

GUÍA DE ACTUACIÓN PROFESIONAL PARA LA DETECCIÓN PRECOZ E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA



AUTORÍA

- Pilar Abaurrea Leoz (*Jefa Unidad de Cuidados y Atención Sociosanitaria, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea*).
- Fermín Castiella Lafuente (*Facultativo Especialista de Área/Adjunto, Servicio de Promoción de la Salud Comunitaria. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra*).
- Montse de la Fuente Hurtado (*Trabajadora Social, Jefa de la Sección de atención socio sanitaria del Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea*).
- Belén González Glaría (*Facultativa Especialista de Área/Adjunto, Servicio Geriatría Complejo Hospitalario de Navarra*).
- Sergio Ladrón Arana (*Jefe Unidad de Enfermería de de larga estancia de Salud Mental, Complejo Hospitalario de Navarra*).
- Olga Sala López (*Subdirectora de valoración y servicios. Agencia Navarra para la Autonomía y el Desarrollo de las Personas*).
- Irene Taberna Chacartegui (*Jefa de Negociado de Coordinación con Entidades Locales y Servicios Sociales de Base, Departamento de Derechos Sociales*).
- Natalia Zarranz Oreste (*Jefa de Sección Servicios para Personas Mayores, Agencia Navarra para la Autonomía y el Desarrollo de las Personas*).

GRUPO REVISOR

Aranguren Balerdi M.S.* ; Aranguren Zunzarren M.I.**; Arizaleta Beloqui M.** Cambra Contín K.*** ; Carbonero Martínez Andrés.****, Egües Olazabal N.***; Fernández Navascues A.*; Francés Roman I.****; Goñi Ruiz N.**; Lecea Juárez O.**; Maeztu Villafranca M.C.**** Nuin Villanueva M.A.***; Otamendi Otazu A**. Pérez Jarauta M.J.***, Sección de atención primaria y comunitaria****

* Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: Servicio de Efectividad y Seguridad

** Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: Gerencia de Atención Primaria

*** Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

**** Departamento de Derechos Sociales de Navarra

COORDINACIÓN

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra

AGRADECIMIENTOS

Al Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco por facilitar desinteresadamente el uso de sus cuestionarios de prevención y detección de factores de riesgo de malos tratos, y de detección de indicadores de malos tratos y valoración de la gravedad de los mismos.

A las Policías Foral, Nacional, Guardia Civil y Municipal de Pamplona por su colaboración.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN Cabinet Comunicación

IMPRESIÓN Gráficas Biak

DEPÓSITO LEGAL NA 1952-2020

Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Servicio de Navarro de Salud-Osasunbidea, Departamento de Derechos Sociales, Agencia de Autonomía y Desarrollo de las Personas

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2	
2. MARCO CONCEPTUAL	5	
3. OBJETIVOS	7	
4. POBLACIÓN DIANA Y FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN	8	
5. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	10	
5.1. Detección	10	
5.1.1 Observación directa por profesionales de factores de sospecha de malos tratos	11	
5.1.2 Identificación por información de terceras personas	11	
5.1.3 La propia persona lo verbaliza	11	
5.1.4 Cribado a determinados sectores de población	11	
5.2. Valoración de la gravedad	12	
6. PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN	13	
6.1 Intervenciones según la valoración de la gravedad de la situación	13	
6.1.1 No se confirma la existencia de malos tratos	14	
6.1.2 Alerta por riesgo grave	14	
6.1.3 Alerta por riesgo muy grave	14	
6.1.4 Situación de intervención inmediata	14	
6.2 Valoración sociosanitaria y plan de intervención conjunto	15	
6.3 Recursos de apoyo disponibles para la intervención	16	
ANEXOS		
ANEXO 1	Algunos estudios epidemiológicos realizados en España	17
ANEXO 2	Barreras para la detección	18
ANEXO 3	Recomendaciones para profesionales	19
ANEXO 4	Factores de sospecha	20
ANEXO 5	Cuestionario de prevención y detección de factores de riesgo de malos tratos físicos y económicos	22
ANEXO 6	Cuestionario de detección de indicadores de malos tratos físicos y económicos y valoración de su gravedad	24
ANEXO 7	Propuesta de atención coordinada de casos	28
ANEXO 8	Parte de lesiones	29
ANEXO 9	Denuncia al juzgado de instrucción	30
ANEXO 10	Prevención	31
ANEXO 11	Protocolo de realojo temporal o permanente, familiar o institucional	32
BIBLIOGRAFÍA		35

1 INTRODUCCIÓN

POR QUÉ ESTA GUÍA:

MARCO ESTRATÉGICO

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial inevitable a la vez que predecible. Cambiará la sociedad en muchos aspectos de un modo complejo y planteará un cambio de perspectiva al considerar el envejecimiento como un logro de las sociedades desarrolladas que dará lugar a retos y oportunidades y que precisará de una reestructuración económica, política, sanitaria y social¹.

Asistimos actualmente a un cambio de la estructura poblacional, la “revolución de la longevidad”, consecuencia del menor número de nacimientos y del aumento de la esperanza de vida. Las proyecciones demográficas en Europa, España y Navarra en los próximos años apuntan hacia una intensificación de este fenómeno.

La esperanza de vida crece y disfrutar cada vez de más años de forma autónoma y libre de enfermedad, no va a ser tan excepcional. España es un país de personas mayores en un proceso de envejecimiento continuo, donde las mujeres de esta edad son más numerosas que los hombres.

La esperanza de vida en Navarra se sitúa por encima de la media de España. En el año 2033 se espera que las personas mayores de 60 años supongan el 30% de la población total (32% de las mujeres y 28% de los hombres) y serán mayores de 80 años el 7 % (8,5% de las mujeres y 5,8% de los hombres).

Por otro lado, al final de la vida, muchas personas mayores experimentarán problemas de salud y les resultará difícil seguir siendo autónomas. Este hecho va a tener y tiene actualmente unas consecuencias importantes en los requerimientos de esta población, necesitando soluciones adecuadas para las familias y la sociedad¹. Es necesario preservar en todo momento los derechos de estas personas mayores y actuar teniendo presentes los preceptos de la bioética.



Navarra, tratando de adaptarse a esta realidad socio-demográfica ha desarrollado La Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable 2017-2022*, con la finalidad de promover un envejecimiento de la población navarra con la máxima capacidad funcional y la mejor calidad de vida, de manera que las personas permanezcan activas, autónomas e independientes durante el mayor tiempo posible.

El plan de acción global 2018-2019** de dicha Estrategia, fruto de un amplio proceso participativo, integra el trabajo de todos los Departamentos del Gobierno de Navarra en colaboración con otras administraciones, entidades sociales y municipales y toda la sociedad. En el plan, se agrupan los objetivos y líneas de acción en tres ejes: 1. Proyectos de vida activos y saludables, 2. Entornos amigables con las personas mayores y oportunidades de desarrollo regional y 3. Servicios y prestaciones sociales y económicas.

Las 4 Áreas de trabajo del primer eje se refieren a estilos de vida saludables, aprendizaje y ocio, participación social e imagen social positiva. Esta última incluye acciones dirigidas a generar corrientes de opinión positivas sobre la vejez, desechando el “edadismo” y pro- moviendo respeto, seguridad y buen trato en el entorno social. De ahí que, entre otras, incluye líneas de acción clave como programas de fomento del buen trato y también de detección y actuación sobre los malos tratos a hombres y mujeres mayores. En este marco se ha diseñado esta guía de actuación para la detección precoz e intervención en situaciones de malos tratos en personas mayores.

Para facilitar y motivar su utilización en toda la Comunidad Foral, el citado plan de acción de envejecimiento activo y saludable de Navarra prevé acciones de difusión y sensibilización de profesionales y sociedad, así como un plan de formación que asegure que el personal de los servicios sociales y sanitarios conozcan la guía y la utilicen adecuadamente.

EL MALTRATO A LA GENTE MAYOR

En nuestra sociedad el valor “ser joven” es muy positivo mientras “ser mayor” no se valora en la misma medida. Las personas mayores son discriminadas por ser mayores (edadismo), fruto de los prejuicios, estereotipos y mitos que se han creado alrededor de ellas. Esto favorece que se acepten conductas que se consideran normales y que deberían ser rechazadas y evitadas.

Estas situaciones son admitidas incluso por las propias personas mayores: “siempre ha sido así”.

El Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas (2002) adoptado por todos los países establece reconocer claramente la importancia del maltrato de las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales. La prevención del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece, concierne a la totalidad de la población y propone la necesidad de visibilizar, investigar e intervenir ante las situaciones de malos tratos hacia las personas mayores.

La declaración de Toronto (2003)² para la prevención global del maltrato de las personas mayores recoge que “*no es suficiente identificar los casos de maltrato a las personas mayores. Todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios (sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc.) para responder de forma adecuada y eventualmente prevenir el problema*”.

El defensor del Pueblo de Navarra en el informe al Parlamento (2007) “Una sociedad para todas las edades. Los mayores también cuentan” recoge que “*los mayores son víctimas de una discriminación social, asumida, por gran parte de esa sociedad moderna como un hecho normal o inevitable. La discriminación por razón de edad es un tema que despierta un interés creciente en las sociedades industrializadas. En España en general y en Navarra en particular el debate está todavía prácticamente inédito*”³.

La Asamblea General de Naciones Unidas, consciente de que los malos tratos de las personas mayores son un problema social mundial que afecta a la salud y derechos humanos de millones de personas mayores en todo el mundo, designa el 15 de junio como día mundial de toma de conciencia de abuso y maltrato en la vejez (resolución 66/127. 2012⁴).

En 2017, el Departamento de Envejecimiento y Ciclo de Vida de la OMS, se afirmaba que “*El maltrato a las personas de edad está en aumento, causando graves consecuencias personales y sociales para los más de 141 millones de ancianos del mundo. A pesar de su frecuencia y de sus graves consecuencias para la salud, los malos tratos a las personas mayores continúan siendo una de las formas de violencia menos estudiadas en las encuestas de salud y una de las menos incluidas en los planes nacionales de prevención*”⁴.

Respecto a la magnitud de este complejo fenómeno, algunos estudios que se pueden consultar (ANEXO 1) no permiten comparar sus resultados adecuadamente por diferentes motivos: La definición de malos tratos no ha sido siempre la misma, existen diferencias en los

* http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Envejecimiento+activo+y+saludable/

** http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Envejecimiento+activo+y+saludable/Plan+de+accion/Plan+de+accion.htm?NRMODE=Published

*** <https://undocs.org/es/A/RES/66/127>

objetivos, dificultades que entraña la identificación de malos tratos tanto por la persona que los recibe como por la que los inflige, búsqueda de diferentes tipos de malos tratos...

Además, las poblaciones que utilizan para conseguir la información no siempre coinciden y las metodologías y técnicas de investigación tampoco: hay estudios que se realizan mediante encuestas a personas mayores en domicilio, por teléfono, a personas institucionalizadas, con deterioro cognitivo o no, de diferentes edades... y hay también otros que recogen la información de las personas que les cuidan, de familiares o de profesionales de los servicios, etc.

La Red Internacional para la prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA) estimaba ya en 2002 que existe un 3,5 % de maltrato doméstico y un 10-15 % en instituciones⁵.

El estudio realizado en el País Vasco⁶ (2011) trata de estimar la prevalencia de sospecha de malos tratos y/o negligencia en personas de 60 años y más, con y sin deterioro cognitivo, mediante encuestas domiciliarias. El 0,9% de las personas de 60 y más años entrevistadas declaran recibir algún tipo de maltrato. Las personas que han realizado las entrevistas han percibido sospecha de malos tratos en un 1,5% de los casos, todos ellos no declarados por la persona entrevistada. Es decir, son casos diferentes a los computados en el 0,9%.

De acuerdo con un reciente estudio financiado por la OMS y publicado en la revista *The Lancet Global Health* (2017), cerca de un 16% de las personas de 60 años o más han sido víctimas de maltrato: psicológico (11,6%), abuso económico (6,8%), negligencia (4,2%), maltrato físico (2,6%) o agresiones sexuales (0,9%). Esta investigación se basa en los mejores datos procedentes de 52 estudios realizados en 28 países de distintas regiones, entre ellos 12 países de ingresos medianos o bajos⁷.

En cualquier caso, estamos abordando un fenómeno social de una magnitud desconocida, pero del que existe información suficiente para pensar que lo que se ve es solamente una parte de él, aunque dicha información no nos permite aventurar una prevalencia de los malos tratos a personas mayores en el mundo y en España. En Navarra tampoco disponemos de datos precisos que nos permitan asegurar cuál es su magnitud.

¿PARA QUÉ?, ¿PARA QUIÉN? Y ¿QUÉ CONTIENE?

¿PARA QUÉ? Los objetivos de la guía se dirigen a desarrollar procedimientos útiles, homogéneos y estandarizados para la detección precoz e intervención ante las situaciones de malos tratos que pueden sufrir las personas mayores en la Comunidad Foral, especialmente aquellas que requieren de cuidados y son más vulnerables.

Se pretenden detectar situaciones de riesgo que en ocasiones pueden pasar desapercibidas al personal de los servicios sociales y sanitarios y actuar adecuadamente ante ellas. Los malos tratos a las personas mayores pueden darse en cuidados aceptados socialmente, en un espacio privado y en ocasiones donde solamente está la persona que sufre malos tratos y quien los proporciona.

¿PARA QUIÉN? La Guía ofrece una respuesta definida, planificada y orientada a la detección e intervención de malos tratos a las personas mayores de una manera profesional, dirigiéndose a quienes trabajan en ámbitos como el sanitario y el social. Estas personas, profesionales de ambos sistemas, se encuentran en una situación idónea y privilegiada para identificar, informar y actuar en situaciones de malos tratos a personas mayores.

¿QUÉ CONTIENE? Esta Guía para el personal de los servicios sanitarios y sociales ofrece contenidos agrupados en diversos apartados: esta Introducción, un marco conceptual sobre el tema, un apartado sobre objetivos a lograr, otro sobre población diana y flujograma de actuación y otro de procedimientos diagnósticos con los que poder identificar las situaciones de malos tratos, mediante la definición de una serie de factores de sospecha, una herramienta de cribado de factores de riesgo y otra para detectar indicadores de malos tratos y su ponderación para clasificarlos: No se confirma sospecha de malos tratos, alerta por riesgo grave, alerta por riesgo muy grave y situación de intervención inmediata. Por fin, plantea así mismo, procedimientos de intervención, relacionados con cómo actuar en cada situación definida según la gravedad de la situación detectada, así como recursos de apoyo disponibles. Incluye también un apartado de bibliografía y otro de anexos.

2 MARCO CONCEPTUAL

PRINCIPIOS ÉTICOS

Los principios básicos de bioética obligatorios a aplicaren la práctica asistencial diaria son los siguientes:

- Principio de **Beneficencia**: Hacer el bien a la persona mayor (trato digno y respetuoso), promover su bien-estar y procurar su mayor beneficio.
- Principio de **No-maleficencia**: No hacer daño a la persona mayor, evitarle todo mal posible (no abusar, abandonar o maltratar). Realizar actividades que estén indicadas y supongan un beneficio para las personas “*Primum non nocere*”.
- Principio de **Autonomía**: Promover y respetar la libertad y capacidad de decisión a la persona mayor como agente moral (tanto personal como subrogadamente). Reconocer el derecho de las personas mayores a tener y expresar sus propias opiniones, a respetar sus creencias y valores.
- Principio de **Justicia**: Igual consideración y respeto a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación o marginación, garantizar el bien común y la distribución de recursos de forma equitativa ante la misma necesidad.

*trato digno
libertad decisión
igual consideración
evitar todo mal
bien común
respeto ...*



DEFINICIÓN DE MALOS TRATOS

Para la siguiente definición se ha tomado como referencia la que formula la Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado que se celebró en Almería en el año 1995⁸, y la U. S. National Academy of Sciences de 2003⁹.

Cualquier acto u omisión que produzca daño o riesgo de causarlo, intencionado o no, practicado sobre personas mayores vulnerables, por parte de quienes les cuidan u otras personas con la que existe una relación de confianza que ocurra 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 de las personas, constatable objetivamente o percibido subjetivamente. Las situaciones que no satisfagan las necesidades básicas de las personas mayores o que no les protejan de sufrir daños también serán consideradas situación de maltrato.

TIPOS DE MALOS TRATOS

Según la Asociación para la Investigación del maltrato a personas mayores (EIMA) las diferentes formas de maltrato se podrían agrupar en las siguientes¹⁰:

- **Físico:** Supone el uso de la fuerza física hacia la persona mayor, que como resultado causa dolor, heridas y en general, un deterioro de la salud de la persona. Dentro de este maltrato uno de los más comentados ha sido el uso de restricciones físicas en quienes viven en centros residenciales, ya que su uso indiscriminado atenta contra la calidad de vida de la persona y lo que es un buen cuidado.
- **Psicológico:** Proferir amenazas, humillar, insultar o intimidar a la persona mayor serían ejemplos de este tipo de maltrato. Estos actos causan dolor, angustia y terror en la persona mayor y pueden manifestarse tanto de forma verbal como no verbal. Acciones muy extendidas en la práctica profesional como son las conductas de infantilización de personas mayores que es una forma de este maltrato hacia este colectivo.
- **Abuso sexual:** Tener un contacto sexual con una persona mayor sin obtener su consentimiento. Los atentados contra el pudor tales como los tocamientos o la pornografía estarían aquí incluidos.
- **Explotación financiera o abuso económico:** Es la utilización abusiva o ilegal de los bienes muebles e inmuebles propiedad de la persona mayor.
- **Negligencia:** Comportamiento nocivo, intencionado o no, por parte de quien cuida a una persona mayor. Puede tratarse de acciones negligentes de forma activa pero también pasiva por omisión de prestar los cuidados elementales que necesita.
- **Abandono:** Cuando una persona, encargada de prestar cuidados y atención a otra mayor o de asegurar su atención física, la abandona. Es la claudicación total.
- **Vulneración de derechos:** Incluye los derechos elementales que no están contemplados en el resto de tipologías. En este sentido, hablaríamos de agresión, privación o no reconocimiento de los derechos fundamentales tales como dignidad y respeto, intimidad y confidencialidad, participación, libertad de elección y derecho a ser cuidado. Trato discriminatorio y desconsiderado. Aislamiento social.

Todos estos tipos de malos tratos descritos se pueden producir tanto en el ámbito familiar (doméstico), como en ámbito institucional (residencias, hospitales, casas de convalecencia, centros de día, etc.).

3 OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Contribuir a promover un trato digno y adecuado a las personas mayores respetando su autonomía y resto de derechos, favoreciendo la toma de decisiones que afecten a su vida.
2. Reconocer y detectar precozmente las situaciones de malos tratos a las personas mayores.
3. Actuar con procedimientos de intervención homogéneos en Navarra tanto en ámbito domiciliario como institucional frente a los malos tratos*.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Detectar: para actuar

- Identificar los signos de alarma y los factores de riesgo, en las personas mayores, en las personas cuidadoras, y en el entorno que nos indiquen la posibilidad de la existencia de malos tratos o negligencia hacia las personas mayores.
- Utilizar herramientas sensibles para la detección y clasificación del maltrato a las personas mayores: procedimientos diagnósticos, herramientas de cribado e Instrumentos de ponderación.

Actuar: para reparar

- Proporcionar procedimientos de actuación protocolizados frente a los malos tratos a las personas mayores de aplicación en toda Navarra.
- Homogeneizar las actuaciones entre diversos profesionales y servicios, con procedimientos de intervención protocolizados según la gravedad de la situación detectada.
- Establecer la red de recursos de atención necesarios, identificar los existentes y valorar la necesidad de crear nuevos.

* La detección y el abordaje de las situaciones de malos tratos en el ámbito institucional serán objeto de un desarrollo posterior de esta Guía, teniendo en cuenta que parte de sus contenidos, son igualmente de utilidad para este ámbito.

4 POBLACIÓN DIANA Y FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN

POBLACIÓN DIANA

Esta Guía de actuación para profesionales sociales y sanitarios, se elabora para la detección precoz e intervención en situaciones de malos tratos y se dirige a personas de 65 o más años tanto si la situación se produce en el ámbito domiciliario como en el institucional.

Al pretender detectar precozmente situaciones que en ocasiones pueden pasar desapercibidas, como profesionales resulta muy importante disponer de una mirada atenta que tenga en cuenta algunas barreras frecuentes para la detección, tanto por parte de la persona mayor, como de quien la cuida, barreras socioculturales o de los propios profesionales (ANEXO 2). También resulta útil como profesionales tener en cuenta algunas recomendaciones generales para las actuaciones (ANEXO 3).

FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN

En cuanto al Flujoograma de actuación, incluye en primer lugar los **Procedimientos diagnósticos**:

- La **detección** de la situación de maltrato, que puede provenir tanto de la sospecha por observación directa de profesionales como de información de terceras personas o verbalización de la propia persona mayor. También incluye el cribado de determinados grupos de población considerados especialmente vulnerables (ANEXO 5).

- La **Valoración de la gravedad** de la situación, clasificándola en: No se confirma sospecha de malos tratos. Alerta por riesgo grave. Alerta por riesgo muy grave. Situación de intervención inmediata.

En segundo lugar, incluye los **Procedimientos de intervención, según la gravedad definida**.

Las intervenciones se ajustarán a las necesidades personales en función de la gravedad, de los recursos personales, de la red de apoyo y del entorno.

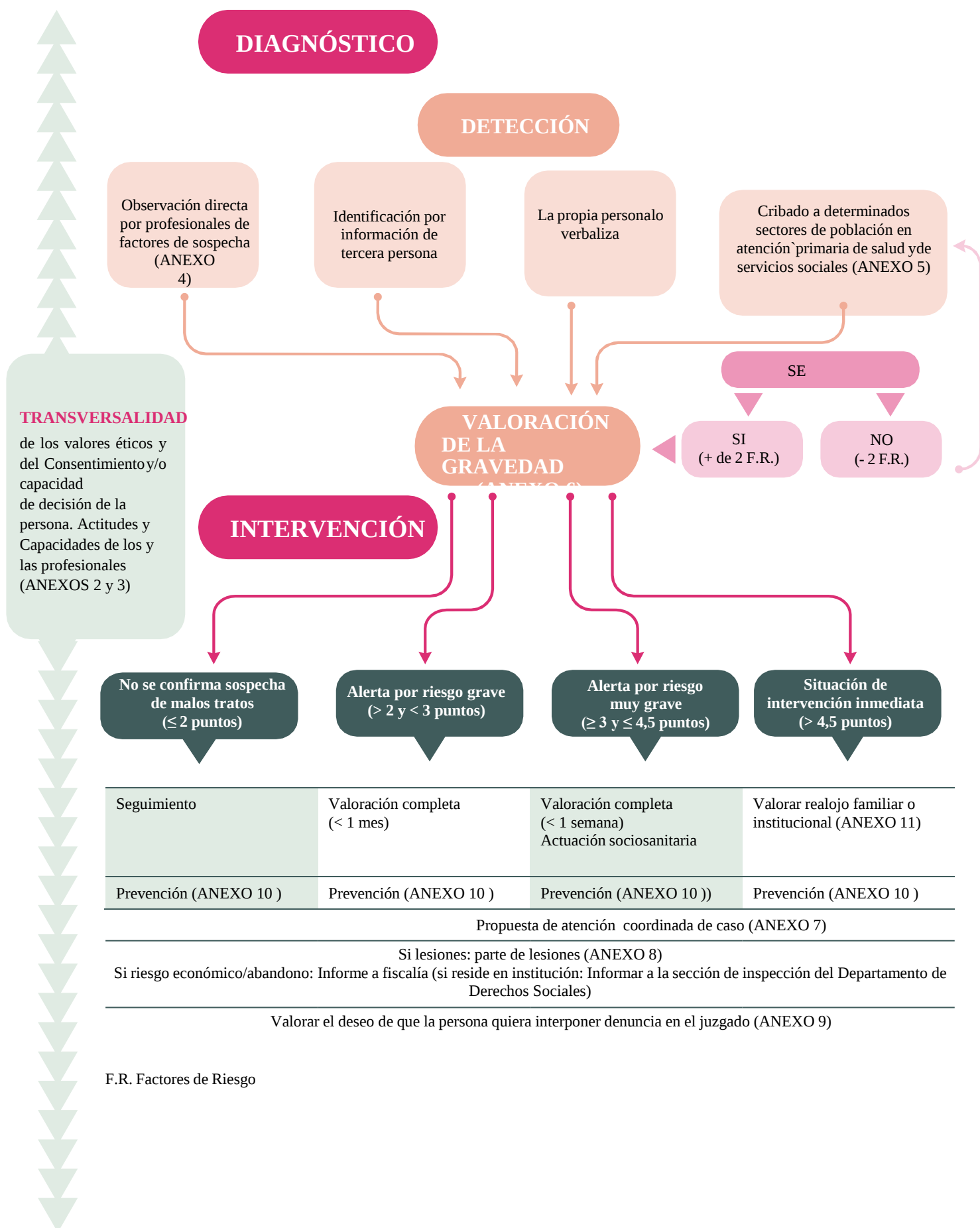
Se incluyen varias herramientas con distintos niveles de aproximación de trabajo sobre el tema y que figuran en los correspondientes anexos:

- Factores de sospecha de malos tratos que pueden observarse por el personal de los servicios sociales y sanitarios (ANEXO 4).
- Cuestionario de prevención y detección de factores de riesgo de malos tratos físicos y económicos: cribado (ANEXO 5).
- Cuestionario de detección de indicadores de malos tratos físicos y económicos y valoración de la gravedad de los mismos (ANEXO 6).

En este flujoograma también se hace referencia a una propuesta de atención coordinada de casos entre servicios sanitarios y sociales (ANEXO 7).

En estas situaciones se tendrá también en cuenta las necesidades de las personas que cuidan, coincidan o no con las personas que maltratan que también requieren atención y acompañamiento, porque una situación de malos tratos no solo afecta a la persona que los recibe.

Flujograma de actuación

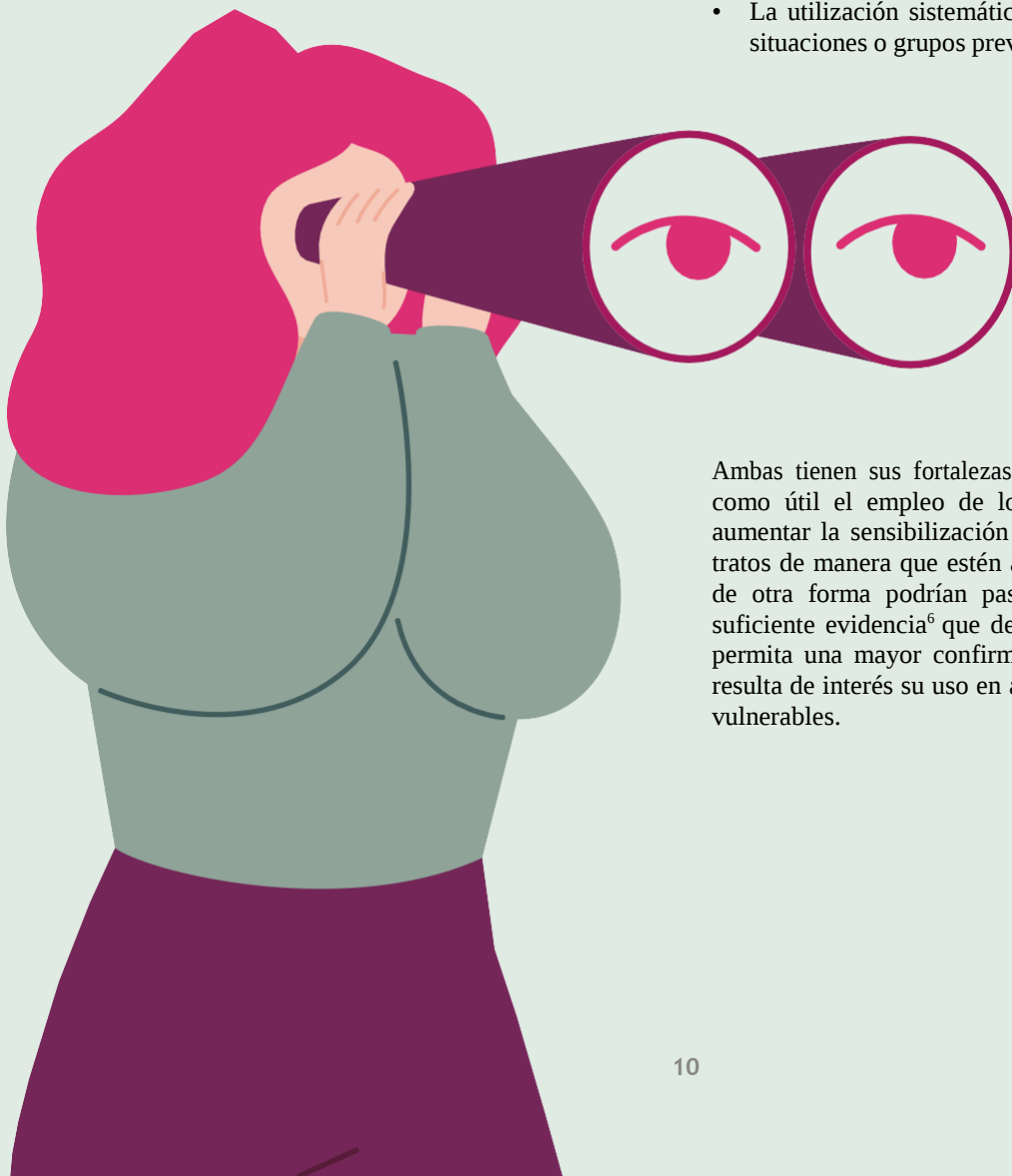


5 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

5.1 DETECCIÓN

Existen dos posturas genéricas para abordar la detección de maltrato a mayores:

- La observación directa por profesionales a personas y a su entorno de la existencia de indicadores de sospecha de trato inadecuado, la información recibida de terceras personas o bien de la propia persona que lo verbaliza.
- La utilización sistemática de instrumentos de cribado en situaciones o grupos previamente determinados.



Ambas tienen sus fortalezas y debilidades. Se ha constatado como útil el empleo de los instrumentos de cribado para aumentar la sensibilización de profesionales ante los malos tratos de manera que estén alerta ante signos y síntomas que de otra forma podrían pasar por alto. Aunque no existe suficiente evidencia⁶ que demuestre que el cribado rutinario permita una mayor confirmación de casos de malos tratos, resulta de interés su uso en algunos grupos de población más vulnerables.

Para un buen diagnóstico de la situación, además del resultado del cribado y de la evaluación del contexto, hay que considerar las diferencias culturales existentes tanto entre las personas que sufren malos tratos y las que los ejercen, como la relación intrafamiliar y con el personal de los centros, ya que nos podrían llevar a diagnósticos erróneos.

Se identifican cuatro posibles vías de actuación para la detección precoz de los malos tratos. Las y los profesionales de los servicios sociales y sanitarios pondrán en marcha procedimientos diagnósticos diferentes para cada una de ellas, según si actúan en función de la información que posean fruto de su trabajo, si la reciben de terceras personas o si la propia persona verbaliza que recibe malos tratos o bien si se tiene conocimiento de la situación a través del cribado dirigido a determinados sectores de la población.

5.1.1 OBSERVACIÓN DIRECTA POR PROFESIONALES DE FACTORES DE SOSPECHA

El personal social y sanitario que atiende a personas mayores debe estar alerta ante la posibilidad de que se estén infligiendo malos tratos teniendo presentes ciertos factores que indican situaciones de vulnerabilidad que pueden hacer sospechar de su existencia. La propia experiencia profesional ayudará para identificar aquellas situaciones que le permitan sospechar que se están infligiendo malos tratos.

Identificar los factores de sospecha y de riesgo pueden ayudar a detectar situaciones de personas que están sufriendo malos tratos (ANEXO 4).

Una vez detectada una posible situación susceptible de ser considerada maltrato, se procederá a valorar su gravedad. En los centros de salud y en los servicios sociales la realizarán preferentemente profesionales de trabajo social, pudiendo hacerlo también otros perfiles profesionales. En caso de que esta detección se produzca en el ámbito intrahospitalario o urgencias se realizará una derivación a Trabajo Social para que proceda a realizar la valoración de gravedad y la propuesta de intervención.

En general se mantendrá una actitud de alerta ante situaciones que no se encuentren en la consideración de trato adecuado.

5.1.2 IDENTIFICACIÓN POR INFORMACIÓN DE TERCERA PERSONA

Hay profesionales que se relacionan con personas mayores que pueden colaborar en la detección de estas personas que sufren malos tratos tales como: Profesionales del Equipo de Valoración de Dependencia, del Servicio telefónico de emergencia, amistades, familiares, cuerpos policiales, ámbito vecinal, entidades bancarias, oficinas de farmacia, movimientos asociativos, etc.

En estos casos el personal que reciba la notificación tratará de realizar la correspondiente valoración de la gravedad.

Si se encontraran dificultades o reticencias al inicio de la intervención por parte de la persona que supuestamente está recibiendo un trato inadecuado, este contacto inicial se realizará a través de los programas proactivos de Atención Primaria de salud.

5.1.3 LA PROPIA PERSONA LO VERBALIZA

En este caso el personal de los servicios sociales o sanitarios que recibe esta información de la propia persona tratará de realizar la correspondiente valoración de la gravedad.

Si lo verbaliza a otra persona que no es profesional de los servicios sociales o sanitarios, se tiene que proceder de la manera que se determina en el punto anterior (5.1.2).

5.1.4 CRIBADO: PERSONAS > 80 AÑOS DE LOS GRUPOS SELECCIONADOS

Dentro de la población diana a la que se dirige este procedimiento se encuentran personas con las que, por su especial vulnerabilidad, se considera necesario actuar de forma proactiva para tratar de detectar posibles situaciones de malos tratos. La detección se llevará a cabo mediante instrumentos de detección validados para su uso tanto en dispositivos sanitarios como sociales, tanto en el nivel primario de atención como en el especializado¹¹.

Herramienta para el cribado

Se empleará de forma proactiva el **Cuestionario de prevención y detección de factores de riesgo de malos tratos** de la Comunidad Autónoma del País Vasco (ANEXO 5).

No hay que olvidar que las herramientas de cribado no son suficientes por sí solas. Para emplearlas de manera profesional, se necesita conocer el problema y sus consecuencias y tener acceso a estrategias para intervenir y alcanzar resultados positivos en las personas. Los malos tratos hacia las personas mayores se dan en un entorno determinado, por lo que, sin una evaluación global del contexto biopsicosocial, los instrumentos de cribado o evaluación tienen significativas limitaciones⁶.

Los grupos de personas a cribar son los siguientes:

- En **Atención Primaria de Salud** a personas mayores de 80 años con diagnóstico de demencia a las que se haya realizado valoración integral en el marco de la estrategia de “*Atención al paciente crónico y pluripatológico*”.
- En **Atención Primaria de Servicios Sociales** se empleará el instrumento de cribado en las personas beneficiarias del Servicio de Atención a Domicilio del Programa Promoción de la Autonomía y Prevención de las situaciones de Dependencia, que se encuentren en las siguientes situaciones: Mayores de 80 años que dependan de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria.

Resultados del Cuestionario

- Si se detectan menos de 2 factores de riesgo aplicando el cuestionario citado, se le considera en estos casos como una persona a cribar nueva- mente cuando corresponda, por no confirmarse la sospecha de malos tratos.
- Si existe un cribado positivo **de 2 o más de 2 factores de riesgo**, se hace necesaria la confirmación y valoración de la gravedad de la situación de malos tratos como figura en el apartado siguiente.

5.2 VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

Herramienta de valoración de gravedad de los malos tratos

Una vez que se determina la posible existencia de factores de riesgo de malos tratos hay que proceder a establecer la confirmación y la gravedad de los mismos. Para ello nos serviremos del **Cuestionario de detección de indicadores de malos tratos físicos y económicos y valoración de su gravedad** (ANEXO 6).

Resultados posibles del Cuestionario:

En función de los resultados las situaciones que nos podemos encontrar se clasifican como:

SITUACIÓN	PUNTUACIÓN
No se confirma sospechade malos tratos	(≤ 2 puntos)
Alerta por riesgo grave	(> 2 y < 3 puntos)
Alerta por riesgo muy grave	(≥ 3 y ≤4,5 puntos)
Situación de intervención inmediata	(> 4,5 puntos)

6 PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN

6.1 INTERVENCIONES SEGÚN LA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA SITUACIÓN

Las intervenciones se ajustarán a la intensidad y características de la gravedad de cada situación, tratando de buscar la que sea más sencilla de aplicar, que resuelva la situación y siempre con la aprobación de la propia persona.

La herramienta, Cuestionario de detección de indicadores de malos tratos físicos y económicos y valoración de su gravedad (ANEXO 6) es un instrumento facilitador que **no debe sustituir el criterio profesional**. En la práctica diaria se pueden observar otra serie de indicadores, por ejemplo, psicológicos, que son igualmente importantes, pero que este instrumento no detecta y que se pueden dejar reflejados en el apartado de “Otros indicadores”.

Además, en cualquier caso, hay que considerar que la persona que sufre los malos tratos quiera interponer una denuncia ante el juzgado. Si la persona no precisa apoyos para la toma de decisiones y desea interponer una denuncia será asesorada y acompañada, si lo desea. Para ello se puede contar con el apoyo de la Oficina de Asistencia a Víctimas (OAV) (ver apartado 6.3).

Si la persona mayor precisa de se valorará solicitar provisión de medidas judiciales. Además, en los casos en que concurran circunstancias de urgencia y necesidad se solicitarán medidas cautelares complementarias para su protec-



ción personal y/o patrimonial¹². En este caso también se puede contar con el apoyo de la OAV.

En este punto se considera importante que la actuación y responsabilidad recaiga en el trabajo del Equipo de Atención Primaria de Salud (EAPS) y el Servicio Social de Base (SSB) correspondientes al domicilio, para lo cual se establecerán los mecanismos de coordinación oportunos.* (ANEXO 7).

Si hay lesiones, resulta necesario valorar la conveniencia o no de permanencia en domicilio, realizar parte de lesiones para enviar al juzgado de guardia (ANEXO 8) y valorar el deseo de la persona de interponer denuncia. (ANEXO 9).

Si hay daño, riesgo económico, en cualquiera de las situaciones o abandono conviene informar a la Fiscalía independientemente de que la persona resida en un domicilio particular o en una institución. En este último caso, procede realizar un Informe para la Sección de Inspección del Departamento de Derechos Sociales.

El modelo de intervención no es otro que el de “Gestión de casos” para lo cual en el grupo de profesionales que atiende el caso se identificará claramente a la persona de referencia que velará por la coordinación y adecuado cumplimiento de los objetivos y actuaciones diseñadas en el plan de intervención (identificar las necesidades, diseñar el plan de intervención y coordinar los recursos, profesionales y familiares necesarios para conseguir los objetivos movilizandolos recursos adecuados).

Actuaciones específicas según la gravedad:

Según el resultado de la valoración de la gravedad tras la aplicación del cuestionario de detección de indicadores de malos tratos (físico o económico) y valoración de la gravedad (ANEXO 6) se actuará conforme a las siguientes propuestas mínimas de intervención:

6.1.1 NO SE CONFIRMA SOSPECHA DE MALOS TRATOS (≤2 PUNTOS)

- Seguimiento y Prevención (ANEXO 10).

6.1.2 ALERTA POR RIESGO GRAVE (>2 Y < 3 PUNTOS)

- Realizar una valoración social y sanitaria completa **en menos de un mes.**

- Acordar y ejecutar un Plan de Intervención conjunto, incluyendo a su entorno sociofamiliar.
- Diseñar y ejecutar actuaciones sociosanitarias de prevención (ANEXO 10).

6.1.3 ALERTA POR RIESGO MUY GRAVE (≥3 y ≤4,5 PUNTOS)

- Realizar una valoración social y sanitaria completa **en menos de una semana.**
- Acordar y ejecutar un Plan de Intervención conjunto, incluyendo a su entorno sociofamiliar.
- Diseñar y ejecutar actuaciones sociosanitarias de prevención (ANEXO 10).

6.1.4 SITUACIÓN DE INTERVENCIÓN INMEDIATA (>4,5 PUNTOS)

- Acordar y ejecutar un Plan de Intervención conjunto, incluyendo a su entorno sociofamiliar.
- Diseñar y ejecutar actuaciones sociosanitarias de carácter intenso que posibiliten la consecución de los objetivos planteados (retorno o mantenimiento seguro en el domicilio, etc.).
- Valorar realojo temporal o permanente, familiar o institucional. (ANEXO 11).

Si hay lesiones, realizar parte de lesiones (ANEXO 8), también contaremos con el consentimiento de la persona mayor.

En el caso de que la agresión tenga lugar en una institución, además procede ponerlo en conocimiento en la sección de inspección del Departamento de Derechos Sociales.

* Centros y servicios de salud: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Centros+y+Servicios+de+Salud/Servicios+sociales+de+base
sociales de base: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Asuntos+sociales/Servicios+sociales+de+base/Buscador/

6.2 VALORACIÓN SOCIO SANITARIA Y PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTO

ANEXO 7

La valoración sociosanitaria una vez realizada nos permite establecer un procedimiento de actuación adecuado a las personas que sufren los malos tratos y su entorno. De esta manera se definen como:

Valoración social y sanitaria completa. Se propone realizar una valoración integral que incluya:

- Valoración médica.
- Valoración de necesidades de cuidados, mediante Patrones Funcionales de Marjory Gordon¹³ o Necesidades de Virginia Henderson.¹⁴
- Valoración social mediante la “Escala Básica” de valoración social, evaluación para un diagnóstico global de la persona y su entorno y para la priorización en la intervención social Domiciliaria/Comunitaria”.¹⁵

Plan Intervención conjunto. El plan que se realice siempre respetará los deseos, la trayectoria vital y las preferencias de la persona, teniendo en cuenta los principios éticos y la atención centrada en la persona.

A modo de orientación se proponen los siguientes:

Objetivo/s

- Garantizar el proyecto de vida de la persona en condiciones de seguridad y bienestar¹⁶.
- Minimizar los riesgos detectados.
- Reforzar los apoyos familiares/sociales existentes.
- Establecer una red sociosanitaria de apoyos en su entorno (si la persona se mantiene en el mismo).
- Apoyar mediante el acompañamiento en el proceso de intervención, especialmente en los casos muy graves, que impliquen salida del domicilio.

Actividades

- Apoyos domiciliarios del EAPS y del SSB a través del programa municipal de Promoción de la Autonomía personal.
- Formación y acompañamiento a las personas cuidadoras.
- Mediación intrafamiliar si existieran conflictos. Cuando se considere necesario se pueden derivar al servicio de mediación de la Subdirección de Familia y Menores.**
- Movilizar apoyos comunitarios (voluntariado, red vecinal...).
- Gestionar los recursos y prestaciones que le pudieran corresponder.
- Apoyo psicológico en el proceso con derivación desde atención primaria de salud a la red de Salud Mental siguiendo los cauces establecidos según la gravedad de cada caso.
- Acompañamiento en todo el proceso (de asunción de la situación, toma de decisiones, trámites jurídicos, etc.) por parte del profesional gestor/a del caso.

Responsable de cada actividad

- El personal de referencia en el ámbito de atención primaria determinará las actividades y tareas a desarrollar y responsables de las mismas.
- Las situaciones con necesidad de intervención urgente detectadas en Atención Especializada, tras la oportuna actuación inmediata, se trasladarán para seguimiento al nivel de Atención Primaria.

Cronograma de actuación

- Tener en cuenta los plazos establecidos para la valoración social y sanitaria, dependiendo de la ponderación de la gravedad.

* <http://intranetsns-o/C5/serviciosclinicos/Contenido/Guias%20y%20Protocolos/Trabajo%20Social/Escala%20BasiKa%20Valoracion%20social.pdf>

** (Subdirección de Familia y Menores. Sección Familia. Calle Abejeras 5 bis, 31007 Pamplona. Teléfono 848421258).

6.3 RECURSOS DE APOYO DISPONIBLES PARA LA INTERVENCIÓN

En caso de persistir dudas éticas o legales se puede contactar con:

- Comité de Ética Asistencial:
 - https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Investigacion/CEIC/Comite+de+Etica+de+la+Investigacion+con+medicamentos+CEIm.htm

El correo para dirigirse es: ceic@cfnavarra.es

- Comité de Ética de Acción Social CEASNA:
ceasnavarra@gmail.com
- Oficina Asistencia a las Víctimas:
 - <https://pazyconvivencia.navarra.es/es/oficina-de-atención-a-victimas>
- Subdirección de Familia y Menores. Sección Familia.
Calle Abejeras 5 bis, 31007 Pamplona.
Teléfono 848 42 12 58.



ANEXOS

ANEXO 1

ALGUNOS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS EN ESPAÑA⁷

Año	Autoría	Lugar	Nº entrevistas	Resultado
2001	Ruiz Sanmartín y otros	Barcelona	219 PM 70 años o más, usuarias de centros de AP	11,9 % malos tratos (en personas sin deterioro cognitivo).
2001	Bazo	País Vasco, Andalucía y Canarias	2351 P.M. usuarias de SAD dependientes	4,7% de las personas mayores eran víctimas de malos tratos. Más frecuente en mujeres. La responsabilidad de los malos tratos es más frecuente por hijos e hijas. El tipo más frecuente la negligencia.
2005	Risco et al.	Badajoz	209 PM de 72 años o mas	Sospecha de malos tratos en un 52,6%.
2008	Pérez-cárceles et al.	sur este de España	460 PM de 65 años o más de Centros de salud	44,6% de los casos existía sospecha de malos tratos. El tipo más frecuente la negligencia. El perfil de la víctima que obtuvieron fue el de mujer de 75 o más años, solteras o viudas, que viven solas o con sus hijos/as y con bajo nivel socioeconómico.
2008	Pérez-Rojo, Izal y Montorio	Madrid Málaga San Sebastián	396 PM de 65 años o mas	12,1% víctimas de malos tratos. El tipo más frecuente el maltrato psicológico. Presencia simultánea de varios tipos.
2008	Iborra Centro Reina Sofía*	España	2401 PM de 64 años o mas	0,8% de estas personas consideraban que estaban siendo maltratadas por alguno de sus familiares. 1,5% en el caso de las personas mayores que eran dependientes.
			789 personas cuidadoras	El perfil de la persona responsable de los malos tratos era mujer de edad media, con algún trastorno psicológico y sobrepasada por la situación. 4,6 % declara haber participado.
2009	Garré Olmo et al.	Girona	676 PM de 75 años o más	- Sospecha de malos tratos en un 29,3%. - El tipo más frecuente fue el de negligencia (16%), seguido de los malos tratos psicológicos (15,2%), económicos (4,7%) y físicos (0,1%). - La presencia simultánea fue de 3,6%.
2011	Gobierno Vasco	País Vasco	1207 PM de 60 años o mas	- 0,9% malos tratos percibidos por la persona mayor. - 1,5% malos tratos percibidos por quienes realizan las entrevistas. - El tipo de maltrato percibido con mayor frecuencia fue el psicológico, seguido de la negligencia, los malos tratos físicos y los sexuales, no encontrándose económicos.

*Se realiza en 13 CC.AA. excepto Extremadura, Galicia, La rioja, Cantabria, Ceuta y Melilla.

PM: Personas Mayores

SAD Servicio de Atención Domiciliario

ANEXO 2

BARRERAS PARA LA DETECCIÓN¹⁷

Barreras por parte de la persona mayor que sufre malos tratos:

La negación es una de las barreras más comunes y frustrantes para la detección. Entre las razones que pueden explicar esta conducta destacan las siguientes:

- Temor a posibles represalias, como, por ejemplo, a que los malos tratos aumenten en intensidad, o a ser institucionalizada, o que si lo cuenta no le dejen ver a sus nietos o nietas.
- Temor a que la persona responsable de los malos tratos tenga problemas por ello.
- Sentimientos de culpa.
- Vergüenza, por no ser capaz de controlar la situación en la que se encuentra, o porque alguien pueda enterarse y afectar a la reputación del resto de la familia.
- Chantaje emocional por parte de la persona responsable de los malos tratos.
- Pensar que si lo cuentan a alguien no les van a creer.
- Sufrir deterioro cognitivo, problemas de memoria o de comunicación, etc.
- No ser consciente de estar recibiendo malos tratos, ni de sus derechos, o desconocer los servicios disponibles para garantizar el buen trato.
- No saber a quién llamar o en quién confiar, o tener sensación de indefensión y pensar que nadie puede hacer nada para ayudarle.
- Creer que buscar ayuda supone admitir el fracaso.
- Estar socialmente en situación de aislamiento.
- Depender de quien le cuida. Resulta difícil quejarse de la persona que atiende la mayor parte de sus necesidades diarias.
- Aceptar los malos tratos como algo normal.

Barreras por parte de quien inflige los malos tratos:

- Negación de su existencia, al igual que la víctima.
- Aislamiento. Puede intentar impedir que la víctima tenga acceso al sistema sanitario o social para evitar la detección.
- Temor al fracaso.
- Rechazo de cualquier forma de intervención, una vez que la persona ha sido identificada como responsable.

Barreras por parte de profesionales:

- Carecer de formación o entrenamiento adecuado para identificar correctamente los signos e indicadores de malos tratos, manejar estos casos, conocer los procedimientos adecuados o saber dónde acudir para conseguir ayuda.
- No disponer de protocolos para la detección, evaluación e intervención ante casos de malos tratos o de una buena coordinación para trabajar en equipo.
- No tener los medios adecuados para diagnosticar de forma diferencial los malos tratos cuando las personas mayores presentan lesiones y traumatismos o cuando ingresan por deshidratación, malnutrición, hipotermia o caídas.
- Asumir que la familia siempre proporciona apoyo y buenos cuidados a la persona mayor. Aunque esto es cierto en la mayor parte de las situaciones de cuidado, esta idea ha impedido que se realicen exámenes buscando detenidamente posibles situaciones abusivas.
- Incredulidad.
- No disponer de directrices claras acerca de la confidencialidad en situaciones de malos tratos.
- Temor a que la persona responsable de los malos tratos aumente su ira hacia la víctima y tome represalias, o a poner en peligro su relación como profesional, con la persona mayor o con su familia.
- No querer verse en cuestiones legales que le afecten.
- Desconocer los recursos disponibles.
- Sentir impotencia ante las escasas posibilidades de intervención y de utilización de recursos cuando los considera necesarios.

- Mantener actitudes “de trato infantil” a las personas mayores.
- Escasa concienciación.
- No disponer de tiempo necesario, ni de la intimidad deseada para la evaluación minuciosa.
- **No culpabilizar a la persona responsable de los cuidados** cuando los malos tratos sean debidos a situaciones de abandono o negligencia por estrés o desconocimiento de las tareas del cuidado.
- **Valorar la gravedad** de la situación y el riesgo para la víctima.

Barreras socioculturales:

- Actitudes “de trato infantil”. Implica actitudes desfavorables hacia las personas mayores, considerando sus derechos menos importantes que los del resto de miembros de la sociedad “más productivos”, y disminuyendo así el valor que se les concede.
- Insuficiente información y/o sensibilización sobre los malos tratos hacia las personas mayores.
- Valores culturales. Cuando en el seno de una familia surgen conflictos, con frecuencia, se sigue considerando que la mejor forma de manejarlos es dentro del contexto de la familia, percibiendo de forma negativa la intromisión de personas ajenas a la misma en la solución.
- **Anotar la sospecha de malos tratos en la Historia Clínica o Social** y dejar constancia de las lesiones o de los hechos conocidos de la forma más descriptiva posible.
- **Informar a la persona mayor de las acciones a ejercer** en el plano médico, social y judicial, así como de los recursos existentes.
- **Informar a otros familiares** o a quien ostente la curatela o quien ejerza la guarda de hecho en el caso que la persona precise apoyos.
- **Comunicar al Ministerio Fiscal o al Juzgado de Guardia** los casos de sospecha, se tiene que identificar a la persona denunciante, a la denunciada y a la que sufre los malos tratos, detallar los hechos y aportar los medios de que se disponga y que puedan probar los mismos.
- **Realizar el seguimiento de las posibles víctimas** de malos tratos, especialmente en los casos de reincidencia, aunque la situación no haya sido confirmada.
- **Comunicar a la sección de inspección del Departamento de Derechos Sociales** los hechos que pudieran ser infracciones administrativas ocasionadas en centros de personas mayores, sin perjuicio de que si los hechos denunciados pudieran ser constitutivos de delito se dé cuenta desde la Administración al Ministerio Fiscal.

ANEXO 3

RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES

- **Mantener una actitud de escucha y de respeto:** la persona que tiene que dar información sobre malos tratos se encuentra en una situación complicada afectivamente, requiere que la atención sea exquisita.
- **Investigar si existen voluntades anticipadas:** Investigar si existen y si la persona hubiera declarado estas voluntades su lectura nos podría ayudar a acercarnos a lo que desea.
- **Valorar siempre las quejas** del maltrato de la persona mayor, aunque esté afectada de deterioro cognitivo.
- **Entrevistar en privado a la posible víctima** de maltrato y valorar la existencia de indicadores, así como a posibles responsables del maltrato.
- **Interrogar a la persona responsable de los cuidados** sin la presencia de quien supuestamente recibe los malos tratos. Valorar el estrés, ansiedad o sobrecarga que pueda tener, así como su conocimiento de las necesidades y habilidades para el cuidado de la persona mayor.

ANEXO 4

FACTORES DE SOSPECHA

Estado de salud

- Padecer una enfermedad crónica o presentar problemas invalidantes, físicos o psíquicos.
- Superar los 85 años de edad.
- Percepción de un mal estado de salud por parte de la propia persona.
- Persona polimedicada o que tome medicamentos sedantes.
- Tener caídas con frecuencia, o haber sufrido una de gravedad recientemente.
- Tener ingresos hospitalarios con cierta frecuencia.
- Haber padecido un accidente cerebrovascular.
- Presentar desnutrición.
- Historia clínica inconsistente, vaga o extraña.
- Contradicciones en los relatos entre la persona que le cuida y posible víctima.
- Historia de accidentes frecuentes.

Capacidad funcional

- Necesitar a otra persona para las actividades básicas de la vida diaria.
- Tener problema para moverse y manejarse con destreza.

Capacidad mental

- Tener diagnóstico de:
 - Depresión
 - Demencia
 - Alteraciones de conciencia y de las capacidades cognitivas

Situación social y familiar

- Soledad.
- Haber perdido a su pareja recientemente o de forma dramática.

- Cambio de hogar con frecuencia, reparo a residir con familiares.
- Tener problemas económicos.
- No disponer de una persona que le cuide o, en el caso de tenerla, no estar a gusto con la situación.
- Miedo de la posible víctima a determinada persona que le cuida o familiar por cambios de actitud.
- Negativa de la persona que le cuida de dejar sola a la persona mayor.
- Cambios bruscos de conducta o actitud no propia de la persona mayor.

Sobrecarga de quien cuida:

Escala de Zarit.

Escala probada y validada para evaluar la sobrecarga de la persona que cuida.

Indicación: medir el grado de sobrecarga subjetiva de las personas que cuidan.

Aplicación: puede realizarla quien realiza la entrevista o autocumplimentada.

Interpretación:

Menos de 47 puntos	Entre 47 y 55 puntos	Más de 55 puntos
no hay sobrecarga	sobrecarga leve	sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación de la persona mayor cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Escala Zarit de valoración de la sobrecarga de quien cuida

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona.

Piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sólo su experiencia.

1 = Nunca, 2 = Rara vez, 3 = Algunas veces, 4 = Bastantes veces, 5 = Casi siempre

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit		PUNTOS
1.	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
3.	¿Se siente agobiado/a por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades como el trabajo y la familia?	
4.	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5.	¿Se siente enfadado/a cuando está cerca de su familiar?	
6.	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con miembros de su familia?	
7.	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8.	¿Piensa que su familiar depende de usted?	
9.	¿Se siente tenso/a cuando está cerca de su familiar?	
10.	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
11.	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
12.	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	
13.	¿Se siente incómodo/a por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
14.	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
15.	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
16.	¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?	
17.	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
19.	¿Se siente indeciso/a sobre qué hacer con su familiar?	
20.	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21.	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
22.	Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL		

ANEXO 5

CUESTIONARIO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MALOS TRATOS FÍSICOS Y ECONÓMICOS.

El grupo responsable de elaborar esta guía, ha elegido, de acuerdo con sus autores/as, los Cuestionarios del “Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco”, CAPV.

Estos cuestionarios son complementarios y consecutivos. Si se alcanza una puntuación en el primero indica maltrato y se pasa al segundo cuestionario de detección de indicadores de malos tratos físicos y económicos y valoración de su gravedad (ANEXO 6).

Instrucciones

El cuestionario siguiente forma parte del procedimiento validado por el Gobierno Vasco para la prevención, detección, e intervención en situaciones de malos tratos sufridos por una persona mayor de 65 años.

El objetivo del mismo es identificar a la población mayor de 65 años en situación de vulnerabilidad o riesgo de sufrir malos tratos, especialmente aquellas personas mayores que padecen una situación de dependencia para sus actividades de la vida diaria.

Le pedimos que complete la siguiente tabla de factores de riesgo, después de prestar su atención a una persona mayor.

No es necesario que usted explore nada diferente a lo que hace habitualmente. Solo debe realizar la observación y completar el cuestionario una vez por cada persona, independientemente del número de veces que le preste atención.

Es importante que lo haga **SIEMPRE** en caso de que la persona sea mayor de 80 años y esté en una situación de dependencia.

Si la persona presenta dos o más factores de riesgo en alguno de los aspectos valorados o en ambos, se evaluará posteriormente de manera explícita si existen o no indicadores de malos tratos físicos o económicos.

Fecha en la que se realiza la observación	
Profesional que realiza la observación	
Lugar donde realiza la observación	
Identificación de la persona mayor: sexo/año-mes-día de nacimiento/primeras dosletras de los apellidos	Ejemplo: María Santander García, fecha de nacimiento 12/06/1940. su clave de identificación sería: mujer/400612/saga)

GRADO DE DEPENDENCIA (VALORACIÓN POR SAAD)

- 0 no dependiente
- 1 dependencia moderada
- 2 dependencia severa
- 3 gran dependencia
- no se

GRADO DE DEPENDENCIA (VALORACIÓN POR BARTHEL*)

- 0 no dependiente
- 1 dependencia moderada
- 2 dependencia severa
- 3 gran dependencia
- no se

SAAD: Sistema para al Autonomía y Asistencia a la Dependencia

* página 27

MALOS TRATOS FÍSICOS

FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTA LA PERSONA MAYOR	SI	NO	NO SE
Aislamiento o soledad grave no deseada y debilidad de la red social.			
Deterioro cognitivo unido a alteraciones de conducta que dificultan el cuidado y atención.			
Dependencia física y emocional de la persona mayor respecto a la persona que cuida.			
Escasa higiene o ropa inadecuada.			
FACTORES DE RIESGO EN EL ENTORNO DE LA PERSONA MAYOR	SI	NO	NO SE
Mala organización del cuidado (múltiples personas que cuidan sin coordinación, tiempos sin cuidados).			
Episodios actuales o pasados de convivencia conflictiva entre la persona mayor y las personas con quien convive (historia previa de conflicto entre la persona mayor y su cuidador/a principal, representantes no elegidos/as por la persona mayor, evidentes conflictos de intereses o de valores).			
El o la cuidadora principal encuentra limitaciones personales para el cuidado de la persona (relacionados con sobrecarga, padecer trastornos psicopatológicos, consumo abusivo de alcohol u otras toxicomanías).			
Hostilidad de la persona mayor hacia él o la cuidadora o la persona con quien convive y déficit de ésta en las estrategias del manejo.			
Persona mayor atendida por profesionales desmotivados/as, mal pagados/as etc...			
OBSERVACIONES. (Otros riesgos, comentarios respecto a su situación física...).			

MALOS TRATOS ECONÓMICOS

FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTA LA PERSONA MAYOR	SI	NO	NO SE
Desconocimiento de su situación económica personal y preocupación por ello.			
Deudas cuando se presupone que tiene capacidad económica suficiente para afrontar sus gastos.			
Donaciones y transmisiones de bienes.			
FACTORES DE RIESGO EN EL ENTORNO DE LA PERSONA MAYOR	SI	NO	NO SE
Dependencia muy alta de los recursos económicos de la persona mayor.			
Antecedentes de conflictividad por cuestiones financieras.			
Exagerado interés del o la cuidador/a por hacerse cargo del dinero de la persona mayor.			
OBSERVACIONES: otros riesgos, comentarios respecto a su situación económica.			

Le recordamos que si ha observado dos o más factores de riesgo en alguno de los aspectos o en ambos (2 o más en cada aspecto) se realizará una valoración de los indicadores de malos tratos más exhaustiva que explore el estado físico y las relaciones de la persona mayor.

NO OLVIDE: Si ha observado dos o más factores de riesgo en alguno de los dos aspectos y considera que debe de dar información de los datos de identificación de la persona a profesionales que no sean del propio ámbito (sanitario, social) para que complete la exploración de indicadores, deberá solicitar el consentimiento a la persona para dar solo sus datos de identificación y localización para que puedan ponerse en contacto con ella.

¿Ha prestado consentimiento? ☐ SI ☐ NO

ANEXO 6

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALOS TRATOS FÍSICOS Y ECONÓMICOS Y VALORACIÓN DE SU GRAVEDAD

Instrucciones

Este cuestionario pretende la observación sistematizada de indicadores de los malos tratos en personas mayores y la valoración del riesgo de daño físico o económico que dicha persona puede estar sufriendo. El cuestionario se realiza cuando se da alguno de los siguientes supuestos:

- Se detectan dos o más factores de riesgo en el cuestionario de prevención;
- La persona mayor verbaliza ser víctima de malos tratos, o
- Se identifica una situación de daño a la persona mayor, relatada por ella misma u observada por terceras personas, que no se explica por causa de su situación personal o de su plan de actuación.

El cuestionario lo administrará siempre un/una profesional de referencia o de urgencias sociales o sanitarias (En Servicios Sociales la/el TS de base o del Servicio de emergencias sociales; en el contexto sanitario, profesionales de servicios de urgencias o de atención primaria).

Le pedimos que intente explorar o indagar en lo posible en la realidad de la persona mayor para poder obtener la mayor información de su situación y la de su entorno.

Se ha utilizado un código de colores para clasificar el riesgo de daño que sufre la persona mayor y poder formular la intervención idónea para cada nivel:

- **GRAVE:** son indicadores azules que sugieren gravedad en la falta de atención de algunas necesidades de la persona mayor y son valorados con **1 punto**.
- **MUY GRAVE:** son naranjas. Que sugieren un mayor riesgo de daño físico y/o económico y consecuentemente requerirán una mayor intervención para evitarlo. Son valorados con **1,5 puntos**.
- **INTERVENCIÓN URGENTE:** son rojos y se consideran indicadores de daño muy importante para la persona mayor y requerirán una intervención inmediata o cuasi inmediata. Son rojos y son valorados con **2, 25 puntos**.

Al final del cuestionario se indica cómo realizar la valoración total del riesgo y determinar la intervención a realizar.

Profesional que realiza la observación	
Fecha en la que se realiza la observación	
Lugar donde realiza la observación	
Identificación de la persona mayor: sexo/año-mes-día de nacimiento/primeras dos letras de los apellidos	Ejemplo: María Santander García, fecha de nacimiento 12/06/1940. su clave de identificación sería: mujer/400612/saga)

GRADO DE DEPENDENCIA (VALORACIÓN POR SAAD)

- 0 no dependiente
- 1 dependencia moderada
- 2 dependencia severa
- 3 gran dependencia
- no se

GRADO DE DEPENDENCIA (VALORACIÓN POR BARTHEL*)

- 0 no dependiente
- 1 dependencia moderada
- 2 dependencia severa
- 3 gran dependencia
- no se

A continuación, aparecen diversas tablas de indicadores. Por favor, marque **SI** cuando usted sepa que la persona mayor presenta este indicador. Marque **NO** cuando usted sepa que no lo presenta. Marque **No lo sé** cuando usted desconozca ese aspecto de la persona mayor y pueda obtener información sobre el mismo. Muchas gracias.

INDICADORES GENERALES	SI	NO	No lo sé
Deterioro progresivo de la salud sin causa evidente.	1		
Falta de condiciones de habitabilidad en la vivienda (inseguridad, suciedad, barreras..) o de otras condiciones o apoyos suficientes para garantizar la cobertura de las necesidades que presenta la persona mayor.	1		
Miedo, verbalización o quejas de la persona mayor de que no le tratan bien, cambio de actitud y/o modo de expresión de la persona mayor en presencia de determinadas personas o de quien le cuida.	1,5		
Obstinación terapéutica y uso desproporcionado de tratamientos y cuidados (servicio de urgencias; abuso de psicofármacos...).	1,5		
Abandono en la atención a las necesidades básicas.	2,25		
Abandono de la persona mayor en un servicio socio-sanitario: hospital, servicios sociales de base, centro de salud.	2,25		
Puntos indicadores generales			

INDICADORES FÍSICOS	SI	NO	No lo se
Marcas de sujeción física asociadas al dolor.	1		
Alopecia parcheada (cuero cabelludo salteado de calvas).	1		
Ausencia de respuesta ante tratamiento adecuado (mala evolución de las lesiones tras la aplicación de las medidas adecuadas).	1		
Mal seguimiento de las pautas sanitarias (infra o sobre medicación, retraso en la solicitud de asistencia, mal seguimiento de dietas y cuidados etc.).	1,5		
Sujeciones y restricciones físicas sin restricción ni supervisión.	2,25		
Presencia de varios hematomas en diferentes estadios evolutivos sin causa justificada en zonas de no apoyo.	2,25		
Lesiones sin relato que lo justifique ni por parte de la persona mayor ni por el o la cuidador/a o que no haya sido tratada correctamente (caídas no atendidas reiteradas no justificadas).	2,25		
Quemaduras sin causa que lo justifique (cigarrillos, cáusticos, fricción de objetos...).	2,25		
Marcas de ataduras (no sujeciones).	2,25		
Alimentación e hidratación deficiente sin causa justificada.	2,25		
Alimentación a la fuerza y con violencia.	2,25		
Puntos indicadores físicos			

INDICADORES ECONÓMICOS	SI	NO	No lo sé
En ausencia de deterioro cognitivo, queja de la persona mayor de que le toquen sus objetos personales sin autorización: desaparición de joyas etc.	1		
Solicitud de medidas de apoyo a la persona mayor sin ningún informe médico o psicológico que lo justifique.	1,5		
Facturas no pagadas sin conocimiento de la persona mayor cuando ésta tiene voluntad y capacidad económica para hacerlo.	1,5		
No disponer de productos básicos a pesar de tener capacidad económica.	1,5		
Apropiación no autorizada mediante consentimiento viciado de los bienes de la persona mayor.	2,25		
Pérdida inexplicable de dinero, cheques, transferencias repentinas a personas ajenas etc...	2,25		
Cambios en documentos legales y/o financieros: firmas sospechosas; cambios o recientes realizaciones de testamentos, transmisión de poderes, donaciones, etc., cuando la persona mayor no es capaz de tomar decisiones.	2,25		
Concesiones de avales bancarios contra sus propiedades y bienes sin conocer las condiciones y riesgos.	2,25		
Puntos indicadores económicos			

INDICADORES SOCIALES	SI	NO	No lo sé
Solicitud de alta de un servicio (residencia, centro de día) en contra de la voluntad de la persona mayor o reticencia a la actuación profesional en situaciones de daño o riesgo grave de daño en contra de prescripción sanitaria o social.	1,5		
Restricciones en el uso del espacio de la vivienda y limitaciones en la relación con el resto de las personas con las que convive u otras personas.	1,5		
Retirada deliberada de las relaciones sociales y confinamiento injustificado.	2,25		
Puntos indicadores sociales			

Otros indicadores o comentarios

Es muy importante que usted señale cualquier otra observación que le parezca de interés en el caso de la persona mayor que ha estado evaluando: otros indicadores, una explicación de alguno de ello, apreciaciones de la persona mayor que le son características, etc...

Valoración global

Tras completar el cuestionario, sume usted las puntuaciones parciales de cada uno de los siguientes bloques:

- Indicadores Generales+ Sociales+Físicos

- Indicadores Generales+ Sociales+Económicos

siendo la puntuación final la más alta de entre los dos bloques.

Compare el resultado con la tabla siguiente para saber cuál es la situación de riesgo de malos tratos de la persona mayor.

SITUACIÓN	PUNTUACIÓN
No se confirma sospecha de malos tratos	Menos de 2
Alerta por riesgo grave	Entre 2 y menos de 3
Alerta por riesgo muy grave	Entre 3 y menos o igual de 4,5
Situación de intervención inmediata	Mayor de 4,5

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.*

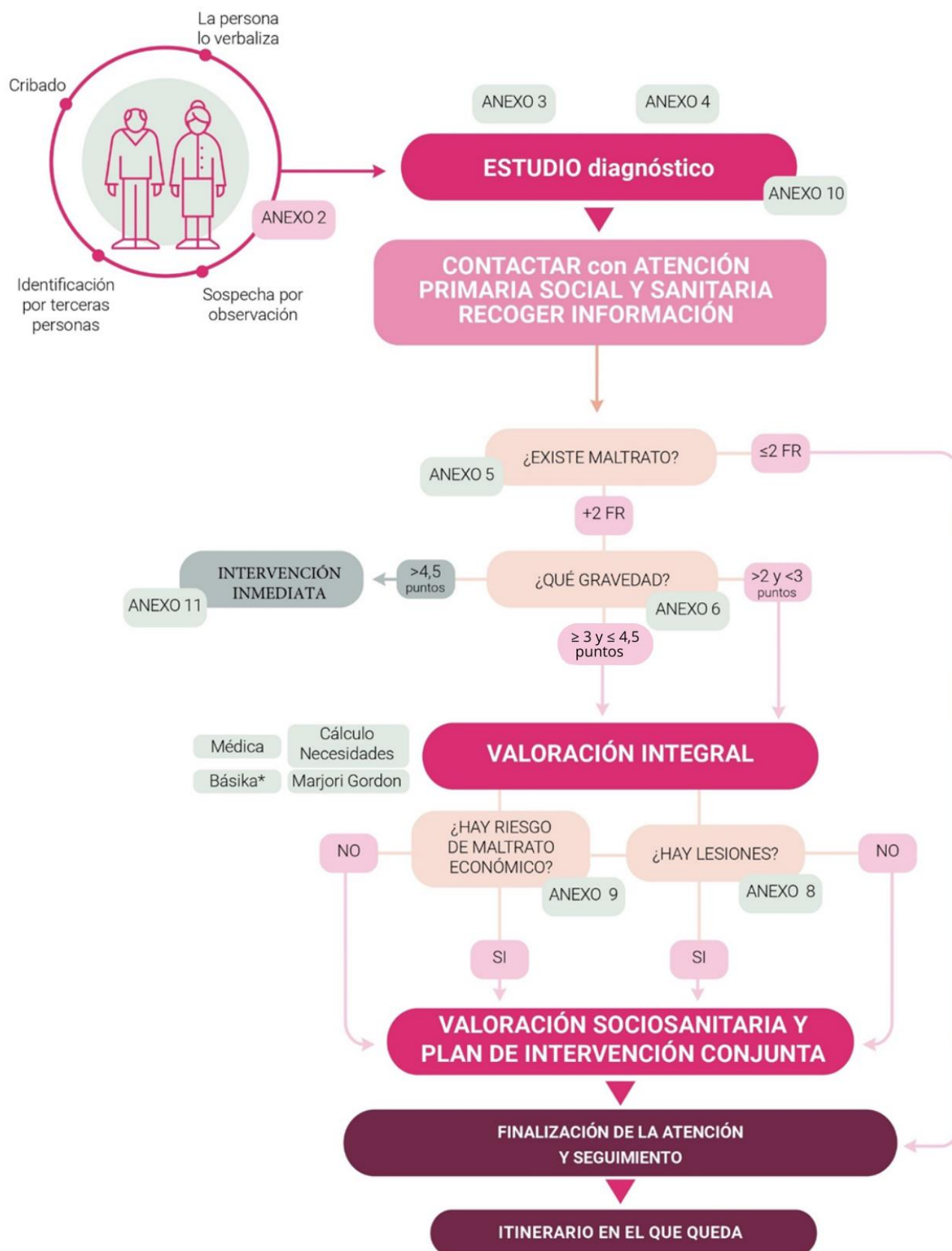
Comer	0 = incapaz.	
	5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	
	10 = independiente (la comida está al alcance de la mano).	
Trasladarse entre la silla y la cama	0 = incapaz, no se mantiene sentado.	
	5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado.	
	10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal).	
Aseo personal	15 = independiente.	
	0 = necesita ayuda con el aseo personal.	
	5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	
Uso del retrete	0 = dependiente.	
	5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.	
	10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).	
Bañarse o Ducharse	0 = dependiente.	
	5 = independiente para bañarse o ducharse.	
Desplazarse	0 = inmóvil.	
	5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.	
	10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).	
	15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	
Subir y bajar escaleras	0 = incapaz.	
	5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.	
	10 = independiente para subir y bajar.	
Vestirse y desvestirse	0 = dependiente.	
	5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.	
	10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	
Control de heces	0 = incontinente (o necesita que le suministren enema).	
	5 = accidente excepcional (uno/semana).	
	10 = continente.	
Control de orina	0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	
	5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).	
	10 = continente, durante al menos 7 días.	
Total = 0 - 100 puntos (0 - 90 si usan silla de ruedas).		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO 7

PROPUESTA DE ATENCIÓN COORDINADA DE CASOS



<http://intranetsns-o/C5/serviciosclinicos/Contenido/Guias%20y%20Protocolos/Trabajo%20Social/Escala%20BasiKa%20Valoracion%20social.pdf>

ANEXO 8

PARTE DE LESIONES

El personal médico ante la presencia de una víctima de malos tratos que presente algún tipo de lesión, tiene la obligación de emitir “el parte de lesiones” y remitirlo posteriormente al Juzgado de Guardia correspondiente.

Deberá recoger los siguientes datos:

- Personal Facultativo que efectuó el reconocimiento nombre y apellidos, nº de colegiada/o.
- Día y hora del reconocimiento.
- Centro en el que se realiza nombre, dirección, teléfono y persona de referencia si la hubiera.
- Datos de filiación de la víctima nombre y apellidos, DNI/NIE, edad, sexo, estado civil, profesión, dirección y teléfono.
- Datos de interés médico-legal manifestados por la víctima: fecha de la agresión, hora, lugar, tipo de agresión (física, negligencia/abandono...) y parentesco y/o relación con la víctima. Presencia de otras personas.
- Naturaleza y descripción de las lesiones.
- Tratamiento inicial requerido: médico, quirúrgico, pequeña cirugía.
- Riesgo vital o no.

El Parte de lesiones se envía al Juzgado de Guardia, se incluye en la historia y se envía a la administración sanitaria

ANEXO 9

DENUNCIA AL JUZGADO DE INSTRUCCIÓN.

D/Dña....., mayor de edad, en nombre propio (o en representación de) con domicilio en calle....., número, piso, teléfono....., con DNI número expedido el día

Comparezco ante el Juzgado y, como mejor proceda en derecho, DIGO:

Que por medio del presente escrito formulo denuncia con base en los siguientes hechos:

PRIMERO.- Se denuncia a Don/Doña (si lo conoce) con domicilio en calle....., número....., piso....., teléfono.....

SEGUNDO.- El día en Calle número ocurrieron los siguientes hechos:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

En consecuencia, y dado que me considero víctima o en representación de la víctima de un delito, lo pongo en conocimiento del Juzgado para que se sirva acordar lo pertinente para la comprobación y averiguación de los hechos y la autoría de los mismos.

En a de de 20.....

Firma de quien denuncia o le representa:

ANEXO 10

PREVENCIÓN

Dirigida a la persona mayor:

- Intervención precoz cuando aparezcan factores de riesgo favorecedores de malos tratos: prevención secundaria.
- Evitación de situaciones potenciales de malos tratos.
- Abordaje de la soledad, si existe.
- Potenciación de la autonomía personal y la independencia.
- Prevención del aislamiento: garantizar elementos de comunicación accesibles y fáciles de manejar.
- Mantenimiento relaciones sociales.
- Asistencia a consultas.
- Atención a necesidades elementales: compras, peluquería, aseo, aficiones...
- Participación en sesiones de formación sobre autocuidado, seguridad personal, envejecimiento activo, autocuidado, prevención de malos tratos...
- Información sobre recursos y modo de acceso.
- Acciones de voluntariado.
- Mantenimiento del control sobre sus pertenencias.
- Posibilidad de que pueda pedir ayuda.

Dirigida la persona que cuida:

- Provisión de los medios necesarios para prestar los cuidados.
- Facilitación de elementos para su cuidado, garantizar tiempo de descanso adecuado, salario y condiciones de trabajo adecuadas.
- Ofrecimiento de formación sobre cuidados y buenos tratos.
- Conocimiento de la evolución previsible de la persona que cuida y como evitar o retrasar la aparición de situaciones negativas.
- Mantenimiento de la red social.

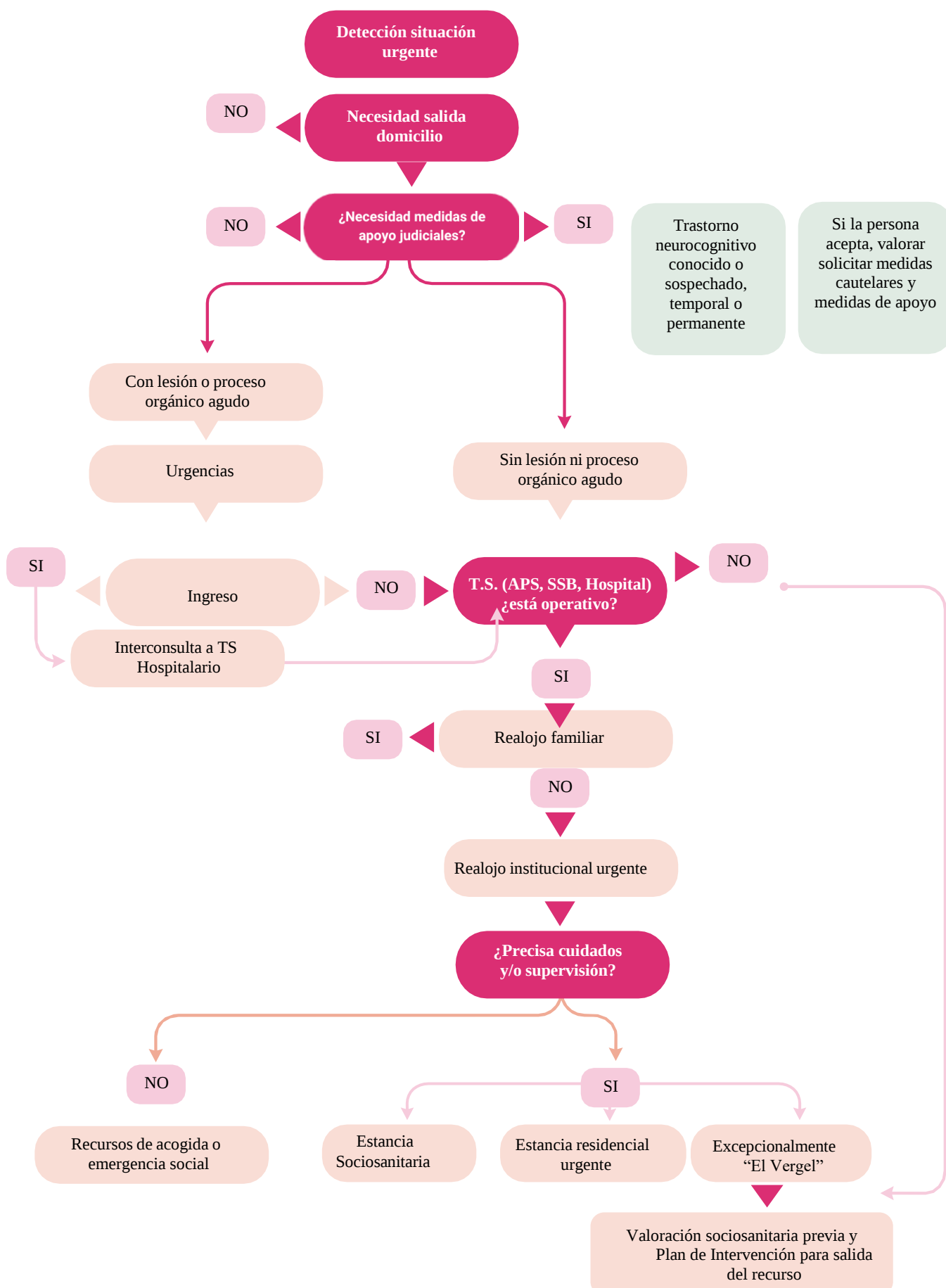
- Fomento de la independencia de la persona que cuida.
- Mantenimiento de su intimidad.
- Respiro de cuidados.
- Conocimiento de los recursos.

Dirigida el entorno:

- Valoración de las condiciones de habitabilidad y de garantía de primeras necesidades.

ANEXO 11

PROTOCOLO DE REALOJO TEMPORAL O PERMANENTE, FAMILIAR O INSTITUCIONAL.



El dispositivo que ha tenido conocimiento de la situación (Atención Primaria, 112, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, etc.) procederá de la siguiente manera:

- Si la persona con necesidad inmediata de salir de su domicilio presenta una lesión o proceso orgánico agudo que requiera atención sanitaria, o hay dudas sobre su estado de salud (por ejemplo, por posible deshidratación) se derivará al Servicio de Urgencias del centro sanitario correspondiente al domicilio.
- Si la persona ingresa en planta de hospitalización se solicitará una interconsulta con Trabajo Social.
- Si la persona con necesidad inmediata de salir de su domicilio no presenta una lesión o proceso orgánico agudo, ni hay dudas sobre su estado de salud que requiera derivación al Servicio de Urgencias, o este no valora necesario el ingreso:
 - Si se produce en un momento en que Trabajo Social, bien de Atención Primaria (de Servicios Sociales o de Salud) o bien de Hospitales está operativo, se valorarán por este orden las siguientes alternativas:
 1. Posible realojo familiar entre personas de la familia nuclear o extensa, según proceda.
 2. Realojo institucional urgente:
 - 1.1 Si la persona tiene autonomía y no precisa cuidados y/o supervisión, se activarán los recursos de primera acogida de emergencia social existentes en la zona.
 - 1.2 Si la persona precisa supervisión y/o cuidados (por dependencia, fragilidad, etc.) y en la zona existen plazas residenciales de carácter sociosanitario disponibles, la persona accederá a una de ellas, y si esto no es posible, se atenderá a los criterios habituales que garantizan acceso a plaza pública-concertada, o privada, en su caso.
 3. De manera subsidiaria a todo lo anterior, excepcionalmente se podrá valorar el acceso a una plaza en el área de enfermería del centro residencial El Vergel, con independencia del área geográfica donde se origine la demanda, un máximo de 2 ó 3 días hasta que se valore el recurso más adecuado.
 - Si esta situación se produce en un momento en que Trabajo Social no está operativo, serán profesionales del servicio que ha tenido conocimiento de la situación (112, servicios de urgencias sanitarias, cuerpos y fuerzas de seguridad, etc.) quien activará el ingreso directo en el área de enfermería del centro residencial El Vergel, o en recursos de acogida o emergencia social, si procede.

Actuación para ingresos urgentes en centro residencial El Vergel

Se contactará a través de 948227703 inicialmente con la Dirección del centro, en su defecto con la persona responsable de la unidad de coordinación de enfermería, y si esto no es posible con quien en ese momento se encuentre trabajando en el área de enfermería. Se especificará la necesidad de activación de recurso excepcional de urgencia por situación de malos tratos en personas mayores con imposibilidad de regreso a domicilio.

A efectos de traslado en ambulancia desde servicios de urgencias sanitarias, este se contemplará como un alta hospitalaria a domicilio.

El personal del centro residencial será el encargado de acoger y acompañar a la persona.

La persona profesional derivante actuará como profesional de referencia tras el ingreso en el centro residencial El Vergel, y como tal canalizará los diferentes servicios y prestaciones que necesite la persona derivada, asegurando la globalidad y la coordinación de todas las intervenciones en coordinación con el personal del centro residencial. Además, habrá realizado previamente una valoración sociosanitaria y un plan de intervención conjunto en el contexto del carácter temporal de este tipo de ingreso.

Al día siguiente del ingreso se realizará una valoración integral de la persona mayor y se trabajará con ella la salida a otro dispositivo residencial o a otro recurso más adecuado a sus necesidades. Para ello se contactará con el servicio o servicios derivantes y también con la ANADP.

La estancia en el centro residencial El Vergel tendrá la duración máxima de tres días, salvo que excepcionalmente sea necesario ampliarlo, en atención a circunstancias especiales que puedan concurrir en el caso.

En ningún caso, la estancia por ingreso urgente en El Vergel dará derecho a hacer uso de la plaza residencial de forma permanente. En caso de que en el plan de intervención se contemple el ingreso residencial permanente de la persona mayor, se deberá acceder al mismo por las vías existentes para ello.

Acrónimos:

ANADP: Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas

AVD: Actividades de la vida Diaria.

AP: Atención Primaria.

CEASNA: Comité de Ética Asistencial de Navarra.

CC.AA.: Comunidades Autónomas.

EAP: Equipo de Atención Primaria

EIMA: Asociación para la Investigación de Maltrato a Personas Mayores.

FR: Factores de Riesgo.

INPEA: Red Internacional para la Prevención del Maltrato a Personas Mayores.

OAV: Oficina de Atención a las Víctimas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

SAD: Servicio de Atención Domiciliario

7 BIBLIOGRAFÍA

1 “La buena salud añade vida a los años: información general para el Día Mundial de la salud “. 2012 https://www.who.int/ageing/publications/whd2012_global_brief/es/

2 “Declaración de Toronto”. 2002 http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf

3 “Una sociedad para todas las edades. Los mayores también cuentan” Informe al Parlamento 2007. Defensor del pueblo de Navarra. <http://www.defensornavarra.com/index.php/es/Informes-y-otras-publicaciones/Informes-especiales/2007-2012/2007/Una-sociedad-para-todas-las-edades.-Los-mayores-tambien-cuentan>

4 Aumenta el maltrato a las personas de edad: según la OMS, afecta a uno de cada seis ancianos 2017. <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>

5 “El maltrato a las personas mayores”. Francisco Gómez Alonso 2002. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/enlace23_26_31maltratoppmm.pdf

6 “Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la comunidad autónoma del País Vasco” 2011. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/ESTUDIO%20DE%20PREVALENCIA_CAST.pdf

7 “Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis” 2017. <http://www.infocoponline.es/pdf/Elderabuse2017.pdf>

8 “Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, Almería” 1995. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/almeria-declaracion-01.pdf>

9 “National Research Council. Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America” 2003. Panel to Review Risk and Prevalence of Elder Abuse and Neglect. Richard J. Bonnie and Robert B. Wallace, Editors. Washington, DC: The National Academies Press. <https://translate.google.com/translate?hl=es&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22812026&prev=search>

10 ¿Qué es el maltrato a las personas mayores? <https://eimamaltrato.wordpress.com/que-es-el-maltrato-a-las-personas-mayores/>

11 “Procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos a personas mayores en la CAPV “. http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/personas%20mayores_web.pdf

12 “Apoyos para que las personas ejerzan su capacidad jurídica”. <https://www.navarra.es/es/derechos-sociales/personas-con-discapacidad/apoyos-capacidad-juridica>

13 “Assess Notes: Nursing Assessment & Diagnostic Reasoning”. Marjory Gordon 2008. ISBN 0803617496, 9780803617490

14 “Los Principios y Práctica de la Enfermería”, Virginia Henderson 1.961. <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PRINCIPIOSBASICOS.pdf>

15 Guía Basika <http://intranetsns-o/C5/serviciosclinicos/Contenido/Guias%20y%20Protocolos/Trabajo%20Social/Escala%20BasiKa%20Valoracion%20social.pdf>

16 “La Atención Gerontológica Centrada en la Persona”. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia”. Teresa Martínez Rodríguez 2.011. Gobierno Vasco. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>

17 “Factores de riesgo en el maltrato a personas mayores. Detección e intervención enfermera”. Leire Hernández De la Rosa 2.017 https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002580.pdf



**Instituto de Salud Pública
y Laboral de Navarra**

Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las Políticas

Tfno. 848 42 34 50

www.isp.navarra.es

