

Buen trato y maltrato en las personas mayores, perspectiva bioética

ISABEL MARÍA CALVO CABRERA: Diplomada en Enfermería. Máster en Ciencias de la Enfermería. Máster en Bioética y Humanización de la Asistencia. Profesora del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios (Bormujos, Sevilla).

JOSÉ MARÍA GALÁN GONZÁLEZ-SERNA: Licenciado en Medicina y Cirugía. Doctor por la Universidad de Sevilla. Máster en Bioética y Humanización de la Asistencia. Profesor del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios (Bormujos, Sevilla).

ROCÍO ROMERO SERRANO: Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Máster en Estudios de Género y Desarrollo Profesional. Profesora del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios (Bormujos, Sevilla).

MARÍA ROSARIO MARTÍNEZ JIMÉNEZ: Diplomada en Enfermería. Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud. Máster en Urgencias, Emergencias, Catástrofes y Acción Humanitaria. Profesora del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios (Bormujos, Sevilla).

Coordinador de la sección:

SALVADOR POSTIGO MOTA: Diplomado, licenciado y graduado en Enfermería. Doctor por la Universidad de Sevilla. Máster en Gerontología Social Aplicada (Universidad de Barcelona). Profesor de Enfermería del Envejecimiento (Universidad de Extremadura).

Correo: info@salvadorpostigo.com

Resumen

La ética hace referencia a la propuesta de vida buena que se desea. Atendiendo a ello, si se desea para nosotros, también se desea en nuestra vida profesional para nuestros pacientes, más aún cuando son pacientes ancianos que precisan cuidados de enfermería.

El buen trato es el resultado del respeto de los derechos y el respeto a la dignidad de la persona. En definitiva, se considera que hay buen trato cuando se produce una buena relación entre las personas. Se supone, en ese sentido, que se debe dar y recibir buen trato, sin distinción de edad, sexo, ni condición social.

Cuando se habla de buen trato nos referimos a una forma positiva de relación. Por el contrario, en el maltrato se produce una relación negativa con múltiples consecuencias que la enfermera como profesional debe valorar y evitar.

El Código Deontológico de Enfermería expone explícitamente, en su Capítulo VIII –denominado «La enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad»–, pautas generales que pueden guiar la actuación de los profesionales de enfermería dirigidas al cuidado de las personas mayores.

En definitiva y teniendo en cuenta el cambio demográfico que está sufriendo nuestra sociedad, las enfermeras tienen ante sí una población anciana que demanda cuidados y protección. Dada la vulnerabilidad de estas personas y centrándonos en ellos, debemos actualizar este conocimiento.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, ANCIANO, MALTRATO AL ANCIANO, BIOÉTICA, DIGNIDAD.

GOOD TREATMENT AND ABUSE IN OLDER PEOPLE, BIOETHICS PERSPECTIVE

Summary

Ethics refers to the proposal of good life that we subscribe to. Such proposal applies to us and therefore must be present in our professional life towards our patients, especially when they are elderly patients who need nursing care.

Good treatment is the result of respect for a person's rights and dignity. In short, good treatment occurs when there is a good relationship between people. In this respect it is assumed that treating well is something that must be done and received, regardless of age, sex, or social status.

We refer to good treatment as a positive form of relationship; on the contrary, mistreatment is a negative relationship with multiple consequences, which a professional nurse should assess and avoid.

The Deontological Code of Nursing explicitly states, in Chapter VIII –under the title «Nursing in the face of the right to a more dignified, healthy and happy old age as an ethical and social contribution to the harmonious development of society»–, general guidelines which address nursing professionals' actions towards elderly patients.

Taking into account the demographic change that our society is suffering, nurses are faced with an elderly population that demands care and protection. Given the vulnerability of this group, focusing on them we must update our knowledge.

KEYWORDS: NURSING, AGED, ELDER ABUSE, BIOETHICS, DIGNITY.

PREGUNTAS

1. Existen mitos y estereotipos en la sociedad que hace que la atención a la persona mayor no sea la adecuada.

Identifique algunos de esos mitos:

- a. Son personas que han luchado durante su vida para llegar a la vejez con unos mínimos de bienestar y calidad de vida.
- b. Tienen costumbres fuertemente arraigadas y no pueden aprender nuevas habilidades ni otras estrategias de afrontamiento.
- c. Saben adaptarse a los desafíos de la vida con éxito.
- d. En general, son personas dependientes.
- e. Las respuestas b y d son correctas.

2. Se puede considerar maltrato a la persona mayor:

- a. Todo acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño para la salud o el bienestar de la persona anciana.
- b. Deseo de causar daño, confinamiento injustificado, intimidación o castigo cruel que dé origen a daño físico, dolor o angustia mental.
- c. Abuso es cualquier acto en el que, por comisión u omisión, se ocasiona daño al anciano.
- d. Todo daño a la persona mayor en el área física, psicológica, económica y social.
- e. Todas las respuestas anteriores son correctas.

3. Existen diferentes tipos de abuso a los ancianos. ¿Cuál de las siguientes opciones no lo es?

- a. Financiero o económico.
- b. Físico.
- c. Psicológico o emocional.
- d. Coyuntural.
- e. Negligencia o abandono.

4. El buen trato a la persona mayor implica las siguientes actuaciones del personal sanitario, excepto una:

- a. Comunicarse efectivamente con ellos, es decir, fomentar la comunicación donde se exprese lo que se siente, lo que se quiere, lo que se desea, lo que se espera y cómo se está viviendo la situación en concreto.
- b. Reconocer las posibilidades físicas y emocionales de las personas mayores.
- c. Aceptar a la persona como ser único y especial.
- d. Medir siempre las capacidades intelectuales de las personas mayores.
- e. Relacionarse de forma empática con las personas mayores.

5. ¿Existen normas éticas y morales propias de los profesionales de enfermería que orienten nuestra actuación ante las personas mayores en referencia al buen trato o el maltrato?

- a. No existe ninguna norma.

- b. Se actúa por sentido común.
- c. El Código Deontológico.
- d. Las normas únicamente son las que imponen las leyes del Estado.
- e. Las normas que se han cumplir son las normas que imponga la institución donde se trabaje.

6. Respecto al maltrato en las personas mayores, se diferencia entre el abuso, la negligencia y el maltrato. ¿Cómo define la American Medical Association (AMA) el maltrato?

- a. Incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar el daño.
- b. No proporcionar estímulos sociales a un anciano dependiente.
- c. Deficiencia, por parte del cuidador, a la hora de proporcionar los alimentos o servicios que son necesarios, en orden a evitar un daño físico, angustia o daño mental.
- d. Todo acto u omisión que cause en el anciano daño o temor hacia su salud o bienestar.
- e. No utilizar los recursos disponibles para mantener o restaurar la salud o bienestar de un anciano.

7. Como profesionales sanitarios, se debe conocer que existe una relación entre el lugar donde se atiende al mayor y las conductas negligentes y abusivas. ¿En qué lugares se produce un mayor número de situaciones de maltrato?

- a. En los hospitales.
- b. En las residencias públicas y privadas.
- c. En la calle y en los centros de compras.
- d. En los lugares de ocio.
- e. Las respuestas a y b son correctas.

8. Con el objetivo de fomentar el buen trato en las personas mayores, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología creó en el año 2011 el Observatorio del Buen trato a la persona mayor. En este contexto, se realizó la *Guía del buen trato al mayor*, donde se describen tres ejes de actuación: prevención y sensibilización, formación e investigación. Y, además, se redactó el *Decálogo del buen trato al mayor*, diferenciado entre el *Decálogo para dar buen trato a las personas mayores* y el *Decálogo para recibir buen trato*. De las siguientes opciones, cuál no forma parte del *Decálogo para dar buen trato a las personas mayores*:

- a. Usted es importante, haga que los demás lo sepan. Usted elige, usted decide.
- b. Cumplir con los principios bioéticos.
- c. Garantizar el bienestar y la calidad de vida.
- d. Formar, animar a aprender.
- e. Facilitar el acceso a las nuevas tecnologías.

9. Actualmente se hace difícil investigar sobre el mal-

trato a las personas mayores, ya que se da por causas multifactoriales. Aun así, se han realizado estudios que dibujan el perfil de la persona mayor maltratada y el perfil de riesgo del cuidador responsable del maltrato. Como profesionales debemos conocerlos para actuar con la mayor prontitud posible en la detección. ¿Cuáles son estos perfiles?

- a. Mujer, viuda, mayor de 75 años. Maltratador: hijo o pareja de la víctima.
- b. Hombre, viudo, mayor de 75 años. Maltratador: hijo o pareja de la víctima.
- c. Mujer, viuda, menor de 75 años. Maltratador: hijo o pareja de la víctima.
- d. Hombre, viudo, menor de 75 años. Maltratador: hijo o pareja de la víctima.
- e. Todas las respuestas anteriores son correctas.

10. En ocasiones sucede que a las personas mayores se les da un trato negligente en el cuidado. Señale cuál de las siguientes opciones define un caso de trato negligente:

- a. Falta de una higiene adecuada porque el anciano, siendo mentalmente capaz, se niega a que lo asean.
- b. Se recortan los cuidados sobre sus necesidades básicas por limitación de recursos.
- c. Se administran los medicamentos para mantener su estado de salud aunque se requiera polifarmacia.
- d. Se realizan refuerzos relacionales positivos que generan resiliencia.
- e. Todas las respuestas anteriores son correctas.

11. Los principios siguientes: prevención, detección, reducción y eliminación de las situaciones de riesgo, abusos y maltratos en la persona mayor, son:

- a. Parte de la Ley Estatal de Dependencia.
- b. Parte de la Ley Estatal de Atención y Protección a las Personas Mayores.
- c. Una propuesta de la OMS sobre el envejecimiento activo.
- d. Estrategias de autocuidados.
- e. Competencias exclusivas de los profesionales de enfermería.

12. Según describe la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), ¿a qué población diana va dirigida la atención de la enfermera gerontológica?

- a. Al paciente anciano sin patología aguda.
- b. Al paciente anciano dependiente y a su familia y cuidador principal.
- c. A las personas mayores, sus familiares y cuidadores principales.
- d. Al paciente anciano dependiente.
- e. Al paciente anciano independiente.

13. El resultado de diferentes estudios sobre la violencia en la persona mayor identifica como el instrumento más eficaz para prevenir el maltrato:

cia en la persona mayor identifica como el instrumento más eficaz para prevenir el maltrato:

- a. El apoyo al o a los cuidadores principales.
- b. El mejoramiento de las ayudas económicas percibidas por la persona mayor.
- c. La detección precoz del maltrato.
- d. La institucionalización de la persona mayor.
- e. Las respuestas a y d son correctas.

14. La definición de persona mayor con patologías tendentes a la incapacidad, con deterioro funcional o mental y con problemas sociales, hace referencia al concepto:

- a. Persona mayor.
- b. Persona mayor frágil.
- c. Paciente geriátrico.
- d. Persona mayor enferma.
- e. Persona mayor dependiente.

15. La recogida de datos de la historia clínica en la persona mayor es:

- a. Igual que en un paciente adulto.
- b. Más fácil que en un paciente adulto.
- c. Más difícil y laboriosa que en un paciente adulto.
- d. Menos laboriosa que en un paciente adulto.
- e. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

16. En la fase de entrevista con una persona mayor, el profesional de enfermería deberá:

- a. Adoptar actitudes que faciliten una comunicación con el paciente que resulte rápida.
- b. Realizar la entrevista con preguntas complejas de respuesta abierta.
- c. Solicitar el consentimiento de la persona mayor para realizar preguntas y exploraciones.
- d. Solicitar el consentimiento del representante de la persona mayor para realizar exploraciones.
- e. Todas las respuestas anteriores son correctas.

17. En lo referente a las personas mayores en el duelo:

- a. Se les debe mantener al margen en el caso de una enfermedad terminal de un familiar por respeto.
- b. Se les tiene que mantener aparte porque la acumulación de pérdidas que sufren con el paso del tiempo les produce depresión.
- c. Ellos prefieren no inmiscuirse en esos temas porque realizan un paralelismo entre ellos y la cercanía de la muerte.
- d. Deben participar con toda la familia de las decisiones.
- e. Las respuestas a y b son correctas.

18. El perfil de la persona que maltrata al adulto mayor incluye los siguientes rasgos o factores, excepto uno:

- a. Escasa preparación para cuidar y no comprende la enfermedad.
- b. Consume alcohol o drogas.

- c. Familiar lejano de la víctima.
- d. Presenta conflictividad con la persona mayor.
- e. Lleva como cuidador más de 9 años.

19. Entre las medidas para evitar el maltrato atendiendo a los principios de autonomía y no maleficencia, la opción más relevante es:

- a. Formar a los cuidadores para evitar situaciones de riesgo.
- b. Formar a los profesionales especialmente en el uso de guías de buenas prácticas, en un abordaje ético, en cómo implementar sistemas de calidad y control que incluyan indicadores de buen trato.
- c. Proponer procedimientos empleados en la atención a las personas mayores (restricciones, ingresos involuntarios, etc.).
- d. Instaurar medidas de reparación a las víctimas del maltrato.
- e. Todas las respuestas anteriores son correctas.

20. El respeto a la autonomía de la persona mayor no debe dirigirse a:

- a. El derecho a la privacidad, intimidad y confidencialidad, por lo que se debe contar con el permiso o consentimiento para las actuaciones que se lleven a cabo.
- b. Evitar las imposiciones, los engaños y las manipulaciones, ofrecer información comprensible y completa de la situación que una persona vive, así como de las alternativas que existen para dicha situación, conociendo los riesgos y beneficios de las mismas.
- c. Hacer actuaciones o tomar decisiones cuando pensamos que son por su bien.
- d. Informar de forma comprensible y completa de la situación que una persona vive, así como de las alternativas que existen para dicha situación, conociendo sus riesgos y beneficios.
- e. Ofrecer apoyos, intervenciones y recursos para facilitar la comprensión, la elección y la expresión de las propias decisiones.

21. Algunos factores propios de la persona mayor residente en una institución relacionados con el maltrato son los siguientes, excepto uno:

- a. Sexo femenino.
- b. Carencia de familia.
- c. Convivencia de residentes jóvenes con daño cerebral y ancianos con deterioro cognitivo.
- d. Autonomía y rechazo del rol pasivo o cuestionamiento de las normas.
- e. Visitas abundantes.

22. Señale entre los siguiente cuál es un signo de maltrato psicológico:

- a. Austeridad injustificada.
- b. Letargo, dificultades para hablar, caminar, comer.
- c. Cambios de apetito.

- d. Encamamiento prolongado.
- e. Calvas en cuero cabelludo.

23. El hecho de proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden necesidades particulares de cada usuario se denomina:

- a. Infantilización.
- b. Despersonalización.
- c. Deshumanización.
- d. Victimización.
- e. Sumisión.

RESPUESTAS

1. e.

Las respuestas b y d son correctas.

En la actualidad, tal y como está sucediendo el envejecimiento de la población, las personas llegan a la tercera edad físicamente bien, son autónomas y tienen buen estado de ánimo.

Aunque es cierto que van apareciendo ciertas limitaciones, lo normal es que las personas tengan capacidad de adaptación para hacerles frente. Sin embargo, en nuestra sociedad, y por ende también entre los profesionales sanitarios, existen ciertos mitos o estereotipos que de forma negativa puede hacer que se vea mermado el buen trato a la persona mayor. Estos estereotipos son referentes a la frecuencia con que se ponen enfermos, a que son dependientes, no coordinan bien, se olvidan de las cosas, tienen costumbres inamovibles o a que pierden la capacidad de enfrentarse a los cambios.

Los estereotipos nos hacen ver a la persona mayor de una manera determinada y por ello, por el simple hecho de la edad, se la trata de una manera diferente: no se la permite tomar decisiones, se la infantiliza y no se la permite llevar una vida plena.

Los profesionales de enfermería deben romper estos mitos e impedir que se perpetúen en la asistencia sanitaria con el fin de dar un trato digno a la persona mayor.

Comunidad de Madrid. Buen trato a las personas mayores. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Dirección general de mayores. Área de gobierno de familia y servicios sociales: 2015. [Consultado 29 Sep 2016] Disponible en: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/Buen-trato-a-las-personas-mayores?vgnextfmt=default&vgnextoid=9cf03d1e2f5f6210VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=cf30b7dd3f7e410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>

2. e.

Todas las respuestas anteriores son correctas.

De forma general, el maltrato o abuso a la persona mayor considera todos los actos por acción u omisión que comporten un daño o amenaza de tipo físico o mental en sus áreas física, psicológica, económica y social.

Gómez Martín MP, Díaz Vega P (coordinadores). *Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2011.

3. d.

Coyuntural.

Existen diferentes formas en que se manifiesta el maltrato o abuso en los adultos mayores. Por ejemplo: el abuso físico que se evidencia cuando la persona es víctima de empujones, golpes o heridas, o cuando se la fuerza a comer algo. También, en este tipo de abuso, se contempla el abuso sexual.

El abuso financiero o económico ocurre por el mal uso de los ingresos o recursos de una persona anciana a fin de obtener el cuidador una ganancia económica o personal. Ejemplos de abuso económico son: negar al anciano la vivienda, ocultar los bienes materiales, el robo de dinero o de posesiones, el mal uso o abuso del dinero o la coacción al anciano para que firme contratos o asigne poderes notariales a alguien, compre bienes o efectúe cambios en el testamento.

Por otro lado, existe el abuso psicológico o emocional, que ocurre cuando la persona sufre amenazas, abandono, acoso o infantilización, así como la limitación de sus derechos.

La negligencia o abandono ocurre cuando se descuidan las necesidades básicas de las personas mayores. También cuando se observan úlceras por presión o lesiones sin los cuidados necesarios

Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Cardona Sanson Y, Inclán Ravelo L. *Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica*. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(1-2).

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006.

4. d.

Medir siempre las capacidades intelectuales de las personas mayores.

El buen trato implica que las personas mayores, al igual que el resto de las personas, tengan derechos y se les respeten, y también que obtengan un reconocimiento de sus capacidades físicas y emocionales. A cualquier persona adulta se le ha de presuponer capacidad intelectual. La medición sistemática de la capacidad intelectual, sin un motivo justificado clínicamente, ofrece una información poco relevante para la relación y el buen trato de las personas mayores y puede implicar un menosprecio o minusvaloración por prejuicios ageístas.

Además, los profesionales de enfermería nos guiamos por nuestro Código Deontológico, donde aparecen numerosas menciones al impedimento que en nuestro ejercicio profesional debemos hacer al mal trato, entre ellos, en el Capítulo II (en su artículo 5), se afirma:

«Consecuentemente, las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal».

Comunidad de Madrid. *Buen trato a las personas mayores*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Dirección general de mayores. Área de gobierno de familia y servicios sociales: 2015. [Consultado 29 Sep 2016] Disponible en: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/Buen-trato-a-las-personas-mayores?vgnextfmt=default&vgnextoid=9cf03d1e2f5f6210VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=cf30b7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>

Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería; 1988.

5. c.

El Código Deontológico

El Código Deontológico de la enfermería española es el conjunto de deberes de los profesionales de enfermería que pretende inspirar su conducta.

El Código Deontológico, en cuanto a criterio ético, es estrictamente necesario para el buen desempeño de nuestra profesión, no solo para hacer uso de él en situaciones extremas, sino para reflexionar a través de él en aquellas situaciones diarias en las que se pueden lesionar o infravalorar los derechos humanos.

Por ello, se mencionan en varios de sus artículos cuestiones que pueden acontecer en la actividad cotidiana del profesional de enfermería, en referencia al buen trato y maltrato de las personas y, específicamente en el Capítulo VIII, denominado «La enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad».

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería; 1988.

6. d.

Todo acto u omisión que cause en el anciano daño o temor hacia su salud o bienestar.

La Action on Elder Abuse, del Reino Unido, define el maltrato al anciano como «un acto, único o reiterado, u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza». La American Medical Association (AMA), en 1987, definió maltrato como «todo acto u omisión como consecuencia del cual hay un daño o riesgo de daño para la salud o el bienestar de la persona». Además

de definir el maltrato en términos generales, se hace necesario diferenciarlo en abuso y negligencia, que a su vez puede ser activa o pasiva.

La Organización Mundial de la Salud lo define como «un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza». Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2013.

Organización Mundial de la Salud. Definición de maltrato al anciano; 2014. Disponible en: www.who.es.

7. a. **En los hospitales.**

Varios estudios muestran la relación entre el lugar donde se atiende al mayor y las conductas profesionales negligentes o abusivas:

Se producen más casos de negligencia, abuso y maltrato en los centros de atención sanitaria, principalmente en los hospitales. En las residencias, tanto públicas como privadas, se detectan también algunas de estas prácticas, pero existe un mayor control. Los centros de día están considerados los ámbitos de atención institucionalizada, con menos incidencia de conductas negligentes y abusivas.

El hogar, donde la relación profesional se establece por la ayuda domiciliaria, las circunstancias de negligencia, abuso o maltrato tienen que ver fundamentalmente con las características sociopersonales de la persona mayor, el autocontrol del profesional y el nivel de empatía que se produzca entre el profesional y la persona atendida.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y los profesionales. Madrid: Imsero; 2004.

8. a. **Usted es importante, haga que los demás lo sepan. Usted elige, usted decide**

El buen trato debe tomarse como un valor universal. Es el resultado del respeto de los derechos y el respeto a la dignidad de la persona. Hablamos de buen trato cuando se produce una buena relación entre las personas. Se ha de dar y recibir buen trato, sin distinción de edad. Se trata de una forma positiva de relación entre iguales.

Gómez Martín MP, Díaz Veiga P (coordinadores). Decálogo del buen trato al mayor. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2011.

9. a. **Mujer, viuda, mayor de 75 años. Maltratador: hijo o pareja de la víctima.**

En el año 2011, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología creó el Observatorio de Buenas Prácticas para los Mayores. En este contexto, se elaboró el *Manual de buenas prácticas en cuidados a personas mayores*, documento en el que se elaboró el perfil de los cuidadores, el ámbito de aplicación, las habilidades, las competencias, etc. También se elaboraron los perfiles más vulnerables para el maltrato, así como el perfil de los maltratadores. Es aquí donde se presentaba que las mujeres mayores de 75 años son las más vulnerables.

Gómez Martín MP, Díaz Veiga P (coordinadores). Manual de buenas prácticas en cuidados a personas mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2011.

10. b. **Se recortan los cuidados sobre sus necesidades básicas por limitación de recursos.**

Las personas mayores, al igual que todas las personas sin distinción de edad, sexo o raza tienen los mismos derechos y nosotros, como profesionales de enfermería, debemos velar por ellos al ser una parte de la población más vulnerable.

No se ha de olvidar que, en el artículo 25, párrafo 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos se establece que: «Todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar propio y de su familia, incluyendo comida, ropa, hogar y atención médica y servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, edad avanzada o cualquier otra carencia en circunstancias ajenas a su voluntad».

Dirección General de Mayores. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Buen trato a las personas mayores. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; 2015. [Consultado 29 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/Buen-trato-a-las-personas-mayores?vgnextfmt=default&vgnextoid=9cf03d1e2f5f6210VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=cf30b7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>

11. c. **Una propuesta de la OMS sobre el envejecimiento activo.**

Los principios de prevención, detección, reducción y eliminación de las situaciones de riesgo, abusos y maltratos en la persona mayor forman parte de la elaboración de propuestas basadas en los paradigmas de envejecimiento activo y saludable de la OMS complementados con los programas dirigidos a reducir desigualdades, fomento de la coopera-

ción internacional, favorecer la integración social e implicación de los mayores en la toma de decisiones.

Ilha S, Argenta C, Silva M, Cezar-Vaz M, Pelzer M, Backes, D. Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. Rev. de Pesq: cuidado é fundamental Online 2016; 8(2). [Consultado 10 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.indexf.com/pesquisa/2016pdf/84231.pdf>

12. c.

A las personas mayores, sus familiares y cuidadores principales.

La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica (SEEGG), institución que agrupa a las enfermeras especialistas en geriatría y gerontología de España, manifiesta que la atención de la enfermera gerontológica va dirigida a una amplia población constituida por las personas mayores, sus familiares y cuidadores principales:

«El cuidado que lleva a cabo la familia se conoce como cuidado familiar o informal y se complementa con los cuidados formales que dependen del sistema sanitario. Los profesionales responsables de esta tarea son las enfermeras que colaboran con las familias en la atención y el cuidado de los dependientes en general y de los ancianos en particular. Este trabajo conjunto permite a las enfermeras disponer de un especial conocimiento y comprensión sobre los aspectos problemáticos que presentan las situaciones de cuidado, así como sobre cuáles son las auténticas necesidades de apoyo y ayuda de las personas mayores y sus cuidadores familiares. Por ello, a la hora de valorar los problemas que comportan estas situaciones y plantear posibles soluciones es importante que se escuchen las propuestas que las enfermeras realizan al respecto. Una forma de conocer el discurso de los profesionales es analizar las declaraciones y planteamientos de diferentes organismos representativos de la profesión».

Escuredo-Rodríguez B. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. Index Enferm [Internet]. 2006 [Consultado 7 Mar 2017]; 15(52-53): 45-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100010&lng=es.

13. a.

El apoyo al o a los cuidadores principales.

El apoyo al o a los cuidadores principales es el instrumento más eficaz para prevenir las situaciones de maltrato al mayor, así como para actuar cuando ya se ha producido. Según la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, el maltrato de la persona mayor se relaciona de manera principal con la falta de ayudas, apoyo y descanso del cuidador.

La prevención del maltrato de las personas mayores, en un mundo que envejece, nos concierne a todos. A esta problemática social actual no debemos darle la espalda, y enfermería, dentro del equipo multidisciplinar, debe actuar

para garantizar que no ocurran los hechos. De ahí la necesidad de plantear protocolos adecuados.

Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Fundación de la Comunitat Valenciana para el estudio de la violencia (Centro Reina Sofía). 2008; 208: 42-7.

Martín Rendón MC, Chanca Franco C, Moreno Ortega JA. Maltrato en el anciano: protocolo sanitario. Rev. Paraninfo Digital 2015; Año IX (22). [Consultado 10 Oct 2016] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/069.php>

14. b.

Persona mayor frágil.

La persona mayor frágil o de alto riesgo presenta patologías que tienden a la incapacidad, con deterioro funcional o mental, con problemas sociales (pobreza, soledad, incomunicación) o factores demográficos. Además, suelen ser mayores de 80 años.

La fragilidad física constituye «un síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas, que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional o su muerte». Existen diferentes procesos fisiopatológicos multisistémicos involucrados en la patogénesis del síndrome de fragilidad, siendo uno de los más importantes la pérdida de masa muscular asociada al envejecimiento o sarcopenia. Diversos estudios indican que la fragilidad física se incrementa con la edad. El ejercicio físico constituye la mejor forma de intervención en la prevención y tratamiento de la fragilidad. En el adulto mayor con enfermedades crónicas, identificar la fragilidad es muy importante para la toma de decisiones, individualizando el manejo y considerando sus valores y preferencias de cuidado.

Tello Rodríguez T, Varela Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública [online]. 2016; 33(2): 328-34 [Consultado 7 Mar 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200019&lng=es&nrn=iso. ISSN 1726-4634. http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.332.2207.

Villarreal Benítez MD, El camino de la fragilidad a la dependencia. Luchando por la autonomía. Rev. Arch Memoria 2015; 12(2). [Consultado 10 Oct 2016] Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/12/12205.php>

15. c.

Más difícil y laboriosa que en un paciente adulto.

La Valoración Geriátrica Integral incluye: una evaluación clínica, una evaluación funcional, una evaluación mental y una evaluación social. Las últimas tendencias tratan de incluir también una evaluación de la calidad de vida como área independiente. Existen factores que hacen que la recogida de datos en la persona mayor sea más difícil y labo-

riosa que en la de los adultos, ya que, por regla general, se pueden sentir incómodos y asustados en la entrevista.

Gómez Pavón J. *El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud*. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. 2006. [Consultado 7 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dt022.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883451039&ssbinary=true>

16. c.

Solicitar el consentimiento de la persona mayor para realizar preguntas y exploraciones.

El entrevistador adoptará una serie de actitudes para facilitar la comunicación con el paciente y tener éxito en la recogida de datos: pedirá el consentimiento del anciano para realizar determinadas preguntas y exploraciones; mostrará siempre una actitud respetuosa y amistosa, evitando interrogatorios exhaustivos y prolongados; hablará en términos claros para el paciente y en un buen tono de voz; evitará que la entrevista se haga pesada y larga, siendo preferibles dos o más sesiones cortas; hará preguntas sencillas y esperará la respuesta antes de proceder a la siguiente pregunta; dará total libertad al anciano para que refiera sus problemas, y no permitirá que los familiares o sus acompañantes lo interrumpan, siendo necesario en muchas ocasiones realizar las entrevistas separadamente; se asegurará de que el paciente, si utiliza gafas o audífonos, los lleve puestos; tendrá que dejar tiempo al paciente para que responda, especialmente si presenta lentitud psicomotora. Los datos obtenidos de un paciente con deterioro cognitivo se contrastarán con el cuidador principal, siendo la presencia de este último imprescindible en la entrevista.

Gómez Pavón J. *El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud*. Madrid: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. 2006. [Consultado 7 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dt022.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883451039&ssbinary=true>

17. d.

Deben participar con toda la familia de las decisiones.

Los occidentales tienen la percepción de que las personas mayores son incapaces de hacer frente a la muerte y de que se las tiene que proteger de la información y de las emociones que acontecen en su alrededor. Esto, habitualmente, conduce a que se sientan abatidas y carezcan del apoyo de los miembros de la familia.

La acumulación de pérdidas que sufren con el paso del tiempo, tanto de amigos como de hermanos e incluso hijos, y la reflexión sobre la muerte propia, que se hace más cercana a medida que la persona cumple años, son aspectos

que suponen un aprendizaje y experiencia vital que capacitan al mayor para afrontar con mayor tranquilidad el último periodo de su vida.

Es por ello que el hecho de permitirles decidir sobre el futuro es fundamental. Primero para que no se sientan acabados como individuos, pues eso significaría para ellos una muerte social, ya que entre las manifestaciones de la muerte no solo está la desaparición física del círculo familiar, sino también no tener ningún tipo de influencia en él y estar condenados al ostracismo. Segundo, para que el duelo se realice en compañía.

Tizón García JL. *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Paidós Ibérica. 3.ª reimpresión. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer; 2009. [Consultado 1 Oct 2016]. Disponible en: http://books.google.es/books?id=jrPFKEtoZQC&pg=PA757&dq=historia+and+del+and+duelo&hl=es&sa=X&ei=v8OCT_q5FanE4gT_mbDSBw&ved=0CC8Q6AEwADgK#v=onepage&q=historia%20and%20del%20and%20duelo&f=false

18. c.

Familiar lejano de la víctima.

El hijo, hija o pareja de la víctima, es decir, la familia más cercana, es más propensa que la familia lejana a caer en el maltrato a la persona mayor. Otros factores son el trastorno mental, la escasa preparación para cuidar y no comprender la enfermedad, el consumo de alcohol o drogas, presentar conflictividad con la persona mayor o llevar como cuidador más de nueve años.

Vargas Fernández D. *Manual intervención psicosocial ante los malos tratos a personas mayores: formación para el empleo*. Madrid: Editorial CEP; 2011.

19. b.

Formar a los profesionales especialmente en el uso de guías de buenas prácticas, en un abordaje ético, en cómo implementar sistemas de calidad y control que incluyan indicadores de buen trato.

Existen muchas actuaciones para evitar el maltrato, aunque la realidad es que suelen parecer invisibles si los profesionales no están formados y sensibilizados al respecto, además de contar con herramientas que prevengan y eliminen las situaciones conocidas como de riesgo.

Goikoetxea Iturregui M. *Ética y buen trato a las personas mayores*. Sociedad y Utopía. *Revista de Ciencias Sociales*. 2013; (41): 424-48 [Consultado 1 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eticabuentratogoikoetxea.pdf>

Villarreal Benítez MD. *El camino de la fragilidad a la dependencia. Luchando por la autonomía*. *Rev. Arch Memoria*. 2015; 12(2). [Consultado 10 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/12/12205.php>

20. c.

Hacer actuaciones o tomar decisiones cuando pensamos que son por su bien.

El principio de autonomía reclama respeto a la autodeterminación de las personas con las que entramos en relación.

El respeto a la autonomía, requisito indispensable del buen trato, requiere respetar la privacidad, intimidad y la confidencialidad y evitar todo aquello que limite estos derechos. Además, es indispensable la información adecuada para la toma de decisiones en libertad, teniendo en cuenta que, en ocasiones, se precisa el uso de recursos para facilitarla.

Goikoetxea Iturregui M. *Ética y buen trato a las personas mayores. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales.* 2013; (41): 424-48 [Consultado 1 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eticabuentratogoikoetxea.pdf>

Villarreal Benítez MD. *El camino de la fragilidad a la dependencia. Luchando por la autonomía. Rev. Arch Memoria.* 2015; 12(2). [Consultado 10 Sep 2016] Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/12/12205.php>

21. e. Visitas abundantes.

Las visitas escasas a un adulto mayor residente de una institución genera un aislamiento social y una falta de supervisión externa de la situación psicoemocional y física de la persona, lo que favorece acciones de maltrato.

López García de Madinabeitia AP. *Maltrato en el ámbito institucional. Rev Mult Gerontol.* 2003; 13(2): 102-13.

22. c. Cambios de apetito.

Se denomina «abuso psicológico» a todo acto que pueda disminuir su dignidad y estima personal además de generar angustia. Puede tratarse de abuso verbal: juramentos, insultos, uso de apodos, tuteo, comentarios racistas o sexistas, gritos, amenazas, humillación, menosprecio, gastar bromas, crear ansiedad, etiquetar como «difícil», etc.

El abuso psicológico genera cambios de apetito.

López García de Madinabeitia AP. *Maltrato en el ámbito institucional. Rev Mult Gerontol.* 2003; 13(2): 102-13.

23. b. Despersonalización.

La despersonalización es proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden necesidades particulares de cada usuario. Infantilización es tratar al anciano como a un niño irresponsable del que uno no se puede fiar. Deshumanización consiste en, además de ignorar al anciano, despojarlo de su intimidad y negarle la posibilidad de asumir decisiones sobre su vida. Victimización implica ataques a la integridad física y moral mediante amenazas, intimidación, insultos, chantaje, robo o castigos corporales. Sumisión es la acción de someterse, sin cuestionarlos, a la autoridad o la voluntad de otra persona o a lo que las circunstancias imponen.

Kayser-Jones J. *Old, alone and neglected: case of the aged in Scotland and the United States.* London: University of California Press; 1990.

