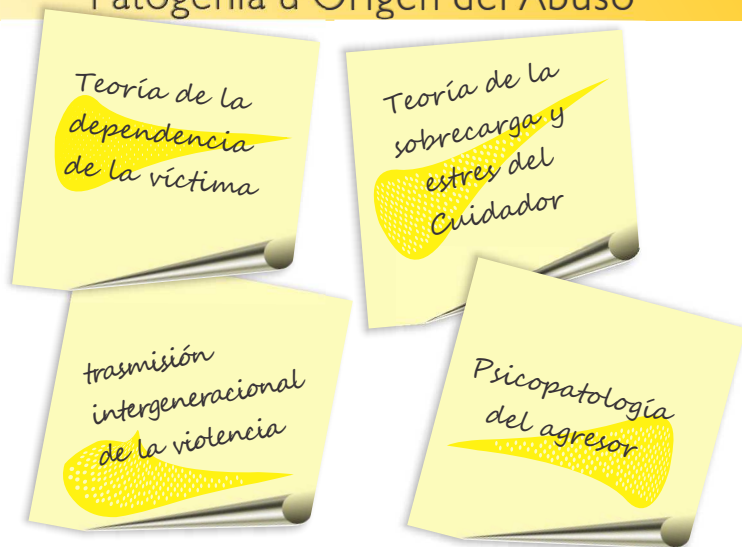
Aún carecemos de una teoría única u holística acerca de la patogenia del abuso en los adultos mayores, porque no existe marco teórico o conceptual que explique todas las formas y tipologías.

Existe la teoría de la dependencia de la víctima, que plantea que el factor predominante es la dependencia física y/o mental.

Por otro lado, la teoría del estrés del cuidador o de la sobrecarga atribuye el problema a las conductas negativas y la frustración que produce la sobrecarga de cuidados en el cuidador habitual. La teoría de transmisión generacional de la violencia supone una conducta aprendida como causa y finalmente la teoría de la psicopatología del abusador que se fundamenta en la alta prevalencia de patología mental y adicciones en los cuidadores que maltratan. Por último,

existe la teoría general de los sistemas integra las situaciones y conflictos mencionados en las anteriores.

Patogenia u Origen del Abuso



Sobre la base de todas estas teorías se han establecido grupos de alto riesgo para abuso en los ancianos, a saber:

Ancianos aislados y sumamente dependientes que exceden la capacidad de la familia para asumir los cuidados.

Ancianos con cuidadores que expresan frustración por su responsabilidad y muestran falta de control sobre la situación que deben enfrentar.

Ancianos que conviven con familiares que han sido víctimas de maltrato o que son adictos (alcohol y/o drogas).

Ancianos que viven en un entorno familiar perturbado por desempleo del cuidador y relaciones conyugales deterioradas (pérdida del equilibrio familiar, el anciano como “chivo expiatorio” de la conflictiva en el entorno).

5. Evaluación del anciano maltratado

El trabajo en Equipo es fundamental y en ello, el rol y responsabilidad técnica y ética del médico muy relevantes.

En primer lugar, destacamos que la Valoración Geriátrica Integral (V.G.I.), que es una metodología de valoración multidimensional y estandarizada (biomédica, mental, funcional y social) de los adultos mayores, incluye en los aspectos sociales no solo las características y composición familiar, del entorno de cuidados, sino también la calidad de la convivencia y la valoración y pesquisa de la sobrecarga en los cuidadores habituales y la pesquisa de situaciones de abuso. Ello es parte de la evaluación integral de todo adulto mayor.

Ante la sospecha de maltrato y/o la identificación de personas mayores con factores de riesgo, debe profundizarse en la investigación de la situación. La entrevista deberá garantizar tranquilidad y privacidad, debe realizarse por separado y en un orden determinado: primero con el paciente/víctima, luego con el cuidador y finalmente con ambos.

Salvo que se trate de una situación manifiesta y evidente, primero se indagará acerca de la convivencia en el hogar, pasando progresivamente con preguntas más específicas al tema del maltrato (si le golpean, le amenazan, insultan, etc.), según los indicadores de las diferentes formas de abuso que se mencionan en esta Guía.

La realización de la Historia Clínica requiere de tiempo, dedicación y buena empatía, incluso con el cuidador probable abusador. Debe establecer en un marco de confianza y confidencia necesarias para obtener la mayor información posible y debe cuidarse cualquier gesto que contribuya a la revictimización de quién ha sido víctima, explicando con calma y paciencia la naturaleza de la entrevista asistencial. Debe explicarse que no se trata de un

interrogatorio, sino de una entrevista para conocer en profundidad la situación y obtener la mejor información para ayudarlo.

En el interrogatorio debe revisarse el inicio, la intensidad y frecuencia, los tipos de maltrato ya definidos, y la presencia de factores de estrés psicosocial. En el anciano debe consignarse el estado mental y afectivo, así como el estado funcional actual.

El desempeño o capacidad funcional actual de la víctima, su situación mental y la adecuada valoración de los recursos socio familiares son fundamentales para la toma de decisiones y resolución del caso.

Para la valoración funcional (desempeño en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), se puede recurrir al capítulo correspondiente comprendido en el Carné del Adulto Mayor, describiendo la situación en la historia clínica en los aspectos considerados en dicho carné.

Por ello, es tan importante que la intervención sobre la situación concreta tenga una perspectiva multiprofesional y multidimensional (bio psico social y funcional). Y por ello también es importante que todas estas perspectivas e informaciones se apliquen en territorio, en prácticas y oportunas intervenciones, sin dilaciones.

Lo ideal es disponer de una historia clínica protocolizada, que permite dar cuenta rápidamente y de forma integral de todos estos aspectos (médicos, mentales, sociales y funcionales).

El examen físico debe ser exhaustivo y minucioso, con el paciente desnudo y siempre cuidando la privacidad y pudor personal en el dicho examen. Es conveniente graficar en un dibujo de contornos humanos (anterior y posterior), las lesiones que se encuentren, su localización,

dimensiones, tipo y color. Si es posible debe documentarse el estado de piel y las lesiones mediante fotos, cuidando en todo caso la intimidad y pudor de la víctima.

En general en cada caso y una vez que se detecta la situación, se pesquisarán los indicadores que se resumen a continuación:

A. Indicadores de Abuso Físico

Heridas, contusiones múltiples en hombros, muñecas, abdomen y brazos. Heridas de coloración diferente.

Heridas y hematomas o pellizcos en área genital y boca.

Hematoma ocular en antifaz.

Lesiones por medidas de contención física no indicadas, ni justificadas.

Signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene, intoxicación medicamentosa con fármacos prescritos o no prescritos.

Alopecia (calvicie) o laceraciones erráticas en el cuero cabelludo (por tirar de los pelos en forma brusca).

Arañazos.

Alteración emocional de la víctima (depresión, ansiedad, labilidad emocional).

B. Indicadores de Abuso Psicológico

Depresión.

Confusión.

Amenazas al anciano durante la entrevista (de abandono o institucionalización).

Extrema cautela del cuidador.

Imposición de aislamiento abusivo.

Explicaciones confusas sobre lesiones o ridiculización de la víctima (que “no esta en su sano juicio”).

C. Indicadores de Abuso Económico o patrimonial

Incongruencia entre ingresos y calidad de los cuidados.

Falta o desaparición de bienes, joyas u otras pertenencias.

Cuidador - apoderado que realiza préstamos al consumo que no se destinan a las necesidades del adulto mayor.

Ubicación en residencial (“casa de salud”) de baja calidad en relación a los ingresos del anciano.

Condiciones globales y vestimenta inadecuadas y falta de insumos para cuidados desproporcionada al poder adquisitivo formal de la víctima.

D. Indicadores de Negligencia Física

Malnutrición, deshidratación, mala higiene de cuerpo y boca.

Ropa inadecuada y sucia.

Caídas a repetición inexplicables.

Hipotermia.

Signos de incumplimiento terapéutico.

Gafas rotas o inadecuadas.

E. Indicadores de Negligencia Psicológica

Confusión mental.

Ansiedad.

Pérdida de autoestima.

Conversación mínima entre paciente y cuidador.

Indiferencia hacia el anciano.

Limitación de su capacidad de decisión.

Negación o interferencia en la relación del anciano con otras personas (amigos, otros familiares, etc.).

F. Indicadores Sugestivos de Abuso al Anciano

Explicaciones contradictorias e inverosímiles sobre lesiones.

Disparidad de relatos entre la víctima y el cuidador.

El anciano concurre a consulta siempre con otra persona que no es el cuidador principal.

El anciano es abandonado en sala de urgencia.

Concurre frecuentemente a emergencia por descompensaciones de enfermedades crónicas.

Consulta con demora por atención medica y cambia de centros de salud.

Recibe fármacos psicotrópicos no prescritos por el médico.

A este relevamiento se añade la evaluación social (recursos económicos y sociales), la pesquisa de sobrecarga del cuidador mediante el Test de Sobrecarga de Zarit (ver Anexos), y eventualmente exámenes paraclínicos, que dependen de la situación particular (Ej.: radiografías si hubo traumatismo, TAC si se sospecha traumatismo de cráneo, proteinograma si hay desnutrición clínica o se sospecha malnutrición).

En las instituciones, interesa agregar copias de controles e historia clínica del paciente, en particular respecto de dos situaciones: las medidas de

contención física y las medidas de contención farmacológica (sedación con psicofármacos). En este ámbito, el marco legal vigente (Ley 17.066 y Decreto Ley 320/99), establecen claramente bajo qué condiciones estas pueden utilizarse, sin que suponga situación de maltrato o negligencia. Para ello deben documentarse y obedecer a unas indicaciones médicas precisas, documentadas mediante indicaciones en la historia Clínica; deben instalarse por personal capacitado (enfermería) y solo bajo ciertas circunstancias que la norma establece (que la situación del paciente signifique un peligro documentado para sí o para otras personas o que interfiera con proporcionarle cuidados imprescindibles). En el caso de las medidas de contención física además deben establecerse una vez que otras medidas han fracasado y deben revisarse cada 24 horas.

6. Aspectos particulares del Abuso y Maltrato en Instituciones

Ya hemos señalado la epidemiología del maltrato en estos contextos, respecto del cual tampoco existe información en nuestro medio, porque no existe fuente de información y porque el Estado no dispone se desquise ni lo registra. Además, la Ley acerca de la Violencia doméstica restringe el tema al ámbito doméstico y los organismos rectores no tienen ni disponen de medios normativos que vigilen este problema en adultos mayores.

El formulario de pesquisa de violencia doméstica no incluye aspectos referidos a este colectivo, ni existe meta prestacional relacionada a este tema en mayores. No existen instrumentos de pesquisa nacional respecto del maltrato en contextos institucionales o en servicios de salud, razón por la cual no existen datos locales.

El siguiente esquema ilustra acerca de la multiplicidad de factores involucrados en al Abuso institucional hacia adultos mayores.



A continuación, señalamos, tipologías de maltrato en el ámbito institucional:

Maltratos en Instituciones (Residenciales, Hogares, “Casa de Salud”)

(Kaysner - Jones, 1980)

Infantilización y apelativos despectivos: Tratar al adulto mayor como si fuese un niño (“abuelito”, “abuelo”, etc). También refiere en nuestro medio a denominaciones tales como “viejomá”, piñeyroma” o similares.

Despersonalización: Proporcionarles servicios o “atenciones” generales, sin considerar los aspectos y convicciones personales. Que no dispongan de ropa personal o les asignen atuendos compartidos. Nominarlos o llamarlos según números y no por nombres propios. Aplicarles cortes de pelo carcelarios bajo supuesto de prevención de plagas. No considerar las preferencias religiosas. No permitirles ni procurar ejerzan su derecho legal a constituirse en Comisión de Residentes.

Deshumanización: No respetar la intimidad y pudor en la higiene personal y en los cuidados, despojarlo de su intimidad y el derecho a mantener objetos mínimos personales, despojarlos de decidir según sus capacidades acerca de sus tratamientos, decisiones u opciones de vida. No asegurarles derechos como el consentimiento en el ingreso (si son capaces) o el derecho a dictar directivas anticipadas acerca de sus preferencias en la atención sanitaria en situaciones extremas y en el final de la vida.

Victimización: Manifestaciones y ataques a la integridad física, moral, psicológica (amenazas expresas o implícitas, intimidación, chantajes, medidas de contención física o farmacológica injustificadas, etc).

Nota: Todas estas son manifestaciones graves de abuso, porque en general se producen sobre una población “cautiva”, generalmente sin muchas posibilidades de defenderse y donde los equipos de salud son los responsables de proteger sus derechos.

Añadimos algunos ejemplos de maltrato hacia los ancianos a nivel institucional:

Algunos ejemplos de Maltrato Institucional

(Caballero, 2000)

- No suministrar los medicamentos adecuadamente
- No realizar adecuadamente o suspender instancias de la higiene personal, confort, baño y asistencia en actividades de la vida diaria.
- Realizar comentarios inadecuados o hirientes durante los procesos de atención o en las unidades de atención.
- No respetar la intimidad en la higiene, la sexualidad, etc.
- Realizar medidas de restricción física o medicamentosa no consideradas en el marco legal y sin fundamento o como medida para “disciplinar”.
- No considerar las barreras arquitectónicas, no adaptar el entorno y no favorecer la autonomía de los residentes en la medida de lo posible.
- Falta de un plan individual de atención y cuidados.
- Limitación no fundamentada de visitas.
- No asegurar los derechos de los usuarios previstos en la norma.

7. Conducta y Pautas para el manejo de casos

El abordaje de las situaciones de maltrato hacia las personas adultas mayores se enmarca en los lineamientos generales del Ministerio de Salud Pública, que incluyen un abordaje interinstitucional, interdisciplinario y respetuoso de los derechos de las personas adultas mayores.

Como ya señalamos, es necesario el trabajo en equipo en todas las etapas del proceso asistencial y definir el rol de cada uno de los integrantes del equipo, así como las tareas y responsabilidades concretas en cada caso. Todo ello debe documentarse en la Historia Clínica y Protocolo.

Si bien los profesionales del primer nivel de atención tienen un rol fundamental, no debe olvidarse que el primer contacto con la situación puede darse en el servicio de emergencia o a nivel hospitalario, siendo fundamental que todos los profesionales estén capacitados en esta temática y que los equipos de referentes puedan asesorar y apoyar al resto de los profesionales en el abordaje.

Los Equipos de Referentes surgen en el año 2006, cuando a partir del Decreto 494/006 se reglamenta la Ley 17.514, de violencia doméstica (posteriormente se modifica con el Decreto 299/009). Estos equipos inicialmente tuvieron como objetivo la violencia basada en género, pero en los últimos años el país ha transitado una evolución en la visualización y conceptualización del fenómeno de la violencia intrafamiliar, incorporando una perspectiva de género y generaciones.

- ⇒ La conducta en cada caso en particular estará determinada por 3 aspectos: (1) El riesgo vital para el paciente, (2) La demanda concreta del anciano y (3) La capacidad del entorno socio-familiar para continuar cuidando.

Es importante considerar, que en la mayoría de las situaciones no se requiere necesariamente de denuncia, ni de judicialización del problema y que está demostrado que en todo caso, la propia intervención, seguimiento y conocimiento social o público del problema, ejercen un efecto protector sobre la víctima, en la medida que se realice un seguimiento institucional de la situación.

Por tanto, cada caso merece especial dedicación y consideración personalizada o individual. Existen pautas generales, pero siempre debe considerarse que cada situación merece particular atención y respuestas a

medida de esa situación. Y en esta consideración deben tenerse en cuenta los tres aspectos relevantes previamente mencionados.

Si existe riesgo vital (peligro vital inminente o de perjuicio físico) para el anciano, éste debe ser separado del cuidador o abusador. Puede recurrirse a la hospitalización transitoria, a un ingreso temporal en una residencia o a limitar el tiempo de convivencia diaria con el cuidador mediante la derivación a un Centro Diurno, otros familiares o amigos, según la situación y disponibilidad local de medios y servicios.

La demanda y requerimiento concreto del anciano/víctima debe preguntarse porque hasta en 40% de los casos la víctima rechaza el cambio de domicilio. Frente a ello es necesario generar un tiempo de respiro sobre la situación, lo que puede obtenerse en un centro diurno o en un albergue transitorio u otro contexto.

En cuanto al manejo de la denuncia, la misma deberá ser individualizada, teniendo en cuenta el estado cognitivo del paciente, su opinión y decisión (en caso de ser psíquicamente capaz), la repercusión del maltrato y la existencia de riesgo vital, determinada por éste o por las características de las agresiones sufridas y la impulsividad de la persona que ejerce el maltrato.

La denuncia puede ser efectuada directamente por el paciente, aunque esto no es lo más habitual, por la dinámica de cómo se producen este tipo de situaciones y el vínculo entre la víctima y la persona que ejerce la violencia.

En caso de que el equipo de salud, considere que la denuncia aporta mayores beneficios que riesgos, es recomendable el asesoramiento con el equipo de referentes y la misma será realizada en forma institucional, al Juzgado de Familia Especializado en Violencia Doméstica y en caso del Interior, en los lugares que no se cuenta con este tipo de Juzgados, será en el Juzgado de Paz.

⇒ La denuncia de la situación no exime de la responsabilidad de intervenir y realizar el seguimiento de la situación.

La capacidad de la familia es determinante de la solución final porque condiciona los apoyos a realizar. Sea cual sea la situación, el rol de la familia debe asegurarse, aunque éste no sobrepase de la obligación alimenticia que establece el marco legal. Esta demanda de pensión alimenticia, está prevista en nuestro marco legal y es recíproca de padres hacia hijos. Puede y debe, si la situación lo amerita, ser planteada ante la Justicia por los Equipos que intervienen en el caso, si el adulto mayor es incapaz de solicitarlo por sí mismo.

Además sobre el cuidador debe ofrecerse la asistencia psicológica personal y el relevo de rol cuando es posible. Si la conducta del cuidador/abusador no es modificable, la única alternativa será la separación y cambio de ambiente del anciano.

Conductas y Pautas

Prevención
La conducta ante un caso concreto dependerá de:

El riesgo vital de la situación para la persona mayor.
La situación global de salud y demanda concreta del anciano.
La capacidad de la familia o entorno para seguir cuidando.

- Que se mantengan tan activos y socialmente integrados como les sea posible.
- Que multipliquen su participación en espacios y organizaciones donde hacer nuevos amigos.
- Que no acepten hacer documentos o poderes genéricos a cambio de promesas de cuidarle cuando se discapaciten.
- Que no acepten convivir con personas (por más allegados que sean) que tengan problemas mentales o adicciones.
- Que no realicen testamentos anticipados a beneficio de personas que prometen cuidarlos si los firman.
- Que no deleguen el manejo de sus asuntos económicos o el cobro de pensiones o jubilaciones a terceros, por mayor confianza que les tengan.
- Que no realicen préstamos al consumo para terceros bajo la promesa de que utilizarán para su bien.
- Que si se sienten maltratados denuncien el problema a sus amigos y en la consulta.

En todos los casos la capacidad o incapacidad mental del anciano para rehusar una intervención terapéutica y/o social debe tenerse en cuenta. Si el anciano permanecerá en el domicilio (situación ideal), deberá instrumentarse un adecuado seguimiento y apoyos según el caso, así como medidas de vigilancia continua.

Finalmente, es importante, en toda situación de riesgo, trabajar en el asesoramiento y consejo hacia las personas mayores que presenten los indicadores ya reseñados.

⇒ *A ellos y en general hacia toda esta población, con enfoque preventivo (educación para la salud), se les debe informar:*

Que se mantengan tan activos y socialmente integrados como les sea posible.

Que multipliquen su participación en espacios y organizaciones donde hacer nuevos amigos.

Que no acepten hacer documentos o poderes genéricos a cambio de promesas de cuidarle cuando se discapaciten.

Que no acepten convivir con personas (por más allegados que sean) que tengan problemas mentales o adicciones.

Que no realicen testamentos anticipados a beneficio de personas que prometen cuidarles si los firman.

Que no deleguen el manejo de sus asuntos económicos o el cobro de pensiones o jubilaciones a terceros, por mayor confianza que les tengan.

Que no realicen préstamos al consumo para terceros bajo la promesa de que se utilizarán para su bien.

Que si se siente maltratados denuncien el problema a sus amigos y en la consulta.

8. Abreviaciones y Terminología

ABVDS: Actividades básicas de la Vida Diaria. Incluye las actividades básicas de autocuidado personal, tales como alimentarse, bañarse, higienizarse, controlar esfínteres, transferencias y movilidad básica (rolado en cama, cama silla o silla cama).

AIVDs: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Son actividades un poco más complejas que las básicas y refieren a la capacidad de los adultos mayores para auto valerse en la comunidad, fuera del hogar. Comprende por ejemplo: realizar compras, manejar el dinero, planificar y ejecutar, prepara alimentos, ser responsable de su medicación (comprender indicaciones, prepararla y tomarla adecuadamente, ordenar el hogar, lavar la ropa, utilizar el teléfono y medios de comunicación, realizar trámites sencillos.

AAVDs: Actividades Avanzadas de la Vida Diaria. Estas actividades comprenden aquellas que requieren o refieren a la integración social y cultural (pertenencia a grupos de pares, actividades recreativas, integración y aprendizaje, etc.). Estos tres grupos de actividades se pierden según un orden jerárquico desde las más complejas hacia las más simples en sentido inverso a como se adquieren en el ciclo de vida.

ASSE: Administración de Servicios del Salud del Estado

Adulto Mayor: Personas de edad igual o mayor a 65 años (Uruguay, Ley 17.066).

VGI: Valoración Geriátrica Integral, metodología de evaluación multidimensional y estandarizada (biomédica, mental, social y funcional) destinada al diagnóstico de problemas en estas cuatro áreas, su abordaje integral, seguimiento y selección del mejor contexto de atención en cada caso, con objeto de la mejor utilización de recursos sanitarios y sociales. La VGI ha demostrado en base a numeroso meta análisis (Siu, Reuben et al), que es un método más costo efectivo para la atención de los adultos mayores, especialmente de aquellos frágiles y vulnerables.

Instituciones de larga estadía: Refiere a instituciones que brindan servicios para adultos mayores o establecimientos comprendidos en la tipología prevista en la Ley 17.066 y su Decreto Ley Reglamentario (N° 320/99), el Decreto 88/010 y las Ordenanzas N° 5 y N° 385 del MSP.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

9. Bibliografía

Adams J, Maltrato en el Adulto Mayor Institucionalizado, Realidad e Invisibilidad, Rev Med Clin Condes. 2012; 23 (1): 84–90.

Caballero J, Consideraciones sobre el maltrato al anciano, Revista Multidisciplinaria de Gerontología. 2000; 10(3): 177–188.

Cuestionario de Zarit, Caregiver Burden Interview, Zarit, Reeve and Bach - Peterson, 1980.

Bazo M, Incidencia y prevalencia del maltrato hacia los adultos mayores. De la Cuesta J, El Maltrato de personas adultas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico, Instituto Vasco de Criminología, 2006.

Conferencia Internacional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Seguimiento del Plan de Acción de ONU – Madrid 2002. Santiago de Chile, 2003.

Griffin and Aitken, Visibility blues: Gender Issues in Elder Abuse in Institutional Setting. Journal of Elder Abuse and Neglect. 1999; 10: 19.

Mendoza Martínez L. Abuso y victimización. En: Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, D'hyver C. Geriatria. 1ªed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

OMS, INPEA, Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre el abuso y maltrato al mayor. Revista Geriatria y Gerontología. 2002; 37 (6):319-31.

Organización de Naciones Unidas: Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento. Viena, 1982.

Pillemer K, Risk factors in elder abuse: result from a case control study, Arch Intern Med. 1987; 147:484-488.

Pillemer K, Moore D, Highlights from a study abuse of patients in nursing homes. Journal of Elder Abuse and Neglect. 1990; 2: 5-29.

Savio Ítalo, Lucero Abreu Rossana, Atchugarry Marcos, Fierro Aldo, Casali Giannina, Rolando Danilo, Levi Sarah; Manual de Geriatria y Psicogeriatria, FEFMUR/AEM, Oficina del Libro, 2004.

Sepúlveda Moya D, Ruipérez Cantera I. Aspectos éticos y legales. Consentimiento informado. Directrices anticipadas. Abuso y maltrato. En: Salgado A. Manual de Geriatria. 3ªed. Barcelona: Masson; 2003.

Programa del Adulto Mayor
Gerencia Asistencial – Área Programática
Administración de Servicios de Salud del Estado, ASSE

Montevideo, julio de 2014

10. Anexos

Cuestionario de Zarit

(*Caregiver Burden Interview, Zarit, Reever and Bach - Peterson, 1980*)

A continuación presentamos una lista de afirmaciones, en las que se refleja los sentimientos del cuidador. Realice las preguntas y valore su situación como cuidador/a.

1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única

persona con la que puede contar?

15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

- 15. _____
- 16. _____
- 17. _____
- 18. _____
- 19. _____
- 20. _____
- 21. _____
- 22. _____

Cada ítem se valora así:

nunca	0
casi nunca	1
a veces	2
bastantes veces	3
casi siempre	4

Para obtener la puntuación total sumar los puntajes de todas las preguntas del Cuestionario de Zarit.

Puntuación total máxima: 88 puntos. No existen puntos de corte establecidos.

Sin embargo, suele considerarse:

22 - 46: No sobrecarga | 47 - 55: Sobrecarga leve | 56 - 88: Sobrecarga intensa

Información y contactos útiles

→ En Uruguay: _____

■ ASSE

ASSE cuenta con Equipos de Referentes de Violencia en todos los centros de salud de la Red de Atención Primaria y Hospitales de Montevideo. En el interior del país también hay equipos o técnicos que trabajan en la temática. ASSE es el prestador de servicios sanitarios con mayor cantidad de Equipos aplicados a este problema. Estos Equipos referentes de violencia doméstica tienen tareas de organización, apoyo y atención de las situaciones complejas dentro del Centro de Salud, así como actividades de prevención y promoción en la comunidad, incluyendo la actualización de información, sensibilización y educación de los/as usuarios/as y equipos de salud.

■ Otras Instituciones:

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
 Servicio de Atención a la Violencia intrafamiliar
 Teléfono 2400 0302, Internos: 1170 ó 1859
 Correo electrónico: servicioinmayores@mides.gub.uy

■ Ministerio del Interior

En Montevideo: Comisaría de la Mujer, San José 1126 esquina Paraguay
 Teléfonos: 2901 5458 / 2901 5558
 Centro especializado en recepción de denuncias de personas en situación de violencia doméstica (las denuncias pueden igualmente realizarse en cualquier seccional policial). Atención todos los días, las 24 horas.

En el Interior: ver listado de Unidades Especializadas en Violencia Doméstica en: <http://www.minterior.gub.uy/genero>

■ Intendencia de Montevideo:

Apoyo Mujer, Violencia Doméstica: 0800 4141 o desde celular *4141

→ Sitios Internacionales, vínculos de interés:

■ www.elderabusecenter.org



Una sociedad para todas las edades.

(ONU / OMS)