



Ministerio de Salud Pública
División de Programación en Salud
Departamento de Ciclos de Vida
Programa Nacional de Adulto Mayor
Departamento de Salud Sexual y Reproductiva
Programa de Violencia y Salud.

Prevención y abordaje del abuso y maltrato hacia personas adultas mayores.

2014

Autoridades

Ministra

Dra. María Susana Muñiz.

Sub Secretario

Prof. Dr. Leonel Briozzo.

Directora General de la Salud

Dra. Marlene Sica.

Sub Directora General de la Salud

Dra. Adriana Brescia.

División Programación en Salud.

Dra. Ana Noble.

Área Ciclos de Vida

Dra. Zully Olivera.

Área de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Leticia Rieppi.

Programa Nacional de Adulto Mayor

Soc. Ricardo Alberti.

Programa de Violencia y Salud.

Aux. Enf. Estela De Armas. - Lic. Psic. Carla Bellini.

Revisión, redacción y actualización del documento.

Dra. Fernanda Lozano.

Lic. Psic. Andrea Bechlian.

Lic. Soc. Mg. TS. Sandra Sande.

Lic. Soc. Mg. GS. Ricardo Alberti.

Aux. Enf. Rosario González.

Integrantes de la RED de Equipos de Referencia en Violencia y Salud que participaron en la primera etapa.

Fernanda Lozano

Sandra Sande

Anabel Parodi

Ariel Vázquez

Blanca Martínez

Estela De Armas

Eugenia De Marco

Inés Baucero

Irene Petit

Jacqueline George

Jimena Pérez

Marcela Duarte

Mercedes Giménez

Patricia Cafasso

Rosalía Panza

Carla Bellini

Elba Giménez

Apoyos y asesoramientos.

Mtro. Diego Rossi. - Aux. Enf. Estela De Armas. - Lic. Psic. Carla Bellini.

INDICE

<u>PRESENTACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO.....</u>	<u>7</u>
<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>9</u>
<u>SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR EN EL URUGUAY.....</u>	<u>10</u>
<u>IMPORTANCIA DEL TEMA.....</u>	<u>11</u>
<u>MARCO CONCEPTUAL</u>	
<u>DIMENSIONES DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS PAM.....</u>	<u>11</u>
<u>LA VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA SALUD PÚBLICA.....</u>	<u>12</u>
<u>DEFINICIONES DE LA VIOLENCIA, ABUSO Y MALTRATO CONTRA LAS PAM.....</u>	<u>13</u>
<u>ORIGEN DE LA VIOLENCIA HACIA LAS PAM.....</u>	<u>15</u>
<u>La Teoría del Estrés del Cuidador.</u>	
<u>La Teoría de la Dependencia “Excesiva “de la PAM.</u>	
<u>La Teoría del Aislamiento Social.</u>	
<u>La Teoría del Aprendizaje Social.</u>	
<u>La Teoría de la personalidad del cuidador y abuso de sustancias.</u>	
<u>Modelo ecológico.</u>	
<u>TIPOS DE MALTRATO.....</u>	<u>22</u>
<u>Maltrato físico.</u>	
<u>Maltrato psicológico o emocional.</u>	
<u>Abuso sexual.</u>	
<u>Negligencia / Abandono.</u>	
<u>Otras tipologías.</u>	
<u>LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PAM QUE VIVEN SITUACIONES DE VIOLENCIA....</u>	<u>24</u>
<u>Etapas de la atención.</u>	
<u>Prevención primaria.</u>	
<u>Detección y apreciación inicial.</u>	
<u>Relato espontáneo o pesquisa.</u>	
<u>Indicadores físicos.</u>	
<u>Indicadores cognitivo conductuales, emocionales.</u>	
<u>Indicadores del entorno.</u>	
<u>Indicadores de maltrato institucional.</u>	

<u>VALORACIÓN DEL RIESGO Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.....</u>	<u>33</u>
--	-----------

Intervención.

Sin riesgo vital.

Con riesgo vital.

Seguimiento.

Oportunidad de la denuncia.

Normativa.

<u>BIBLIOGRAFÍA.....</u>	<u>40</u>
--------------------------	-----------

INDICE de TABLAS

Tabla N°1.

Componentes de una definición práctica de maltrato hacia las PAM..... 15

Tabla N° 2.

Principales factores de riesgo para el maltrato hacia PAM por parte de sus familiares..... 18

Tabla N° 3.

Otros factores de riesgo para maltrato en PAM institucionalizadas..... 20

Tabla N° 4.

Cuestionario orientador de pesquisa hacia la PAM y cuidador..... 27

Tabla N° 5.

Factores que aumentan el riesgo 32

Tabla N° 6

Normativa vigente..... 39

ANEXOS.

PROLOGO

Los derechos de las Personas Adultas Mayores muchas veces aparecen vulnerados por distintos actores que por medio de reacciones institucionales o humanas producen negligencia o abuso. A estos se suma el aislamiento social, la baja participación en actividades comunitarias y el abandono familia, situaciones todas que coadyuvan para que se produzcan daños que impactan ineludiblemente sobre la salud y por ende sobre el Sector Sanitario, “espacio” privilegiado para prevenir y dar soluciones a las víctimas y también a quienes tienen estas conductas violentas.

Abundante es la bibliografía internacional y local que nos habla de tipologías, orígenes e hipótesis sobre el abuso y maltrato hacia las Personas Adultas Mayores y fácil es citarlas y compilarlas, pero son escasas las guías que, -como ésta-, proponen herramientas basadas en la experiencia de muchos años y comparte procedimientos ya probados en nuestro ámbito, apostando siempre a la capacidad y libertad de los equipos de dar soluciones acordes a las personas y momentos.

El nuevo modelo de atención planteado desde la ley 18.221, propone un abordaje integral de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que implique una coordinación intersectorial e interdisciplinaria con la participación ciudadana en el uso pleno de sus derechos. Esta guía se acompaña con el Sistema Integrado de Salud, abarcando a todas las personas y que contemplando todos los niveles, permitiendo crear respuestas a situaciones complejas en su planteamiento y mucho más en su solución. El equipo de salud, la red vincular principalmente la familia, la sociedad civil y el Estado comienzan a conjugar respuestas a problemas que exigen de cada actor un aporte concreto.

Por este motivo es que el Ministerio de Salud Pública presenta esta guía realizada por equipos de profesionales y técnicos que a lo largo de años aportaron su experiencia y saber para diseñar un instrumento que ayudara a dar,- la mejor respuesta posible-, a las situaciones de abuso y maltrato hacia la PAM, con los recursos con que se cuentan actualmente.

Esperamos que sea un documento de referencia, que aporte herramientas para visualizar y poder abordar los problemas complejos, pero principalmente anhelamos que de apoyo a equipos y personas que diariamente desde nuestras instituciones de salud, deben responder al problema creciente del abuso y maltrato a nuestros mayores.

PRESENTACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO

El Grupo de Trabajo sobre Prevención y abordaje del abuso y maltrato hacia personas adultas mayores (PAM), se conformó en agosto del 2010, a iniciativa de la Coordinadora del Programa Violencia y Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) dirigido en ese momento por la Dra. Sandra Romano. El mismo se conformó, en ese entonces, por profesionales de diferentes áreas (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, sociólogos, entre otros), integrantes de la RED de Equipos de Referencia en Violencia y Salud de instituciones de salud del sector público y privado, participando además el Programa Nacional de Adulto Mayor (Área Ciclos de Vida) del MSP. El objetivo principal del grupo fue la elaboración de un instrumento para el diseño de una política sanitaria tendiente a la atención integral del problema del abuso y maltrato hacia las PAM. El 15 de julio de 2012 se realiza la presentación de los avances en el documento y se pone a consideración de diferentes organizaciones invitadas

En el año 2013 se retoma el trabajo realizado por este grupo y se conforma un equipo encargado de la revisión, redacción y actualización del documento. De esta manera, se da continuidad al proceso de trabajo iniciado en 2010. Se toma como insumo el Protocolo de Intervención del Servicio de Atención a PAM Víctimas de Abuso y Maltrato Intrafamiliar (MIDES, INMAYORES. 2013 - 2014), para generar un instrumento que permita identificar y generar mecanismos de respuesta para las PAM usuarias de los Servicio de Salud.

El equipo fue integrado por:

- **Fernanda LOZANO.** Dra. En Medicina. Mágister en Medicina Familiar y Comunitaria, Master en Violencia de Género y Doméstica (Universidad de Valencia), Especialista en Medicina Legal, Master en Medicina Forense (Universidad de Valencia), Médica Legista Asesora de la Dirección Jurídico-Notarial de ASSE, integrante del Equipo Coordinador de violencia intrafamiliar de ASSE.
- **Andrea BECHLIAN.** Lic. en Psicología. Jefa del Departamento de Acciones Estratégicas del Instituto del Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Desarrollo Social. Diplomanda en Prevención y abordaje del maltrato a las personas mayores. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- **Sandra SANDE.** Magíster en Trabajo Social. Lic. en Sociología. Lic. en Trabajo Social. Jefa del Departamento de Trabajo Social del Hospital Centro Geriátrico Piñeyro del Campo. Referente de violencia doméstica en el Hospital Centro Geriátrico Piñeyro del Campo e integrante del Equipo Coordinador de Violencia intrafamiliar de ASSE. Doctoranda en Ciencias Sociales de Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR. Asistente del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR.
- **Ricardo ALBERTI.** Magíster en Gerontología Social (UAM). Sociólogo. Responsable del Programa Nacional de Adulto Mayor del MSP. Evaluador de Proyectos Sociales. Docente de Sociología de la Familia y Metodología de intervención psicosocial, UCUDAL.
- **Rosario GONZÁLEZ.** Auxiliar de Enfermería. Integrante del Programa Nacional de Adulto Mayor del MSP.

INTRODUCCIÓN

El abuso y maltrato hacia las personas adultas mayores (PAM) es un tema preponderante para la comunidad y por ende para las políticas socio sanitarias del país, si bien no es posible decir con exactitud la real dimensión, es evidente la percepción de crecimiento que este problema tiene en el quehacer sanitario, jurídico y social de quienes trabajamos con este colectivo.

La tendencia demográfica al envejecimiento de la población trae como consecuencias, un aumento de la proporción de personas adultas mayores y paralelamente una creciente institucionalización de las personas adultas mayores, las escasas respuestas socio sanitarias a los adultos mayores vulnerables y dependientes, la falta de formación, de vocación de cuidados y los cambios económicos y familiares se conjugan velozmente para aumentar las dimensiones de este problema.

Es en el marco del trabajo sobre la violencia doméstica, desde el sector salud, donde se ve necesaria la incorporación de la especificidad que adquiere este fenómeno en la población adulta mayor, lo que requiere la incorporación de nuevas herramientas y respuestas adaptadas a este grupo. Los equipos de referentes de violencia doméstica ven crecer la demanda de perfiles de usuarios con características y necesidades especiales, las personas adultas mayores víctimas de abuso y maltrato necesitan de respuestas técnico – profesionales y humanas específicas.

Es entonces que surge la necesidad de diseñar una Guía para el abordaje de la violencia hacia las PAM que proponga instrumentos y procedimientos básicos y perfectibles, pero altamente legitimados por la experiencia de los equipos y profesionales que responden a diario al problema del abuso y maltrato, siendo el ámbito de la salud uno de los principales puntos de identificación y a veces el único recurso para dar respuesta.

La presente guía fue escrita por integrantes de equipos de referentes de violencia doméstica y profesionales expertos en la temática, que proponen instrumentos con el fin de ejemplificar, orientar y plantear respuestas y procedimientos probados y viables en un contexto como el uruguayo.

Es la intención de quienes participamos de este trabajo compartir conocimientos y experiencias con el fin de dar respuestas a las PAM víctimas de abuso y maltrato.

SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR EN EL URUGUAY

El Uruguay es uno de los países latinoamericanos con mayor presencia de personas adultas mayores (PAM) en su población, según el censo del 2011; 14 de cada 100 habitantes son mayores de 65 años (14.11%), totalizando unas 463.726 personas, con realidades socioculturales muy diversas, que configuran un universo desconocido de situaciones potenciales o reales de violencia.

Contrariamente a esto, no existen en nuestro medio, hasta el momento, estudios diagnósticos abarcativos sobre la violencia hacia las PAM. Basándonos inicialmente en tasas de prevalencia o estimaciones realizadas en otros países por diversos autores, estimamos que en nuestro país entre el 1% el 10% de la población adulta Mayor, pueden sufrir este problema

Las características híper variables del abuso y maltrato hacia las PAM no permiten hacer correlaciones con situaciones socioeconómicas o culturales específicas, es decir, no es posible vincular el abuso y maltrato a las PAM con ingresos económicos de la PAM o núcleo familiar, ubicación geográfica, características e integración de la vivienda, etc.

Lo anteriormente mencionado nos obliga establecer únicamente, parámetros de “nucleamiento” de PAM; donde se encuentran un mayor porcentaje de personas mayores, estimando “probabilísticamente” el surgimiento del abuso o maltrato y actuando preventivamente. Es necesario reconocer que la violencia y el maltrato al adulto mayor, si bien tiene características específicas, tiene un comportamiento sociodemográfico similar a otras formas de violencia (violencia contra la mujer, niños, etc.)

Poco más de la mitad de la población de personas mayores se encuentra entre los 65 y 74 años (52.6%), el resto se distribuye entre PAM entre los 75 y 79 años (20.2%), y los 80 y más años (el 27.2 %). El crecimiento de la PAM por tramos etarios es diferente, principalmente si consideramos la relación de género, en el extremo inferior (65 años) casi hay una distribución pareja con una representación del 52% por parte de la mujeres, contra un 48% por parte de los hombres. A medida que avanzamos en la edad, la brecha se profundiza, a los 80 años la diferencia aumenta a favor de las mujeres en una relación de 1 a 3 (68% mujeres, 32% hombres). La feminización de la PAM es un comportamiento evidenciado mundialmente.

IMPORTANCIA DEL TEMA

En Uruguay no hay estudios nacionales epidemiológicos de prevalencia del abuso y maltrato hacia las PAM, no obstante existen aproximaciones a la temática desde diferentes perspectivas y lógicas institucionales.

Desde el Estado se han llevado adelante respuestas exitosas pero parciales para el abordaje de esta problemática. Son de destacar las experiencias del Ministerio del Interior, del Ministerio de Salud Pública, de la Intendencia de Montevideo, entre otras. Actualmente la que se encuentra operativa es la estrategia que lleva adelante INMAYORES, a través del Servicio de atención a PAM víctimas de abuso y maltrato intrafamiliar, para Montevideo y Zona Metropolitana.

Paralelamente hay escasas organizaciones de la sociedad civil, que en forma voluntaria han abordado esta problemática, a las que se les presentan grandes obstáculos para realizar derivaciones y dar seguimiento a los casos. Estas organizaciones funcionan a demanda del afectado, del familiar o allegado, y carecen por lo tanto de mecanismos de detección de situaciones de abuso y maltrato.

MARCO CONCEPTUAL

DIMENSIONES DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS PAM .

Las situaciones de violencia hacia las PAM se configuran como una problemática de la cual se ha tomado conciencia en los últimos años.

Es una problemática naturalizada e invisibilizada por la sociedad, sobre todo por los prejuicios negativos que recaen sobre las PAM (viejismo).

Dentro de las diferentes formas en que se manifiesta la violencia intrafamiliar, se encuentra el abuso y el maltrato hacia las PAM, al que se define como **“aquellas acciones u omisiones, únicas o repetidas, que siendo intencionales o no, generan daños a la integridad física, psíquica, moral y vulneran el ejercicio y goce de los derechos de las personas mayores de 65 años”**.

A nivel institucional, el abuso y el maltrato refieren a lógicas institucionales instauradas, a deficiencias en la atención, a falta de capacitación de recursos humanos y a una mala atención, entre otras.

LA VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA SALUD PÚBLICA

El sector salud es un lugar privilegiado para la detección y diagnóstico de abuso y maltrato a las PAM. Las personas tienen mayores oportunidades de contacto con este sector que el resto de la población y en algunos casos, es el único ámbito social recurrente en casos de emergencia y consulta, lo que permite construir un vínculo permanente con el personal de salud.

En el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se presentan algunas cifras de la representatividad del abuso y maltrato, que si bien no pertenecen a contextos latinoamericanos, sirven para darnos una idea de magnitud. En dicho documento se menciona que entre un 4% y el 6% de la población de PAM son objeto de algún tipo de maltrato en el contexto del hogar “domus” (Pillemer y Finkelhor, 1988; Randal, 1999; Krug et al, 2003). Estudios de revisión muestran una prevalencia general de abuso a las PAM entre 3.2% y 27.5% (Cooper et al, 2008), y una prevalencia de maltrato psicológico que oscila entre el 1.1% y 47 % de la población

estudiada, entre 1.2 % y 16.5% de maltrato físico, 1.4% a 8.5% de maltrato patrimonial y hasta un 24% de negligencia (Espíndola y Blay, 2007). Los rangos tan amplios se pueden explicar por el tipo de definición empleada y los períodos de prevalencia en los distintos estudios incluidos en estos trabajos de revisión así como diferencias socioculturales.

El trabajo de Pillemer y Moore sobre Maltrato al Adulto Mayor Institucionalizado recoge estadísticas que muestran que el 36% del personal de enfermería fue testigo de instancias de maltrato físico, el 10% reconocía haber sido autor de al menos un acto de maltrato físico, el 81% había sido observador de incidentes donde se habían cometido maltratos psicológicos mientras que el 40% había abusado verbalmente de un residente en los últimos doce meses (Pillemer y Moore, 1990). Estos tipos de estudios no se han realizado aún en Uruguay, pero es posible sospechar que el abuso y maltrato a las PAM institucionalizadas por parte de personal de la salud es una posibilidad real, que debe ser encarada y prevenida.

A nivel nacional se cuenta con la Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Ámbito Sanitario, realizada por el Ministerio de Salud Pública, donde se recoge el dato de que el “91% del personal médico y el 88% de los no médico ha presenciado comportamientos disruptivos (inapropiados) en sus lugares de trabajo”. La encuesta tuvo una cobertura de más de 200 hospitales y 4782 encuestados, integrantes del equipo de salud, entre los que se destacan 1.040 médicos, 1.713 enfermeros, 662 licenciados de enfermería y 271 técnicos (MSP en prensa, 2013).

Si bien esta encuesta no es específica con respecto a la temática que nos ocupa, dichas conductas no solo pueden incidir en la seguridad del paciente favoreciendo que se cometan errores, sino que además afectan negativamente el clima laboral, lo que puede facilitar malos tratos a los usuarios y propender el ejercicio de formas de violencia institucional.

DEFINICIONES DE LA VIOLENCIA, ABUSO Y MALTRATO CONTRA LAS PAM.

La OMS define a la violencia como **“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, 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 privaciones.”** (Krug et al, 2003).

Si bien la definición es muy amplia destaca elementos claves, como es la relación interpersonal mediada por el abuso del poder y/o la fuerza, con consecuencias presentes o futuras que pueden ser- o no- fácilmente contrastables

Esta definición se enmarca en concepto del “costo de la violencia para la salud”, cuyos costos económicos y sociales son absorbidos por el sector salud, que en el caso de Uruguay son de difícil cuantificación. Se suman los costos indirectos (pérdida de horas laborales y productividad, activación de mecanismos jurídicos y de protección, administrativos, entre otros). Hay evidencia de que las víctimas de violencia usan más frecuentemente los servicios de salud (OMS, 2005) y en el caso de la violencia de género, los costos agregados de atención de salud duplican los de la atención para las mujeres que no sufren esta forma de violencia (Koss; Koss; Woodruff, 1991). La no detección de la situación de violencia favorece la medicalización de la situación y que la atención no responda a la demanda de los pacientes con mayor consumo de servicios, bajo poder resolutivo e incluso diagnósticos incorrectos y fracaso terapéutico. Existen estudios que muestran que las PAM sin recibir abordaje específico sobre la situación de maltrato que viven tienen tres veces más posibilidades de morir en los siguientes tres años, que aquellas que no son victimizadas, y luego de 13 años el 9% de las PAM estaban vivas en contra del 41% de las PAM que no sufrían maltrato (Lachs M; Pillemer K, 2004).

Los datos sobre costos que se recogen de Latinoamérica son muy variados; desde un 0.3% del PBI en Venezuela, el más bajo, hasta el 5.6% del PBI en Brasil (datos de 1996 - 1997 BID), en Uruguay no existe aún una cuantificación de los costos por violencia, destacándose que es muy probable que la situación sea muy semejante a los países de la región (Krug et all. 2003).

La Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado celebrada en Almería, España el 4 de mayo de 1995, definió al maltrato hacia las PAM como “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurre en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente” (Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, 1995).

Complementa la anterior definición la incluida en la declaración de Toronto que lo define como “una acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana” (Declaración de Toronto, 2002)

Finalmente se incluye la definición contemplada por nuestro marco normativo en el art. 2 de la Ley Nº 17.514, que establece que “Violencia Doméstica como toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho.”

Si bien la definición no abarca todos los actores o situaciones que definen el abuso y maltrato contra las PAM, es innegable que el ámbito mayoritariamente de éste, es lo doméstico, según estudios internacionales se estima que un 75% de las situaciones de violación de los derechos humanos de las PAM se dan en el ámbito del hogar, quedando el resto 25% representado por instituciones, en su mayoría de cuidados y asistencia.

Tabla N°1.

Componentes de una definición práctica de maltrato hacia las PAM:

- ✓ Acción u omisión, intencionada o involuntaria
- ✓ Posibilidad de producir daño, objetivable o percibido subjetivamente por la PAM
- ✓ Vulneración o posibilidad de vulnerar derechos, entre ellos la autonomía
- ✓ Ocurrencia en un contexto de abuso de poder
- ✓ Ocurrencia donde exista una expectativa de confianza

ORIGEN DE LA VIOLENCIA HACIA LAS PAM

Existen algunas teorías y modelos que tratan de explicar el origen del Abuso y Maltrato hacia las PAM, entre las que se destacan las teorías del estrés del cuidador, dependencia excesiva de la PAM, aislamiento y aprendizaje social, personalidad del abusador y consumo de sustancias y el modelo ecológico.

La Teoría del Estrés del Cuidador

Asocia el abuso y maltrato a factores de estrés externo, vinculándolos directamente al cuidado permanente y sin descanso ni apoyo, lo que genera la superación de la capacidad de resistencia física y psíquica del cuidador. A esto se suma en general la carencia de apoyos de otros particulares y/o de instituciones, así como la falta de capacitación para brindar los cuidados requeridos por la PAM.

Se incluyen como factores contribuyentes otros sucesos vitales estresantes como el desempleo, problemas económicos y/o aislamiento social.

La Teoría de la Dependencia “Excesiva” de la PAM.

Para esta teoría el cuidador satisface todas las necesidades de la PAM, la cual no tiene autonomía suficiente y el cuidador no es apoyado por el entorno, desnaturalizando el vínculo de PAM y cuidador donde el equilibrio de la relación desaparece, existiendo una dependencia total y absoluta de las necesidades de la PAM que solo son satisfechas por el cuidador.

La Teoría del Aislamiento Social.

En todos los ámbitos donde existe aislamiento social se pueden generar situaciones de abuso y maltrato que pasan por el desconocimiento de la situación por parte del mundo circundante y exterior.

Esta teoría por sí misma no tiene por qué justificar la aparición de abuso y maltrato, pero que combinada con situaciones de estrés y antecedentes de violencia pueden ser un potenciador.

La Teoría del Aprendizaje Social.

Enfatiza el rol de la familia en el aprendizaje de conductas abusivas y de maltrato por parte de algunos de los individuos, emergiendo estas conductas en instancias vitales de desequilibrio (o inversión) de la autoridad y el poder en el núcleo íntimo de la familia o de la institución. La reproducción de las conductas de violencia familiar es una tesis ya comprobada.

La Teoría de la personalidad del cuidador y abuso de sustancias.

Esta teoría vincula directamente el abuso y maltrato a la PAM con un consumo problemático de alcohol, psicofármacos y otras drogas por parte del cuidador así como también a enfermedades mentales de éste.

Modelo ecológico.

Existen diversos modelos explicativos del origen de la violencia en general, algunos se complementan entre ellos y dentro de los más aceptados se destaca el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner en el año 1987, que intenta explicarla desde la multicausalidad. Su utilidad es que permite implementar estrategias de prevención ya que habilita identificar factores de riesgo y factores protectores para ser víctima y/o agresor en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y sociocultural.



(Fuente: Informe Organización Mundial de la Salud, 2003).

Tabla N° 2. Principales factores de riesgo para el maltrato hacia PAM por parte de sus familiares.

- Convivencia, compartir la vivienda y tiempo juntos aumenta el riesgo, mientras que vivir solo lo disminuye (salvo en caso de abuso patrimonial, que lo incrementa).
- Conflictos, tensión, estrés y disfunción familiar.
- Aislamiento social y falta de red de apoyo social, tanto para la PAM como para el cuidador
- Discapacidad, deterioro cognitivo y trastornos de conducta, deficiente estado de salud, incontinencia y anciano frágil entre otras.
- Características patológicas de la personalidad del agresor, patología mental y consumo problemático de drogas, incluyendo alcohol, que si bien no son determinantes de violencia a priori, facilitan su aparición ante situaciones de tensión.
- Dependencia emocional y física del cuidador-agresor
- Cuidador con dependencia económica de la PAM
- PAM con consumo problemático de alcohol u otras drogas
- Dependencia económica del cuidador
- Estrés o sobrecarga física y/ o emocional del cuidador
- Transmisión intergeneracional de la violencia y antecedentes de malos tratos
- Malas relaciones previas entre la víctima y el abusador
- Analfabetismo
- Género

Elaboración propia en base a la bibliografía consultada.

Es importante tener en cuenta que estos factores de riesgo pueden estar presentes en muchas familias y sin embargo el maltrato ocurre en una minoría de ellas, es decir que la existencia de los mismos no es sinónimo de ocurrencia de maltrato y que éste puede ocurrir aún en ausencia de factores de riesgo evidentes.

Para el caso del maltrato institucional se han elaborado otras teorías complementarias tendientes a explicar los comportamientos y regímenes abusivos y negligentes, incorporando además aspectos geriátricos y gerontológicos. Dichos modelos incluyen el estilo institucional y factores organizacionales (estilo de custodia, grado y calidad de cuidados brindados , “corrupción de cuidados”, relación costo/gasto por paciente, tamaño del residencial, número de internados, tipo de gestión pública o privada, modo de selección del personal, capacitación, frecuente rotación del del personal, BURN OUT - síndrome de desgaste profesional personal, falta de privacidad, cuidados físicos y calidad de vida, condiciones laborales, , restricciones físicas y químicas abusivas, inactividad, características del personal y de los pacientes que pueden verse influidas por el ambiente de la residencia, entre otras. (Kingston P, 2005).

Tabla N° 3. Otros factores de riesgo para maltrato en PAM institucionalizadas:

- falta de adecuación a los estándares: número de camas por metro cuadrado (hacinamiento), falta de personal suficiente
- factores organizacionales: estilo de custodia, grado y calidad de cuidados brindados, relación costo/gasto por paciente, tamaño del residencial y número de internados
- tipo de gestión
- entorno institucional, pautas rígidas en la institución, en cuanto a horarios para realizar actividades (por ejemplo normas de higiene, horario de baños, levantarse, ver televisión, acostarse, uso abusivo, compulsivo e innecesario de pañales)
- actividades recreativas deficientes, excesivas o inadecuadas para las características de las PAM
- estrés del personal que trabaja en contacto directo (problemática familiar, multiempleo, dificultades económicas)
- síndrome de burn out
- actitudes negativas y prejuiciosas hacia las PAM
- modo de selección del personal, falta de capacitación, frecuente rotación del personal
- síndrome del anciano frágil
- PAM con discapacidad
- PAM que no colabora con la higiene y maniobras o que rechaza un rol pasivo
- aislamiento de la PAM, sin familia o con pocas visitas
- PAM que posee bienes patrimoniales

Elaboración propia en base a bibliografía.

TIPOS DE MALTRATO.

La violencia puede ser ejercida por acción u omisión y puede clasificarse según la forma de manifestación, según el tipo de actos cometidos o según quien la ejerce. En este sentido la OMS distingue cuatro tipos de manifestaciones: física, psicológica, sexual y patrimonial. Dicho organismo diferencia la violencia auto inferida (suicidios, intentos de autoeliminación y conductas para suicidas, conductas de riesgo, entre otras) de la conducta heteroinferida. En este último grupo incluye la violencia interpersonal (doméstica, institucional, callejera, entre otras) y la colectiva (prejuicios, discriminación hacia ciertos colectivos minoritarios o vulnerables). En el caso de las PAM estas últimas adquieren especificidades vinculadas al rol e imagen del adulto mayor en la sociedad.

Maltrato físico

Es el uso de la fuerza física, que daña o puede dañar la integridad corporal de la persona maltratada. Puede provocar dolor, lesión y/o discapacidad. En casos extremos podría producir la muerte.

Una variedad de particular importancia que puede pasar desapercibida es la administración de sustancias sin indicación médica o a dosis distintas a las prescritas con la finalidad de tranquilizar y/o dominar a la PAM, denominada maltrato químico.

Maltrato psicológico o emocional

Son acciones que pueden producir angustia, estrés, sentimiento de inseguridad, baja autoestima o atentan contra la identidad, dignidad o autonomía de la persona maltratada. Incluye chantaje afectivo, desprecio, insultos, amenazas, intimidaciones, abandono o amenaza de abandono o institucionalización, humillaciones, infantilización o ridiculización. Negación de afecto. Incomunicación. No respeto a sus creencias. Rechazo a sus deseos y falta de respuesta a sus consultas en forma intencionada.

Abuso sexual

Ejercicio abusivo de poder de un sujeto hacia una PAM, para satisfacción sexual de quien lo ejerce, en detrimento y con desconocimiento de la voluntad de la PAM. Incluye cualquier acción de

connotación sexual (gestos, palabras, caricias, manoseos, exhibición de genitales, penetración) con una PAM sin su consentimiento válido, empleando fuerza, amenazas y/o engaño.

Abuso Patrimonial

Mal uso, explotación o apropiación del patrimonio de la PAM por parte de terceros, sin consentimiento válido ya sea por coacción, presión, miedo o por deterioro cognitivo. Se incluyen además el impedimento del uso y control de su dinero, chantaje, fraude o estafa, engaño o hurto, trabajo forzado.

Negligencia / Abandono

Consiste en el incumplimiento voluntario o involuntario, de las funciones del cuidado para satisfacer las necesidades vitales básicas, cuando los cuidadores están en condiciones de hacerlo, exponiendo a la PAM a eventuales riesgos. Incluye aspectos vinculados a la higiene, vestimenta, controles en salud, administración de medicamentos, seguridad física, entre otros.

Otras tipologías.

La OMS y la Red Internacional para la Prevención de Maltratos de las personas adultas mayores (INPEA, por su sigla en inglés) recogen otras formas de maltrato (Fernández- Herrero, 2006)

- Maltrato estructural y social: Es el ejercido desde los gobiernos e instituciones, entendido como discriminación política, falta de recursos para cubrir necesidades asistenciales, y falta de seguridad de ingresos y alojamiento
- Falta de respeto y prejuicio contra las PAM
- Infantilización en el trato.

Como ejemplos del Maltrato Estructural, se puede citar la explotación de la capacidad de trabajo doméstico, destitución y desarraigo familiar, falta de instituciones y servicios específicos y la atribución de determinadas quejas y dolencias por parte del equipo de salud a la edad (Adams, J. 2012).

LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PAM QUE VIVEN SITUACIONES DE VIOLENCIA

Cuando se interviene en esta etapa, es importante considerar que el episodio actual deber interpretare en el contexto de la historia personal y familiar, para no generar estrategias que vulneren los derechos tanto del usuario como de su familia

Los ejes conceptuales desde los que se trabaja este tema son similares a los de otras formas de violencia intrafamiliar e incluyen:

- Perspectiva de Derechos Humanos
- Género
- Generaciones
- Abordaje individualizado, integral e integrado
- Interdisciplina
- Trabajo en red

Etapas de la atención.

1. Prevención primaria.
2. Asistencia de situaciones ya instaladas:
 - a) Detección y apreciación inicial
 - b) Valoración del riesgo
 - c) Diagnóstico de la situación
 - d) Evaluación de las repercusiones
 - e) Primera intervención
 - f) Atención de las consecuencias
 - g) Seguimiento

A diferencia de otras patologías en que existe una secuencia de diagnóstico seguida de tratamiento y posterior seguimiento, en violencia estas etapas pueden ser simultáneas y cada una de ellas debe quedar registrada en la historia clínica.

El registro no solo es un derecho del paciente sino un derecho y deber del profesional de la salud incluyendo no solo a los médicos sino a todos los integrantes del equipo de salud (Trabajo Social, Psicología, Enfermería, odontología, entre otros). Su finalidad es servir como herramienta que facilite brindar una atención de calidad a los pacientes y en este sentido debe ser de utilidad como medio de comunicación entre los integrantes del equipo. Debe cumplir con una serie de características y condiciones como ser completa, veraz, ordenada, inteligible, identificada (cada hoja debe contener el nombre y cédula del paciente así como la identificación de quien registra) y confidencial. En este sentido conviene recordar que la confidencialidad es un derecho del paciente contemplado en nuestra normativa y la doctrina del secreto profesional en nuestro país se enmarca en el **secreto relativo** (que admite su revelación solamente si existe justa causa) y **secreto compartido** por los distintos integrantes del equipo de salud. El acceso a dicho documento está claramente explicitado en la normativa vigente (Ley N° 18335 y Decreto 274/010). Una historia clínica correctamente confeccionada tiene un importante rol como medio de prueba en caso de que el equipo de salud considere oportuno y necesario la realización de la denuncia de la situación de maltrato.

Es necesario dar espacio en la consulta personal en un contexto de intimidad que asegure la confidencialidad. En caso de consultas domiciliarias el personal de la salud deberá buscar la oportunidad de realizar las preguntas indagatorias cuando la PAM pueda contestar con seguridad y tranquilidad ya que la PAM puede tener diferentes niveles de dependencia del agresor, que le impidan identificar que sus derechos son vulnerados o expresarlo.

Prevención primaria:

Las recomendaciones incluyen identificar factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad e intervenir sobre los mismos. Brindar apoyo al cuidador, información, fortalecerlo, promover que descansa y rotar con otro cuidador si es posible. Anticipar el deterioro, informar del envejecimiento normal y evolución de ciertas patologías que implican deterioro cognitivo, dependencia y pérdida de autonomía. Promover el respeto y reconocimiento a las PAM y con discapacidad. Procurar inserción social en grupos y espacios que existan en las instituciones de salud, incorporando el tema de promoción de derechos y apoyo social a PAM.

Recomendar a las instituciones pautas organizativas que promuevan los derechos y disminuyan los factores de riesgo anteriormente mencionados para maltrato institucional.

Incorporación del tema en las currículas de grado y postgrado de aquellos profesionales que intervienen en el proceso de atención.

Detección y apreciación inicial:

Hay que tener en cuenta algunos aspectos claves de la comunicación verbal y no verbal, como el respeto por la confidencialidad y privacidad, evitar la infantilización del adulto mayor y respetar por sus tiempos. Asimismo algunos pacientes pueden tener discapacidades que dificulten la comunicación (por ejemplo sordera, ceguera). También hay que tener en cuenta que la PAM puede concurrir acompañado a la consulta, muchas veces por quien ejerce el maltrato. En este caso es necesario ser prudente en las preguntas y al interactuar con posible el cuidador-agresor y en caso de ser posible procurar que participe personal entrenado. Se debe destacar que al igual que en otras situaciones de violencia es peligroso confrontar al abusador por el riesgo de represalias, respuestas no rápidas del sistema y pérdida de acceso de la PAM al servicio de salud agravando su vulnerabilidad.

Las situaciones de maltrato hacia las PAM son muy heterogéneas, de allí la importancia de conocer los indicadores que pueden alertar a los operadores de la presencia de alguna de sus formas. Al igual que en otras situaciones de violencia intrafamiliar, los indicadores no deben tomarse por separado ya que son inespecíficos, sino que deben analizarse en forma acumulativa, y permiten tener una apreciación inicial, mientras que el diagnóstico de maltrato es situacional y requiere considerar aspectos personales, familiares, del entorno, la historia en que se inscribe la situación, las intervenciones previas y respuesta (Bentancor G, Lozano F, Solari M, 2013).

Los indicadores pueden ser:

- relato espontáneo o tras realizar preguntas específicas
- indicadores físicos
- indicadores cognitivos- conductuales- emocionales
- indicadores del entorno

Relato espontáneo o pesquisa:

Todos los profesionales y personal de la salud tienen la obligación de dar una primera respuesta desde una perspectiva respetuosa de los derechos, al igual que en otras situaciones de violencia intrafamiliar. En este sentido se destaca la importancia de escuchar, reconocer y validar la situación en caso que el adulto lo refiera espontáneamente o tras una pesquisa. Desafortunadamente no es frecuente que las PAM consulten por este motivo o lo refieran, incluso a pesar de una buena relación clínica pueden negarlo por diversos motivos (indefensión aprendida, dependencia emocional y estructural con la persona que lo maltrata, miedo, vergüenza, entre otras).

En materia de violencia de género, la pesquisa en forma activa ha mostrado ser efectiva para la detección, realizándose en una manera empática y en forma oportuna, y se han incorporado instrumentos que ayudan a la detección de esta forma de violencia (Romano et al, 2009). En el caso de las PAM, si bien se ha incorporado el carné del adulto mayor, el cual permite detectar situaciones de riesgo, no incluye específicamente preguntas relacionadas con sufrir maltrato o abuso. A su vez no existe consenso en el tipo de preguntas a incluir (Lachs M, Pillemer K, 2004). Dado que difícilmente las personas adultas mayores relaten el maltrato sufrido, es recomendable incorporar algunas preguntas tanto para la persona adulta mayor como para el presunto abusador. La siguiente tabla tiene la finalidad de facilitar al operador la identificación de estos factores a solo efecto de brindar ejemplos de cómo preguntar.

Tabla N° 4. Cuestionario orientador de pesquisa hacia la PAM y cuidador

Preguntas para la PAM	Preguntas orientadoras para identificar posibles conductas de un cuidador-agresor
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien le ha hecho daño en casa? • ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted? • ¿Le han amenazado? • ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende? • ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo? • ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento? • ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad? • ¿Alguien toma cosas que le pertenecen sin su permiso? • ¿Está solo a menudo? • ¿Alguien le ha negado ayuda cuando usted lo ha solicitado? 	<ul style="list-style-type: none"> • Me imagino que la situación en casa debe ser difícil, ¿cómo hace? • La persona que cuida siempre tuvo un carácter particularmente difícil, ¿cómo es su vinculación ahora en el envejecimiento? • ¿Cómo reacciona ante preguntas reiteradas o actitudes poco flexibles de la PAM? • Cuando la persona se pone excitada o agresiva con usted o el resto de la familia ¿cómo actúa en ese momento para calmarla? • Si usted no puede dormir en toda la noche por la conducta o los cuidados requeridos por la PAM, ¿Cómo lo maneja? • Cuando tiene problemas con los cuidados, por ejemplo luego de higienizarlo inmediatamente se ensucia, ¿cómo se maneja con eso? • Si la PAM se niega a comer, ¿qué hace en este caso? • En el caso de que la PAM perciba algún ingreso, ¿Colabora con la economía familiar? En caso afirmativo ¿cómo se administra ese dinero? • ¿Qué estrategias utiliza para evitar que la PAM se exponga a situaciones de riesgo (por ejemplo salida a la calle solo, encendido de llave de gas, manejo de utensilios o sustancias peligrosas, entre otras)
<p>Asociación Médica Americana citada por Fernández-Alonso M et al., 2006; Canadian Task Force On Preventive Health Care, 1994; Lachs A, Pillemer K, 2004.</p>	<p>Alberti R; Lozano F; Sande S, (2014)</p>

Olivieri (2008) destaca una serie de obstáculos para evaluar y detectar el maltrato institucional que incluyen el aislamiento geográfico o social de las instituciones que dificultan el acceso, existencia de códigos, normas implícitas o coerción que mantengan el silencio, imposibilidad de agrupación de los residentes, limitación de los derechos sexuales de los pacientes internados, falta de privacidad en las comunicaciones y correspondencia entre otros. Los malos tratos en el ámbito institucional pueden denunciarse en forma no convincente o incluso ser negados debido a la fragilidad y dependencia de la persona internada, temor del paciente a complicar a sus familiares (necesidad de buscar otro residencial, no tener recursos para pagar otro, evitar generar sentimientos de culpa, entre otras), temor a represalias, temor de la dirección de la residencia a desprestigio de la institución o a involucrarse en cuestiones legales que van desde despidos a juicios (Olivieri, 2008; Adams. 2012)

Indicadores físicos:

La mayoría de los malos tratos físicos se producen por un intercambio de energía cinética, con mecanismo traumático, siendo mucho menor la proporción de lesiones producidas por calor o por sustancias químicas (quemaduras cáusticas). Dentro de las lesiones con un origen mecánico predominan las de tipo contuso, producidas por objetos romos, sin filo o punta, así como producidas con armas naturales como puños, codos, rodillas, pies (Abath et al, 2010). Además de las lesiones por golpe directo, pueden producirse lesiones por contragolpe, desaceleración y sacudimiento (“battered granny”). Dentro de las lesiones que pueden identificarse en la PAM maltratada físicamente se destacan:

- Equimosis y hematomas no explicados por fragilidad capilar. Se destaca la importancia de equimosis figuradas, aquellas cuya forma remeda la de algún objeto como hebillas, improntas digitales, aunque en adultos mayores como consecuencia de la debilidad colágena pueden difuminarse rápidamente alterándose la morfología. Por este motivo deben interpretarse con prudencia tanto la forma como la coloración de las equimosis, siendo más dificultosa la estimación de la data de producción. Es importante diferenciar las equimosis traumáticas de las producidas por fragilidad vascular, que incluso pueden producir extensas equimosis. En este sentido se destaca que se han reportado casos de ruptura espontánea de vena axilar simulando maltrato físico.

- Erosiones y excoriaciones (predominantemente en muñecas y tobillos) que puedan sugerir medidas de contención física.
- Lesiones traumáticas oculares
- Quemaduras con agua caliente o más raramente con objetos, aunque no son las lesiones más frecuentes.
- Quemaduras con orina, quemaduras solares por exposición prolongada que traduzcan negligencia.
- Alopecia traumática, por arrancamiento de cabello
- Dentadura en mal estado, prótesis inadecuadas, andador inadecuado o ausente, ropa inadecuada a las condiciones climática, teniendo las condiciones para brindar dichos cuidados.
- Acuria, mala higiene. Escabiosis. Pediculosis. Corte de pelo forzado en la institución
- Úlceras por presión evolucionadas.
- Infecciones de piel no curadas.
- Efectos de mal uso de medicación o administración de medicación no indicada con finalidad de sedación.
- Lesiones traumáticas a nivel genital
- Sugilaciones.
- Infecciones de transmisión sexual no detectadas previamente, en adulto mayor sin vida sexual activa.
- Hematoma subdural traumático.
- Luxación de hombro.
- Fracturas antiguas.
- Patologías médicas no atendidas ni controladas incluyendo desnutrición y deshidratación entre otras.

Ante estos hallazgos es importante tener en cuenta la falta de correlación entre el mecanismo lesional descrito y el tipo de lesión hallada.

Indicadores cognitivo conductuales, emocionales.

- Depresión, anorexia, trastornos del sueño
- Desamparo, miedo, llanto fácil
- Falta de participación en actividades sociales, aislamiento
- Conductas evitativas del contacto con otros
- Negativa a que lo higienicen, especialmente los genitales o cambio de pañal
- Vestimenta no acorde a la estación y a su patrimonio
- Ruptura de vínculos
- Intentos de autoeliminación
- Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de lesiones

Indicadores del entorno

- Abandono en la institución, desaparición de pertenencias o documentos, transacciones bancarias inexplicables (préstamos), realización de poderes para administrar bienes, cortes inesperados de servicios domésticos, cambio de testamento o casamiento repentino, solicitud del cuidador de administración de psicofármacos, falta a controles médicos, cambio frecuentemente de médico no vinculado a razones del servicio, cambio frecuente de efector de salud o de cuidador.
- Negativa del cuidador a dejar solo al anciano

Indicadores de maltrato institucional:

- Retraso en consulta médica ante lesiones o enfermedades
- Falta de concordancia entre el relato del personal del hogar, el del paciente en caso que lo hubiere y mecanismo lesional que explique el tipo de lesión que presenta el paciente
- Quejas de que no duerme o solicitud de administración de psicofármacos y otras medidas de contención. Alto consumo de psicofármacos.
- Falta de controles y administración de medicación indicada en forma oportuna.
- objetiva en una visita al hogar/ residencia, en relación a los cuidados brindados.
- Quejas del paciente a lo largo de su estadía en el hogar y residencias.
- Ante la realización de una consulta domiciliaria se evidencia instalaciones descuidadas, aspectos ambientales como ventilación, calefacción, poca iluminación, camas inadecuadas, barreras arquitectónicas.
- Falta de recursos materiales y humanos suficientes y adecuados.
- Ubicación espacial no recomendada de las PAM en la institución
- Falta de espacios de socialización y recreación
- Escasa formación de cuidadores
- Rotación excesiva del personal
- Falta de información al usuario sobre procedimientos y situación clínica.
- Exceso de privilegio terapéutico (brindar información al familiar sin el consentimiento del paciente, basado en el prejuicio de que la PAM no está apta para la comprensión o puede generarle una repercusión negativa en su estado de salud)
- Deshumanización, despojarlo de su intimidad y de su sexualidad.
- Infantilización.

VALORACIÓN DEL RIESGO Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.

Se evaluará la repercusión de la violencia a nivel orgánico, funcional, psíquico y social. Se destaca la importancia de la realización de una valoración geriátrica integral por parte del médico de familia y eventualmente la interconsulta con geriatra que será evaluada caso a caso. Es fundamental la evaluación de las redes y soporte social para lo que se pueden usar cuestionarios específicos. También en caso de que el paciente concurra acompañado por su cuidador es conveniente pesquisar los factores de riesgo de éste y la sobrecarga, para lo cual también hay escalas como la de Zarit, que es la de uso habitual. Ver Anexo.

Deberá evaluarse la existencia de factores que agraven la situación de maltrato ya instalada y que para facilitar la sistematización se puede seguir el modelo de atención del SIPIAV que divide en factores de la víctima, del abusador, del contexto y de la situación.

Tabla N°. 5 Factores que aumentan el riesgo .

Persona Adulta Mayor	Persona que ejerce violencia	Contexto	Situación
<ul style="list-style-type: none">- Discapacidad física o mental.- Invalidez.- Acceso limitado a pedido de ayuda o Servicios de Salud.-Problemas emocionales o comportamentales importantes, crisis actual.-Escasos recursos emocionales y sociales.- Aislamiento- Dependencia del cuidador	<ul style="list-style-type: none">-Amenazas de represalia o de muerte.- Acceso a armas de fuego.- UPD- Trastornos mentales con pobre control de impulsos o patologías graves descompensadas.- Historia de malos tratos en la infancia.- Comportamientos violentos en otros ámbitos.- Dependencia del anciano.- Sobrecarga.	<ul style="list-style-type: none">- Inexistencia de otras personas de referencia.- Violencia hacia otros integrantes de la familia.	<ul style="list-style-type: none">- Severidad de la agresión actual.- Riesgo vital producido o agravado por malos tratos.- Historia de la violencia: tipo, intensidad, frecuencia, intencionalidad, previsibilidad, cronicidad, repercusiones, requerimiento de internación previa.- Naturalización – visibilización de la situación.- Intervenciones anteriores.

Fuente: Modelo de atención del SIPIAV (2012) Adaptado para la respuesta a la PAM.

Para completar el diagnóstico de situación deberá realizarse un estudio de los vínculos de la PAM y mapeo de red.

Intervención

Trabajar en estrategias de abordaje integral de la PAM y el manejo del cuidador así como buscar alternativas en casos de sobrecarga y riesgo de maltrato y en formas de maltrato sin riesgo de vida, que posibilitan una intervención con la familia y el entorno para la corrección de factores determinantes de la situación, siendo fundamental la intervención de diferentes disciplinas, dada la multicausalidad de esta problemática. Es fundamental el rol de enfermería dentro del equipo (cantidad de tiempo, formación en cuidados, habilidades comunicacionales, entre otras) ya que es el más numeroso dentro de las instituciones de salud y el que por su función debe mantener un mayor acercamiento con el paciente, a través del contacto directo (controles clínicos, higiene y confort), lo que deberá quedar registrado en la historia clínica.

Al igual que en otras formas de violencia intrafamiliar es importante trabajar con la persona adulta mayor, en la medida de que su estado cognitivo lo permita, en la identificación de otro cuidador o persona referente.

En algunas oportunidades se requiere la realización de paraclínica, por agravación de patologías como consecuencia del maltrato o por las lesiones producidas directamente por éste, lo cual será evaluado individualmente, siendo útil en estos casos el ingreso para garantizar la realización de la misma, compensación del paciente y definir la conducta a seguir.

La atención de estas situaciones involucra a todo el personal de salud y no sólo a los equipos de referencia, quienes podrán ser un apoyo en aquellas situaciones más complejas. A estos equipos les compete la organización de la atención, apoyo a los profesionales intervinientes y atención de situaciones de riesgo junto con el profesional que detecta. Se remite al lector a la guía de Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer del Ministerio de Salud Pública.

En general el “afán de cuidar” puede generar una nueva situación de abuso, para ello es necesario contar con elementos que permitan evaluar las posibilidades, capacidades y necesidades de la población y ayudarlo a tomar la decisión respetado su proceso.

Si bien frecuentemente se jerarquiza el primer nivel de atención en la detección, abordaje y seguimiento, todos los profesionales de la salud que a través de su profesión y función estén en contacto con PAM deben estar capacitadas en la temática y contar con herramientas que les permitan dar una atención de calidad y respetuosa de los derechos de los pacientes.

La conducta a seguir dependerá de la existencia de riesgo vital, del estado cognitivo del paciente, de las repercusiones ocasionadas por la violencia. También deberá tenerse en cuenta si la PAM acepta la intervención y si el equipo define la existencia de un nivel mínimo de reporte (denuncia). Es importante que la PAM permanezca en el ámbito familiar y que la desvinculación con el mismo, sea el último recurso.

- En caso de deterioro cognitivo está afectada la posibilidad de tomar decisiones válidas, lo que obliga a que el derecho de autonomía del paciente y de decidir sea ejercido a través de otra persona que represente sus intereses, lo que muchas veces requiere del inicio de un juicio de incapacidad civil para proteger ciertos derechos del paciente.
- El riesgo de vida implica situaciones en que como consecuencia del maltrato hay aumento de las probabilidades de muerte del paciente ya sea de forma heteroinferida como por conductas suicidas. Además se incluye en esta categoría la descompensación grave de patologías como consecuencia del maltrato.

En base a esto se puede distinguir las siguientes categorías de pacientes:

Sin riesgo vital.

- Sin deterioro cognitivo: en esta situación el rol del equipo de salud es acompañar, informar de los derechos, brindar herramientas para revertir la situación de malos tratos, trabajar en los factores causales. Dado que el paciente no ve alterado su estado mental se debe respetar su autonomía.
- Con deterioro cognitivo: ídem que el anterior, pero se altera la posibilidad de tomar decisiones válidas como consecuencia del deterioro y es necesario contar con un cuidador (figura similar al adulto referente protector en otras formas de violencia intrafamiliar). Se evaluará la necesidad de iniciar un juicio de incapacidad civil si aún no se ha hecho para definir por vía judicial un curador para el paciente. Mientras se lleva a cabo dicho proceso

judicial, es necesario la figura de un cuidador referente, que no necesariamente coincidirá con el curador designado judicialmente.

Con riesgo vital.

- Es importante que en estos casos el equipo referente en violencia doméstica apoye al resto del personal interviniente en la situación, en las distintas etapas del proceso asistencial. La internación puede ser una estrategia válida, no solo para el tratamiento de las patologías graves, sino también como medida de protección provisoria tomada por los profesionales de la salud, mientras se realizan otras intervenciones. En esta categoría cobra mayor importancia la realización de la denuncia. En estos casos puede generarse situaciones dilemáticas en cuanto a la toma de decisiones cuando el paciente no presenta deterioro cognitivo y se niega a la intervención propuesta. Siendo necesario en estos casos un estudio exhaustivo de la situación por parte del equipo.

SEGUIMIENTO.

El profesional una vez en conocimiento de la situación, hará la interconsulta correspondiente a los equipos de referencia, pero será él quien seguirá atendiendo la situación en la mayoría de los casos (sea por ser el médico de referencia, el trabajador social de la institución, o el enfermero que asiste a la persona), no debiendo posponer el abordaje integral de la situación de salud de la PAM. La intervención del equipo referente de violencia doméstica no exime al profesional que detecta la situación de la evaluación del riesgo, repercusiones y realizar el seguimiento.

Una primera relación es la de ser “puente” entre quien necesita y otras redes, entendiendo esa función como aquellos “ligazones” que son el único o principal camino entre dos sujetos, grupos o redes sociales. Es el paso a través del cual interactúan individuos indirectamente relacionados al sujeto central o con sujetos que integran otra red social.

Otra relación está dada por el vínculo que propició la detección, que debe ser un elemento más en la protección de la persona víctima de violencia.

La evaluación del riesgo puede habilitar en un extremo la denuncia, pero hay procedimientos intermedios. El seguimiento de la situación puede evitar o minimizar los riesgos.

La contención y la predisposición del profesional puede ser un factor benéfico, sobre todo en PAM que generaron un vínculo de confianza.

Es importante el trabajo en red el cual se puede pensar desde dos dimensiones: la primera está relacionada al trabajo de los equipos de violencia, la segunda a la intervención concreta en los casos particulares de las PAM que sufren violencia.

Los equipos de referencia necesariamente deben actuar en relación con las instituciones, los recursos territoriales y las organizaciones de la Sociedad civil para poder realizar correctamente las coordinaciones y poder intervenir de manera eficiente y eficaz. El fenómeno de la violencia hacia las PAM necesita ser enfrentado desde una visión multidisciplinaria.

En relación a las personas, el poder realizar un correcto mapeo de sus relaciones y re- vincularla a grupos de pertenencia, es lo que posibilitará una real protección y apoyo.

Se entiende a la red como un sistema abierto, multicéntrico, que a través del intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo y con otros integrantes de otros colectivos, posibilita la potenciación de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. (Dabas: 1993)

Es un sistema abierto, de intercambio dinámico entre sus miembros y los miembros de otros grupos de la vida social. Es un espacio que habilita a los actores a enfrentar los problemas, potenciando sus recursos naturales, compartiendo intereses y necesidades, para hallar soluciones en común. Otra forma de entenderla es como una conformación organizativa que tiene como características ser:

- un sistema auto-organizado participativamente
- sin bordes nítidos
- abierto, flexible, dinámico y adaptable
- la asociación de diversos actores

Se puede hablar de tres dimensiones de integración a la red:

- α) Cognitivo: información sobre recursos, requisitos y canales de acceso
- β) Simbólico: apropiación del derecho, construcción de la subjetividad que promueve la participación en la red, identidad, inclusión al sentirse parte de, comprensión e involucramiento con la temática y
- γ) Material: apropiación del recurso o servicio para acceder a una acción eficaz sobre el problema planteado

Las redes están relacionadas al concepto de sostén; tienden a garantizar una mejor calidad de vida y disminuye la problemática de vulnerabilidad. Permiten colectivizar problemas que aparecen en primera instancia como particulares, generando sostén que habilita el acceso a satisfactores a través de una acción colectiva. El sostén puede ser de tipo material, afectivo, cultural, psicológico e identitario. Se intercambian bienes, servicios, afectos, información entre otros.

El concepto de red social, implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva; es un sistema abierto que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Los diversos aprendizajes que una persona realiza se fortalecen cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común

La red permite hablar de relaciones sociales aportando los atributos de contención, sostén, posibilidad de manipulación, tejido, estructura, densidad, extensión, control, posibilidad de crecimiento, fortaleza. El término es aplicable a dos fenómenos diferentes: por una parte, a un grupo de interacciones espontáneas, que pueden ser descritas en un momento dado y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de ciertas prácticas más o menos formalizadas; por otra parte, puede también aplicarse al intento de organizar esas interacciones de un modo más formal, trazarles una frontera o un límite, poniéndoles un nombre y generando, así, un nuevo nivel de complejidad, una nueva dimensión. (Pakman:1992)

Por otra parte, la soledad y el aislamiento constituyen uno de los mayores miedos de este grupo etario, lo que puede llevarlos a aceptar condiciones absolutamente injustas e indignas para ellos.

Es necesario potenciar el bienestar de las personas, éste depende de la existencia de una serie de relaciones interpersonales que satisfacen necesidades sociales: apego, integración social, reafirmación personal, alianzas confiables, guía y consejo, estas funciones son las que cumple la red social.

Oportunidad de la denuncia.

En cuanto a la denuncia, la misma es un elemento más en la estrategia de abordaje y no debe ser un fin en sí misma. **Es excepcional y debe estar justificada, pretendiendo un equilibrio entre la protección y el respeto a la autonomía.** Es fundamental tener en cuenta el estado mental de la PAM, su capacidad de decidir, la presencia de deterioro cognitivo o emocional, el riesgo de muerte o lesión, así como el deterioro de la salud que requiera una intervención inmediata. Es recomendable que la realización de la misma sea institucional, evitando el quiebre en la relación equipo – paciente- familia así como dejar expuesto al profesional interviniente. El equipo de salud debe tener claro qué es lo que se pretende con la denuncia, dónde realizarla, el alcance y limitaciones de la misma.

La PAM víctima de violencia podría considerar la denuncia como una posibilidad y como un derecho en el marco de una estrategia que acompañe este proceso. El equipo deberá informar sobre los pasos a seguir, procurar medidas de autoprotección, ayudar a identificar otros vínculos cercanos y en caso de que sea necesario un lugar donde vivir transitoria o definitivamente, contribuyendo a la elaboración de un escenario de protección en conjunto con la persona.

Si bien la denuncia se puede realizar tanto en la seccional policial barrial como en el Juzgado de Familia Especializado en Violencia Doméstica (o en el interior en el Juzgado de Paz, si no cuenta con Especializado) es recomendable este último ya que tiene una competencia específica. En caso de realizar la denuncia en la seccional policial, se da cuenta al Juez Penal correspondiente cuyo accionar se rige en el Código Penal Uruguayo y tiene el cometido de investigar un delito y en caso de que la conducta del agresor se enmarque en lo que establece dicho código, sancionarlo. No dispone medidas de protección hacia la víctima ni la restitución de derechos. Por el contrario en caso de realizar la denuncia ante el Juez de Familia Especializado en Violencia Doméstica cuyo accionar se enmarca en la Ley 17514, se podrá acceder a medidas de protección hacia la víctima, que es la finalidad de la denuncia.

Normativa.

La normativa relacionada con los derechos de las PAM es compleja por tratarse de normas heterogéneas y dispersas. Les competen los derechos generales como a cualquier persona, pero además se pueden identificar normas específicas como las que regulan los hogares/residencias de ancianos, alimentación, vivienda y otros derechos sociales.

Asimismo en relación a esta temática en particular, es importante tener en cuenta la normativa referente a los derechos de usuarios de servicios de salud incluyendo las voluntades anticipadas, derechos de las personas con discapacidad, los pasos a seguir para la declaración de incapacidad en caso de que fuera necesario (regulado por Código General del Proceso y Código Civil) y las normas referidas a la vida libre de violencia. Estas últimas incluyen decretos del MSP, artículos del Código Penal Uruguayo referidos a ciertos delitos (delitos de lesiones, delito de violencia doméstica, delitos sexuales, violencia privada, abandono de personas incapaces, estafa, abuso de la inferioridad psicológica entre otros) y la ley N 17514. Es necesario recordar los derechos y deberes emanados de los códigos de ética de las respectivas profesiones.

Tabla N° 6 Normativa vigente.

DERECHOS COMO USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD	ADULTO MAYOR Y VIOLENCIA EN ÁMBITO FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none">• Constitución de la República• Ley N° 18.335. Pacientes y usuarios de los servicios de salud se establecen sus derechos y obligaciones. Decreto 274/010• Ley N° 18.473. Voluntad anticipada. se incorpora a nuestro ordenamiento jurídico y se establece su alcance y decreto reglamentario 385/013.	<ul style="list-style-type: none">• Ley N° 17.514. Violencia doméstica. Declárense de interés general las actividades orientadas a su prevención, detección temprana, atención y erradicación• Decreto 494/006 y Decreto 299/009• Código Penal Uruguayo.

ANEXOS

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Población objetivo; cuidadores de personas dependientes.

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 22 ítems.

Valores correspondientes a las opciones de respuesta

FRECUENCIA	PUNTAJE
Nunca	1
Rara vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

Puntos de corte recomendados

Menor a 46	No sobrecarga
Entre 47 a 56	Sobrecarga leve
Mayor a 56	Sobrecarga Intensa

Cuestionario.

- 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?

BIBLIOGRAFÍA:

A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. Geneva. 2008.

Abath Mde B, Leal MC, Melo Filho DA, Marques AP. [Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil.](#) Cad Saude Publica. 2010 Sep;26(9):1797-806.

Acosta, Blanca. Redes una estrategia de gestión comunitaria. En Revista Regional de Trabajo Social nº20. Montevideo. Editorial Fundación Cultura Universitaria, 2000.

Adams Y. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. Revista Médica Clínica Las Condes, 2012; 23 (1): 84-90

Ahmad M, Lachs MS. Elder abuse and neglect: what physicians can and should do. Cleve Clin J Med. 2002 Oct;69(10):801-8.

Amstadter AB, Begle AM, Cisler JM, HernándezMA, Muzzy W, Acierno R. Prevalence and correlates of poor self-rated health in the United States: the national elder mistreatment study. Am J Geriatr Psychiatry. 2010 Jul; 18 (7): 615-23. Doi: 10.1097/JGP.0b013e3181ca7ef2.

Autores varios. Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores. Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO). Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Organización Mundial de la Salud (OMS). 2006.

Barbero Gutiérrez J, Barrio Cantalejo I, Gutiérrez González B, Izal Fernández de Trocóniz M, Martínez Maroto A, Moya Bernal A, Pérez Rojo G, Sánchez del Corral Usaola F, Yuste Marco A. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO. Madrid. 2005.

Bazo M. Incidencia y prevalencia del maltrato. En: De la Cuesta Arzamendi J (ed). El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. Hurkoa Fundaziona. Instituto Vasco de Criminología. Gipuzkoa. 2006.

Benbow SM, Haddad PM. Sexual abuse of the elderly mentally ill. *Postgrad Med J.* 1993 Oct;69(816):803-7.

Bentancor G, Lozano F, Solari M. Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar. Segunda edición. UNICEF, SIPIAV, CEIP. Montevideo. 2013

Cisler JM, Begle AM, Amstadter AB, Acierno R. [Mistreatment and self-reported emotional symptoms: results from the National Elder Mistreatment Study.](#) *J Elder Abuse Negl.* 2012 Jul;24(3):216-30. Doi: 10.1080/08946566.2011.652923.

Clancy M, McDaid B, O'Neill D, O'Brien JG. [National profiling of elder abuse referrals.](#) *Age Ageing.* 2011 May;40(3):346-52. doi: 10.1093/ageing/afr023. Epub 2011 Mar 16.

Cohen PR. [Hydroxychloroquine-associated hyperpigmentation mimicking elder abuse.](#) *Dermatol Ther (Heidelb).* 2013 Dec;3(2):203-10. doi: 10.1007/s13555-013-0032-z. Epub 2013 Aug 14.

Collins K. Elder Maltreatment. *Arch Pathol Lab Med* 2006; (130): 1290-1296.

Connolly V, McConnell AA, McGarrity G. Battered granny or spontaneous fractures? A legal dilemma. *Postgrad Med J.* 1995 Oct;71(840):630-2.

Cooper C, Blanchard M, Selwood A, Walker Z, Livingston G. Family carers' distress and abusive behavior: longitudinal study. *Br. J Psychiatry.* 2010 Jun; 196(6): 480-5. Doi: 10/1192/bjp.bp.109.071811.

Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z, Blizard R, Livingston G. Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *BMJ.* 2009 Jan 22;338:b155. doi: 10.1136/bmj.b155.

Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing.* 2008 Mar;37(2):151-60. doi: 10.1093/ageing/afm194.

Costa Alcaraz A, Almendro C. Análisis de un caso: Malos tratos en el anciano. *Fisterra. Atención primaria en la red.* 2009. Disponible en www.fisterra.com/formacion/bioetica/pdf/anciano.pdf. (Consultado el 20/3/14).

Dabas, E.D. y Najmanovich, Denise (compiladoras). *Redes. El lenguaje de los vínculos.* Editorial Paidós. Ideas & Perspectivas. Buenos Aires, 1995.

Dabas, E.D. Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Editorial Paidós. Grupos e instituciones. Buenos Aires, 1993.

Daly JM, Schmeidel Klein AN, Jogerst GJ. [Critical care nurses' perspectives on elder abuse.](#) Nurs Crit Care. 2012 Jul-Aug;17(4):172-9. doi: 10.1111/j.1478-5153.2012.00511.x. Epub 2012 Apr 4.

Davies ML, Gilhooly ML, Gilhooly KJ, Harries PA, Cairns D. [Factors influencing decision-making by social care and health sector professionals in cases of elder financial abuse.](#) Eur J Ageing. 2013;10:313-323.

De Paul J, Larrión J. El maltrato a los mayores. Algunas cuestiones generales. En: De la Cuesta Arzamendi J (ed). El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. Hurkoa Fundaziona. Instituto Vasco de Criminología. Gipuzkoa. 2006. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores” 17 de noviembre de 2002. OMS. INPEA

Deegan G., et al. Guidelines for nurses in the understanding and prevention of elder abuse. Irish Nurses Organisation. Focus Group from the care of the older person section. Irish Nurses Organisation – Head Office. Dublin. 2004.

Dong X, Chen R, Chang ES, Simon M. [Elder abuse and psychological well-being: a systematic review and implications for research and policy--a mini review.](#) Gerontology. 2013;59(2):132-42. doi: 10.1159/000341652. Epub 2012 Aug 24.

Dong X, Simon M, Evans D. [Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults.](#) J Am Geriatr Soc. 2012 Oct;60(10):1922-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04147.x. Epub 2012 Sep 24.

Dong X, Simon M, Mendes de Leon C, Fulmer T, Beck T, Hebert L, Dyer C, Paveza G, Evans D. Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. JAMA. 2009 Aug 5;302(5):517-26. doi: 10.1001/jama.2009.1109.

Dong X. [Advancing the field of elder abuse: future directions and policy implications.](#) J Am Geriatr Soc. 2012 Nov;60(11):2151-6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04211.x. Epub 2012 Oct 30.

Dong XQ, Simon MA, Beck TT, Farran C, McCann JJ, Mendes de Leon CF, Laumann E, Evans DA. [Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing.](#) Gerontology. 2011;57(6):549-58. doi: 10.1159/000321881. Epub 2010 Dec 2.

Espíndola CR, Blay SL. Prevalence of elder abuse: a systematic review. Rev Saude Publica. 2007 Apr;41(2):301-6.

Fernández MJ, García JC, Paredes BC, Blanco AG, Rodríguez AL. Spontaneous rupture of axillary vein simulating elder physical abuse. Emerg Med J. 2006 Aug;23(8):658.

Fernández-Alonso M, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). Atención Primaria. 2006;37(1):56-9

Fernández-Alonso M, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). Aten Primaria. 2006;37(2):113-5

Fulmer T, Strauss S, Russell SL, Singh G, Blankenship J, Vemula R, Caceres B, Valenti M, Sutin D. [Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics.](#) Gerodontology. 2012 Jun;29(2):96-105. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00405.x. Epub 2012 Jan 9.

García, S. Trabajo en redes comunitarias. En Revista Herramientas. Medidas alternativas a la privación de la libertad. Instituto Interamericano del Niño. Setiembre 1997.

Ghodousi A, Maghsoodloo S, Hoseini SM. [Forensic aspect of elder abuse: risk factors and characteristics.](#) J Res Med Sci. 2011 Dec;16(12):1598-604.

Gibbs L.M, Mosqueda L. The importance of reporting mistreatment of the elderly. Am Fam Physician. 2007 Mar 1;75(5):628.

Gill T.M. Elder self-neglect: medical emergency or marker of extreme vulnerability? JAMA. 2009 Aug 5;302(5):570-1. doi: 10.1001/jama.2009.1136

Gironda MW, Lefever KH, Anderson EA. [Dental students' knowledge about elder abuse and neglect and the reporting responsibilities of dentists.](#) J Dent Educ. 2010 Aug;74(8):824-9.

Godlee F. Elderly people abused at home and in care. BMJ. 1992 Feb 8;304(6823):333.

Harries P, Davies M, Gilhooly K, Gilhooly M, Tomlinson C. [Educating novice practitioners to detect elder financial abuse: a randomised controlled trial.](#) BMC Med Educ. 2014 Feb 1;14:21. doi: 10.1186/1472-6920-14-21.

Hirsch CH, Stratton S, Loewy R. The primary care of elder mistreatment. West J Med. 1999 Jun;170(6):353-8.

Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. BMJ. 1990 Dec 15;301(6765):1359-62.

Iborra Marmolejo I. Concepto y tipos de maltrato de mayores. En: Iborra Marmolejo I (Ed). Violencia contra personas mayores. Ariel. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Barcelona. 2005.

INMAYORES. Protocolo de Intervención del Servicio de Atención a PAM Víctimas de Abuso y Maltrato Intrafamiliar. MIDES, Montevideo. 2013.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. IMSS. México. 2012.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica: detección y manejo del maltrato en los adultos mayores en el primer nivel de atención. IMSS. México. 2009.

Jogerst GJ, Daly JM, Brinig MF, Dawson JD, Schmuck GA, Ingram JG. Domestic elder abuse and the law. *Am J Public Health.* 2003 Dec;93(12):2131-6.

Johannesen M, LoGiudice D. [Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders.](#) *Age Ageing.* 2013 May;42(3):292-8. doi: 10.1093/ageing/afs195. Epub 2013 Jan 22.

Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med.* 2005 Jul-Aug;37(7):481-5.

Kingston P. Una perspectiva histórica del maltrato institucional de personas mayores. En: Iborra Marmolejo I (Ed). Violencia contra personas mayores. Ariel. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Barcelona. 2005.

Kosberg J. Prevención del maltrato de mayores. En: Iborra Marmolejo I (Ed). Violencia contra personas mayores. Ariel. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Barcelona. 2005.

Krueger P, Patterson C. Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. The Research Subcommittee of the Elder Abuse and Self-Neglect Task Force of Hamilton-Wentworth. *CMAJ.* 1997 Oct 15;157(8):1095-100.

Krug et al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS 2003

Lachs M, Pillemer K. Elder abuse. *The Lancet,* 2004; 364: 1263–72

Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008 Jul;63(4):S248-S254.

MacLennan WJ. Caring for carers. *Age Ageing*. 1998 Sep;27(5):651-2.

Manthorpe J. El abuso económico. Un tipo característico de maltrato. En: Iborra Marmolejo I (Ed). *Violencia contra personas mayores*. Ariel. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Barcelona. 2005.

Mary P. Koss, PhD; Paul G. Koss, MD; W. Joy Woodruff, MS. Deleterious Effects of Criminal Victimization on Women's Health and Medical Utilization. *Arch Intern Med*. 1991;151:342-347

Mascarenhas MD, Andrade SS, das Neves AC, Pedrosa AA, da Silva MM, Malta Dde C. [Violence against the elderly: analysis of the reports made in the health sector--Brazil, 2010](#). *Cien Saude Colet*. 2012 Sep;17(9):2331-41.

McAlpine CH. Elder abuse and neglect. *Age Ageing*. 2008 Mar;37(2):132-3. doi: 10.1093/ageing/afn008.

McCool JJ, Jogerst GJ, Daly JM, Xu Y. Multidisciplinary reports of nursing home mistreatment. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Mar;10(3):174-80. doi: 10.1016/j.jamda.2008.09.005. Epub 2009 Jan 8.

McCreadie C, Bennett G, Gilthorpe MS, Houghton G, Tinker A. Elder abuse: do general practitioners know or care? *J R Soc Med*. 2000 Feb;93(2):67-71.

Morera B. El maltrato psicológico. En: De la Cuesta Arzamendi J (ed). *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Hurkoa Fundaziona. Instituto Vasco de Criminología. Gipuzkoa. 2006.

Morera B. El perfil psicológico del maltratador. En: De la Cuesta Arzamendi J (ed). *El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar*. Hurkoa Fundaziona. Instituto Vasco de Criminología. Gipuzkoa . 2006.

Mutoh T, Tien T, Horie M, Matsumoto Y, Chikuda M. [Case of bilateral complete posterior dislocation of lens caused by elder abuse](#). *Clin Ophthalmol*. 2012;6:261-3. doi: 10.2147/OPHTH.S28990. Epub 2012 Feb 17.

Naik AD, Lai JM, Kunik ME, Dyer CB. Assessing capacity in suspected cases of self-neglect. *Geriatrics*. 2008 Feb;63(2):24-31.

Naik AD, Pickens S, Burnett J, Lai JM, Dyer CB. Assessing capacity in the setting of self-neglect: development of a novel screening tool for decision-making capacity. *J Elder Abuse Negl*. 2006;18(4):79-91.

Naik AD, Teal CR, Pavlik VN, Dyer CB, McCullough LB. Conceptual challenges and practical approaches to screening capacity for self-care and protection in vulnerable older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Nov;56 Suppl 2:S266-70. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01979.x.

O'Loughlin A, Duggan J. Abuse, Neglect and Mistreatment of Older People: An Exploratory Study. National Council on Ageing and Older People Report No 52. National Council on Ageing and Older People. Dublin. 1998.

O'Loughlin A. Detección del maltrato de mayores: indicadores. En: Iborra Marmolejo I (Ed). *Violencia contra personas mayores.* Ariel. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Barcelona. 2005.

Oliveira AA, Trigueiro DR, Fernandes Md, Silva AO [Elderly maltreatment: integrative review of the literature](#). *Rev Bras Enferm.* 2013 Jan-Feb;66(1):128-33.

Olivieri N. ¿Cómo lograremos desnaturalizar y hacer visible el abuso y/o maltrato institucional de adultos mayores?. Un aporte desde la psicología de la salud comunitaria. *Psicol Am Lat* 2012; 12. On line ISSN 1870-350X.

Organización Mundial de la Salud. Maltrato de ancianos y alcohol. Centre for public health. Informe técnico N° 706. Ginebra. 2006.

Paixão CM Jr, Reichenheim ME. A review of screening tools to assess domestic violence against the elderly. *Cad Saude Publica.* 2006 Jun;22(6):1137-49. Epub 2006 May 29.

Palomino G, Rama M, Lozano F, Radío D, Siscar E, Viera R. Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. SIPIAV, UNICEF, MSP, ASSE. Montevideo. 2009.

Pellerin J, Schuster JP, Pinquier C. Elder abuse and emergency care units. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2005 Sep;3(3):169-81.

Phillips L. El género como factor de riesgo. En: Iborra Marmolejo I (Ed). *Violencia contra personas mayores.* Ariel. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Barcelona. 2005.

Pillemer K, Breckman R, Sweeney CD, Brownell P, Fulmer T, Berman J, Brown E, Laureano E, Lachs MS. [Practitioners' views on elder mistreatment research priorities: recommendations from a Research-to-Practice Consensus conference.](#) *J Elder Abuse Negl.* 2011 Apr;23(2):115-26. Doi: 10.1080/08946566.2011.558777.

Pillemer, K; Moore, D. Highlights from a study abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder*

Abuse&Neglect. 1990; 2: 5-29

Pillemer K. Factores de riesgo del maltrato de mayores. En: Iborra Marmolejo I (Ed). Violencia contra personas mayores. Ariel. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Barcelona. 2005.

Price T, King PS, Dillard RL, Bulot JJ. [Elder financial exploitation: implications for future policy and research in elder mistreatment.](#) West J Emerg Med. 2011 Jul;12(3):354-6.

Reader TW, Gillespie A. [Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model.](#) BMC Health Serv Res. 2013 Apr 30;13:156. doi: 10.1186/1472-6963-13-156.

Rebellato, J.L. Aspectos éticos y metodológicos del Trabajo Social a nivel barrial. En Salud mental en atención primaria de la salud. Editores Oficina del Libro AEM, 1ª edición. Montevideo, 1996.

Reilly JM, Gravdal JA. [An ecological model for family violence prevention across the life cycle.](#) Fam Med. 2012 May;44(5):332-5.

Richardson B, Kitchen G, Livingston G. The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. Age Ageing. 2002 Sep;31(5):335-41.

Rodríguez MA, Wallace SP, Woolf NH. Mangione CM. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. Ann Fam Med. 2006 Sep-Oct;4(5):403-9.

Romano S, Garrido G, Mizrahi M. Modelo de atención integral, violencia hacia niños, niñas y adolescentes. SIPIAV, UNICEF, ASSE, MIDES, MI, ANEP, MSP, INAU. Montevideo. 2011.

Romano S, Samuniski F, Lindner M, Grela C. Abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Programa Nacional Prioritario. Salud de la Mujer y Género. Montevideo. 2009.

Rosen T, Lachs MS, Pillemer K. [Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem.](#) J Am Geriatr Soc. 2010 Oct;58(10):1970-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03064.x. Epub 2010 Sep 14.

Rubio R. Concepto, tipos, incidencia y factores de riesgo del maltrato institucional de personas mayores. En: Iborra Marmolejo I (Ed). Violencia contra personas mayores. Ariel. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Barcelona. 2005.

Russell SL, Fulmer T, Singh G, Valenti M, Vermula R, Strauss SM. [Screening for elder mistreatment in a dental clinic population.](#) J Elder Abuse Negl. 2012 Oct;24(4):326-39. Doi: 10.1080/08946566.2012.661683.

Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck GA, Jogerst GJ. [Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings.](#) J Elder Abuse Negl. 2012;24(1):17-36. doi: 10.1080/08946566.2011.608044.

SENAMA. Guía prevención del maltrato a las personas mayores. Ministerio de Desarrollo Social. Chile. 2012.

Sluzki, C.: Disrupción de la red y reconstrucción de la red en el proceso de migración. En Sistemas Familiares, Año 6, Nº2. Buenos Aires, 1980.

Strasser SM, Smith M, Weaver S, Zheng S, Cao Y. [Screening for Elder Mistreatment among Older Adults Seeking Legal Assistance Services.](#) West J Emerg Med. 2013 Aug;14(4):309-15. doi: 10.5811/westjem.2013.2.15640.

Taylor DK, Bachuwa G, Evans J, Jackson-Johnson V. Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. J Natl Med Assoc. 2006 Mar;98(3):403-4.

Touza C, Prado C, García Campos L, Royo P, Segura M. Los malos tratos a las personas mayores: una propuesta para trabajar desde los equipos de servicios sociales de los municipios. Intervención Psicosocial, 2002; 11 (1): 27-41.

Vetere PM. [Elder abuse: what are we missing?](#) Can Fam Physician. 2011 Jul;57(7):783-5. No abstract available.

Wagenaar DB, Rosenbaum R, Page C, Herman S. [Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices.](#) J Am Osteopath Assoc. 2010 Dec;110(12):703-11.

Wanderbroocke AC, Moré CL. [Meanings of family violence against the elderly from the standpoint of professionals in Primary Healthcare.](#) Cien Saude Colet. 2012 Aug;17(8):2095-103.

Wilson DM, Ratajewicz SE, Els C, Asirifi MA. [Evidence-based approaches to remedy and also to prevent abuse of community-dwelling older persons.](#) Nurs Res Pract. 2011;2011:861484. doi: 10.1155/2011/861484. Epub 2011 Aug 14.

Wiseman M. The role of the dentist in recognizing elder abuse. J Can Dent Assoc. 2008 Oct;74(8):715-20.

Wolf RS. Suspected abuse in an elderly patient. Am Fam Physician. 1999 Mar 1;59(5):1319-20.

Working Group on Elder Abuse. Protecting our future. Report of the Working Group on Elder Abuse. Government Publications. Dublin. September 2002

Yaffe MJ, Tazkarji B. [Understanding elder abuse in family practice.](#) Can Fam Physician. 2012 Dec;58(12):1336-40, e695-8.

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista de Gerontología, 6, 338-346 (1996)