

Aportación española a los avances internacionales en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores

Gema Pérez-Rojo^a, María Teresa Sancho Castiello^b y María Teresa Aranda Jaquotot^c

^aCoordinación del informe y del proceso de validación en España. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

^bCoordinadora general. Observatorio de Personas Mayores. España.

^cEstudio cualitativo de validación. España.

En este trabajo se describen los resultados de la aplicación en España del proyecto «Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo la negligencia: capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial», proyecto en el que la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) han colaborado con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Universidad de Ginebra.

Palabras clave

Maltrato. Negligencia. Personas mayores. Atención primaria.

Spanish contribution to international advances in the linguistic and cultural adaptation of a screening tool for elder abuse

The present article describes the results of the application of the project «A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem World-Wide» in Spain. This project is a collaboration between the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology and the Institute of the Elderly and Social Services with the World Health Organization and the University of Geneva.

Key words

Abuse. Negligence. Elders. Primary health care.

La celebración de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid 2002) y la aprobación de su correspondiente Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (MIPAA) han supuesto un punto de inflexión en el proceso de visibilidad, investigación e intervención ante las situaciones de malos tratos hacia las personas mayores. Los objetivos de este plan incluyen la eliminación de cualquier forma de negligencia, maltrato o violencia hacia las personas mayores, así como la creación de servicios de apoyo que aborden este problema, resaltando la trascendencia de la formación a profesionales que trabajan con personas mayores. Como consecuencia de la difusión de los resultados del estudio «Voces ausentes. Visión de las personas mayores sobre el maltrato al anciano» (Organización Mundial de la Salud [OMS], International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002), en el que participaron personas mayores y profesionales de atención primaria de 8 países diferentes, España abrió una sólida línea de investigación en el año 2003, fruto de un convenio de colaboración entre el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG).

Durante ese tiempo se han realizado diferentes estudios relevantes con respecto al tema del maltrato y la negligencia hacia las personas mayores. En primer lugar, se llevó a cabo una investigación cualitativa, siguiendo las mismas directrices que en el citado estudio. El objetivo era analizar la percepción, las actitudes y las creencias de las personas mayores y de los profesionales con respecto al maltrato hacia las personas mayores (IMSERSO, 2004; Sánchez del Corral, García-Armesto, Pajares, Otero y Ruipérez, 2004; Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2004). En segundo lugar, tras conocer los resultados de este estudio, se puso en marcha otro trabajo con el fin de construir un instrumento que permitiera a los profesionales de atención primaria detectar situaciones de negligencia o abandono hacia las personas mayores que viven en la comunidad sin poder salir de sus domicilios, por parte de personas perte-

Correspondencia: Dra. G. Pérez-Rojo.
Departamento de Psicología Biológica y de la Salud.
Ctra. Colmenar Viejo, km 15. 28049 Madrid. España.
Correo electrónico: gema.perez@uam.es

Recibido el 15-10-2007; aceptado el 20-11-2007.

necientes a su entorno más cercano, como familiares y cuidadores. Tras la revisión de literatura científica especializada, el estudio se centró en los casos de abandono y negligencia hacia personas mayores al comprobar que eran los tipos de maltrato que ocurrían con mayor frecuencia.

Paralelamente, desde la OMS, organismo con el que se ha mantenido una relación de colaboración continua en este proceso, España fue invitada a participar en el proceso mundial de validación de un instrumento de detección de riesgo de maltrato a mayores elaborado en Montreal, mediante el proyecto «Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo la negligencia: capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial». Esto suponía la incorporación a una red transnacional coordinada por la OMS y la Universidad de Ginebra. Participar en este proyecto suponía, por un lado, la posibilidad de validar en el ámbito internacional un instrumento de detección de maltrato a mayores, con el fin de homogeneizar los procedimientos de evaluación de maltrato a mayores. Por otro lado, la utilización de la misma metodología permitiría comparar los resultados de la aplicación del instrumento en los distintos países y comprobar si difieren o no en la presencia de los distintos tipos de maltrato, en su prevalencia, etc. Además de la viabilidad de un instrumento dirigido a la detección de diferentes formas de maltrato, incluidos tanto la negligencia como otros tipos de malos tratos, y también la ampliación del estudio a todo el espectro de la población comunitaria, ya que el estudio anteriormente citado hacía referencia a un grupo específico de la población mayor, concretamente a aquellas personas mayores que no podían salir de sus domicilios.

En tercer lugar, siguiendo una de las recomendaciones del mencionado estudio que hace referencia a la importancia de la elaboración de material didáctico dirigido a profesionales con el fin de facilitar el abordaje del problema del maltrato hacia las personas mayores, se elaboró una guía llamada «Malos tratos a personas mayores: guía de actuación» (Barbero et al, 2005). Esta guía está dirigida especialmente a los profesionales de atención primaria, debido a que éstos se encuentran en una posición privilegiada que les permite detectar con mayor facilidad posibles situaciones de maltrato y negligencia hacia las personas mayores. En muchas ocasiones, la consulta de atención primaria es el único contacto que tienen algunas personas mayores fuera de su domicilio. En consecuencia, es esencial que los profesionales de atención primaria sean capaces de reconocer los factores de riesgo y utilizar estrategias y herramientas adecuadas para la detección del maltrato a personas mayores. Sin embargo, muchos profesionales de atención primaria no están todavía familiarizados con las definiciones, epidemiología y estrategias de diagnóstico e intervención relacionadas con el maltrato a personas mayores. Los objetivos de la guía, elaborada desde una perspectiva interdisciplinaria, son, por un lado, aumentar el grado de visibilidad, conciencia, sensibilización y conocimiento sobre el tema entre profesionales sanitarios y socia-

les que trabajan con personas mayores y, por otro, ser una herramienta útil que permita no sólo la prevención y detección de situaciones de malos tratos, sino también la intervención ante casos confirmados. Por ello, parece que esta guía puede resultar también de gran utilidad para otros profesionales que trabajen con personas mayores, así como para aquellas personas interesadas en el tema.

DETECCIÓN DE POSIBLES SITUACIONES DE MALTRATO A PERSONAS MAYORES

Para la detección de posibles situaciones de maltrato y negligencia son necesarias la concienciación y sensibilización respecto al tema, conocer qué es, qué tipos e indicadores existen, qué factores o variables pueden aumentar la probabilidad de su ocurrencia, cómo superar las barreras que pueden dificultar la detección y el uso de instrumentos adecuados que puedan ayudar a esa detección de situación de sospecha de maltrato. Entre los obstáculos que deben superar los profesionales para detectar posibles situaciones de maltratos a personas mayores está la propia falta de concienciación sobre el problema, el insuficiente conocimiento sobre cómo identificar o hacer un seguimiento de un posible caso de maltrato, aspectos éticos, falta de tiempo y el hecho de que el paciente pueda ser reacio a informar. Es, por tanto, crucial no sólo aumentar la concienciación entre los profesionales de atención primaria, sino también ofrecer suficiente formación y estrategias de actuación para permitirles actuar de forma adecuada cuando una persona mayor está en riesgo de ser víctima de maltrato o negligencia. Pero, además, los profesionales deben mantener la confianza necesaria para superar las verdaderas barreras que impiden la detección de posibles situaciones de maltrato, evaluación y actuación en cada caso.

Con el objetivo de detectar maltrato a personas mayores, se han elaborado diversos instrumentos de cribado, pero debido a sus limitaciones (p. ej., estar desarrollados con propósitos de investigación, poca eficacia en ámbitos clínicos, índices de sensibilidad y especificidad no estudiados, extensión excesiva, vocabulario inadecuado) no se han podido validar adecuadamente. La existencia de tantos instrumentos indica la necesidad de un instrumento práctico, fácil, rápido de aplicar, sencillo, fiable, redactado de manera clara y apropiada, que pueda aplicarse en diferentes ámbitos geográficos y culturales. Esto es lo que se pretende en este estudio.

Los instrumentos nos pueden servir, por un lado, para aumentar la sensibilización y concienciación en el tema entre los profesionales que los utilicen y, por tanto, aumentar la visibilidad del problema y, por otro, para detectar la sospecha de casos de maltrato y, finalmente, para conocer la prevalencia de sospecha de maltrato. Sin embargo, las herramientas de cribado no son suficientes por sí solas para la confirmación del maltrato. Nunca la aplicación de un instrumento de cribado nos puede llevar a confirmar un caso

de maltrato. Para su confirmación es necesario realizar una evaluación más pormenorizada que incluya no sólo a la persona mayor, sino también al posible responsable del maltrato y al contexto de la situación. Sólo así se puede llegar a confirmar, en su caso, la existencia de maltrato.

EL ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

El índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores (Elder Abuse Suspicion Index, EASI) es un instrumento desarrollado y validado por un equipo de investigación de la Universidad McGill, St. Mary's Hospital Centre, Centro de Salud y Servicios Sociales de René Cassin y Sir Mortimer B. Davis, Jewish General Hospital de Montreal. El EASI consiste en 6 preguntas breves y directas (5 preguntas para la persona mayor y una para el médico), que se pueden realizar en el transcurso de cualquier encuentro persona mayor-médico en la consulta, que se formulan en un lenguaje cordial por parte del médico y que es fácilmente aplicable a personas mayores (de 65 o más años) sin problemas cognitivos. El EASI no se diseñó necesariamente para detectar casos, sino para indagar sobre la sospecha de existencia de maltrato a personas mayores, con el objetivo de poder derivar el caso a expertos comunitarios en maltrato a personas mayores, como los trabajadores sociales. Un segundo propósito fue ayudar a los médicos de atención primaria a familiarizarse con el maltrato a personas mayores mediante el empleo continuado de un sencillo conjunto de preguntas sobre este tema. Aunque el EASI no puede garantizar la detección de abuso o maltrato a personas mayores, su sola aplicación es indicativa de la conciencia del médico sobre el problema.

El estilo de las preguntas del EASI y su aplicación a través de entrevista personal se encuentran en la línea de las recomendaciones de la literatura científica. La entrevista personal presenta una serie de ventajas, como permitir la observación tanto del aspecto físico de la persona como de sus reacciones a las preguntas, es decir, podemos observar aspectos relacionados con la conducta verbal y no verbal y comprobar si ambas son consistentes.

Comparado con otras herramientas de detección de maltrato a personas mayores, por ejemplo el H-S/EAST (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test) [1] (15 ítems originalmente), el EASI consta de menos preguntas y requiere menos tiempo de realización (2 min de media). Además, en cuanto a su aplicabilidad, en un estudio realizado en Montreal, en el que participaron 104 médicos, con el objetivo de valorar la dificultad de las preguntas para aplicarlas a personas mayores y la importancia de éstas para el abordaje de la sospecha de maltrato, se encontró que el 95,8% de los médicos valoró

las preguntas como «muy fáciles» a «algo fáciles», y el 70,5% consideró que las preguntas eran muy útiles para el abordaje del maltrato a personas mayores [2].

En el estudio original de validación del EASI se compararon sus resultados con los del Formulario de Evaluación de Trabajo Social (Social Work Evaluation Form, SWEF) [3] que aplicaban los propios trabajadores sociales. Es un cuestionario más amplio utilizado para validar el EASI. Este formulario consiste en una valoración estandarizada para evaluar en profundidad el riesgo de padecer maltrato. La pregunta 59 de este formulario era la pregunta «patrón de oro diagnóstico», utilizada para comparar y validar los resultados del EASI. Durante las 3 semanas siguientes a la realización del EASI por parte de los médicos, los trabajadores sociales que participaron en el estudio aplicaron el formulario de evaluación de trabajo social a las personas mayores. La entrevista se realizó en el domicilio de la persona mayor o en un lugar considerado como seguro para hablar, acordado por ambas partes. La correlación entre el EASI y el SWEF alcanzó un índice de sensibilidad de 0,47 y un índice de especificidad de 0,77 [4,5].

Los hallazgos de este estudio proporcionan un excelente trabajo preliminar sobre el que se podrán realizar futuras investigaciones y comprobar si la aplicación del cuestionario en otros contextos lingüísticos y culturales ofrece los mismos resultados o no.

En un primer momento, se pensó en pilotar directamente el instrumento desarrollado en Montreal en el resto de los países participantes, pero tras consultar con un grupo de expertos se optó por realizar, en primer lugar, un análisis cualitativo con el objetivo de analizar la adecuación lingüística y cultural del instrumento en cada país. Para la realización de este análisis cualitativo en España se utilizó la técnica cualitativa de grupos focales, con diferentes objetivos:

1. Con el objetivo de conocer la apreciación, la valoración y las sugerencias sobre el EASI, se desarrollaron grupos focales con personas mayores (3 grupos: uno configurado exclusivamente por varones, otro exclusivamente por mujeres y otro mixto, en Badajoz, en Ávila y en Madrid, respectivamente), y con médicos de atención primaria (4 grupos: Madrid, Málaga, Badajoz y Vilanova i la Geltrú). En el caso concreto de los médicos de atención primaria, éstos participaban en la dinámica de grupo tras la aplicación del instrumento EASI a 15-20 pacientes de 65 o

[1] Véase, por ejemplo, http://www.elderabusecenter.org/print_page.cfm?p=riskassessment.cfm

[2] Véase Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion index (EASI). *Journal of Elder Abuse* [en prensa].

[3] Este formulario también fue desarrollado por el instituto René Cassin. [4] Véase [2].

[5] El índice de sensibilidad indica la proporción de personas con el trastorno diana que obtienen un resultado positivo en la prueba. Se emplea para ayudar a valorar y seleccionar un/a test/señal/síntoma diagnóstico. El índice de especificidad es su equivalente para las pruebas negativas e indica la proporción de personas sin el trastorno diana que obtienen un resultado negativo en la prueba.

más años sin deterioro cognitivo. El propósito de los debates de los grupos focales fue buscar la opinión de los participantes sobre cada una de las siguientes cinco preguntas, relacionadas con la validez y adecuación del instrumento:

- ¿Hasta qué punto cree que es importante esta cuestión para detectar el maltrato hacia las personas mayores?
- ¿Qué le parece la formulación de la pregunta? ¿Hay alguna palabra que cause problemas? ¿Por cuáles podrían reemplazarse?
- ¿Hay redundancia en la pregunta?
- ¿Cree que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta puede resultar demasiado complicado o causar dificultades de algún tipo?
- ¿Es muy larga la formulación? ¿Cómo podría expresarse de otra manera?

2. Con el objetivo de conocer las percepciones y los puntos de vista acerca de la aplicabilidad del Formulario de Evaluación de Trabajo Social (Social Work Evaluation Form) dentro de la realidad de nuestro país, se desarrolló un taller en el que participaron trabajadores sociales. Este formulario se aplica mediante una entrevista personal en profundidad realizada por el trabajador social en el domicilio de la persona mayor o en otro lugar que se considere conveniente para su aplicación; su objetivo es ofrecer ayuda y orientación al trabajador social mediante preguntas sobre maltrato físico, psicológico, negligencia pasiva y activa y explotación económica.

3. Con el objetivo de conocer las percepciones y los puntos de vista acerca de la aplicabilidad en España los contenidos de un breve capítulo sobre recomendaciones ante situaciones de abuso y negligencia, que forma parte de un manual de educación gerontológica para el personal de atención primaria de salud, denominado «Aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores» y elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001), se desarrolló un taller con médicos de atención primaria y trabajadores sociales; todos ellos habían participado en alguno de los grupos focales realizados en las dos fases anteriores.

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES REALIZADOS CON PERSONAS MAYORES Y CON MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA VALORAR EL ÍNDICE DE SOSPECHA DE MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

Antes de comenzar con el análisis de los resultados obtenidos en estos grupos de discusión, es importante tener en cuenta algunas dificultades surgidas al realizar el grupo focal con las personas mayores, que pueden influir en los resultados obtenidos. Por un lado, a pesar de que todas las personas mayores que participaron en el estudio no presentaban ningún tipo de deterioro cognitivo, resultó muy costoso que consiguieran abstraerse y entendieran bien el

mecanismo del grupo focal. Con carácter general, la capacidad para analizar las preguntas desde un plano impersonal es muy complicada en las personas mayores, cuya tendencia, en este tema como en otros, a personalizar y relatar sus experiencias es especialmente intensa, lo que en el caso concreto de estas dinámicas de grupo generó dificultades para expresar respuestas genéricas. Por otro lado, se observó que les costaba mucho centrar sus respuestas en el ámbito temporal de los acontecimientos y vivencias ocurridas en los últimos 12 meses, por lo que eran habituales las referencias a experiencias acontecidas a lo largo de su vida.

También es importante tener en cuenta algunas observaciones realizadas por los médicos de atención primaria durante el debate surgido en las dinámicas de grupo. En primer lugar, se valoró de forma muy positiva la posibilidad de disponer de una herramienta que permitiera detectar la sospecha de maltrato hacia las personas mayores, debido a la inexistencia de conocimiento y concienciación respecto al tema. Con respecto a la acogida que detectaron en las personas mayores al hecho de que este formulario abordase aspectos íntimos y personales, que no siempre son objeto de la relación de confianza que se establece entre médico y paciente, los médicos detectaron una actitud positiva entre las personas mayores y un nulo rechazo.

En segundo lugar, se detectaron problemas respecto al lugar de aplicación del formulario, ya que la consulta de atención primaria no reúne las condiciones de tranquilidad y tiempo que esta aplicación requiere, debido a la saturación de las consultas y la consiguiente falta de tiempo, y a la habitual presencia de familiares/acompañantes que restan intimidad y confidencialidad para emitir respuestas veraces acordes con la realidad de las vivencias. Finalmente, los médicos manifestaron su acuerdo sobre la dificultad de aplicar este instrumento a personas mayores con un grado de dependencia elevado que no pueden acudir a consulta, con la contradicción de que es precisamente la dependencia un factor de riesgo relevante para el maltrato.

En tercer lugar, estos profesionales manifestaron la necesidad de que el cuestionario se acompañara de una guía/manual que explicara adecuadamente el objetivo del instrumento e incluyera una breve explicación sobre cada una de las preguntas reflejando su intencionalidad, evitando así malas interpretaciones. En diversas ocasiones durante el desarrollo de los grupos focales se observó la dificultad de los médicos para centrarse en el hecho de que el objetivo del cuestionario «es obtener un nivel suficiente de sospecha sobre maltrato hacia las personas mayores» y no otro.

En cuarto lugar, no hubo un acuerdo total en cuanto al grado de concreción del cuestionario, ya que mientras algunos de los profesionales consideraron necesario concretar más el ámbito de referencia (familiares, vecinos, desconocidos, etc.), otros, sin embargo, manifestaron que ese mismo grado de inconcreción presente en el cuestionario es precisamente lo que permite abarcar un mayor abanico de situaciones y posibilidades de sospecha de maltrato hacia las personas mayores.

A continuación se realiza el análisis de los resultados concretos obtenidos en las dinámicas de grupo con respecto a las 5 preguntas del instrumento EASI.

Tanto los médicos de atención primaria como las personas mayores consideraron de importancia todas las preguntas que componen el EASI, aunque no necesariamente en el mismo orden de importancia. Mientras que para las personas mayores la pregunta más importante fue la segunda (véase anexo), que hace referencia a la sospecha de negligencia física y psicológica porque se consideró que es una situación muy habitual y frecuente, en el caso de los médicos éstos consideraron más importante la quinta pregunta, referida a la sospecha de maltrato físico y sexual.

Ambos colectivos no percibieron problemas importantes de comprensión en las preguntas, aunque surgieron algunas sugerencias para cambiar la formulación, mediante la sustitución de algunas palabras por otras consideradas más adecuadas.

Tanto las personas mayores como los médicos de atención primaria coincidieron en que la pregunta que mejor se comprende es la cuarta, referida a la sospecha de abuso económico, probablemente debido a la frecuencia con la que se produce este tipo de maltrato hacia las personas mayores.

Los médicos consideraron la tercera pregunta, referida a la sospecha de maltrato psicológico, redundante. Además, coincidieron en la apreciación de que el hecho de incluir varias cuestiones dentro de la misma pregunta, tal y como ocurre en algunas de ellas, podría hacer que resultaran demasiado complicadas, como por ejemplo la primera pregunta, cuyo objetivo es indagar el grado de dependencia de la persona mayor en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, y la quinta. Las personas mayores consideraron también la tercera pregunta en la categoría de las que incluyen varias cuestiones y causan dificultades de comprensión. Por su parte, los médicos de atención primaria manifestaron que también la segunda pregunta podía ocasionar problemas.

Donde no hubo acuerdo intergrupar ni intragrupal fue respecto a la dimensión de la formulación de las preguntas, ya que mientras que algunos consideraron que las preguntas eran largas, otros apreciaron una longitud adecuada de éstas; concretamente, los médicos apostaron por una dimensión corta y concreción, como cualidades que facilitan tanto la comprensión como la fluidez en las respuestas.

RESULTADOS DE LOS TALLERES REALIZADOS CON TRABAJADORES SOCIALES Y MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE TRABAJO SOCIAL Y EL MANUAL DE LA OPS

La primera parte de ambos talleres fue común. Entre los resultados más relevantes de esta primera parte destacan los siguientes.

Por un lado, ambos grupos de profesionales consideraban el maltrato hacia las personas mayores como un problema sociosanitario muy importante, que debía abordarse de manera inmediata debido, entre otros motivos, a la existencia de muchos más casos de los que habitualmente se detectan.

Por otro lado, de acuerdo con los comentarios de los participantes, el tema del maltrato hacia las personas mayores no sólo no es de interés para las instituciones en las que trabajan, como refleja el hecho de que no existan protocolos o herramientas específicas, ni pautas de sospecha e intervención, etc., sino que tampoco es prioritario para muchos profesionales de atención primaria, y de ahí el escaso interés que suscitan los cursos, jornadas y debates que se organizan sobre el tema. Los temas prioritarios de las instituciones se estructuran según la «cartera de servicios», dentro de la cual no consta el tema del maltrato hacia las personas mayores. Según sus manifestaciones, son los propios profesionales los que abordan el tema, motivados porque se encuentren con casos en su práctica profesional o debido a que están concienciados y sensibilizados respecto al tema.

Los trabajadores sociales manifestaron recibir apoyo de su institución para abordar el maltrato sólo ante una evidencia clara y objetiva de esa situación, y no ante casos de sospecha. Este apoyo descrito consistía simplemente en transmitir la información que otros profesionales de atención primaria poseían sobre la persona mayor. Asimismo, destacaron la presencia de otras dificultades presentes en sus centros de trabajo, como por ejemplo el acceso a los recursos, las características laborales (horarios y frecuencia de su presencia en los centros) y la falta de apoyo institucional cuando los profesionales organizan comisiones sociosanitarias interprofesionales para tratar temas relacionados con personas mayores.

Los trabajadores sociales señalaron también sus carencias en información y formación específica sobre el tema para abordar con profesionalidad el maltrato hacia las personas mayores. En los casos en los que ha existido la posibilidad de optar a esta formación a través de cursos impartidos, por ejemplo por sociedades científicas de las que forman parte los médicos de atención primaria, estos cursos han pasado prácticamente inadvertidos, bien por falta de comunicación entre profesionales, bien por falta de concienciación y sensibilización respecto al tema.

Estos profesionales matizaron que si bien no es habitual la presencia de situaciones de maltrato hacia las personas mayores, sí lo es la sospecha de su presencia en algunos casos, o incluso la confirmación en otros. Ante este estado de situación, lo que les preocupaba principalmente era que carecían de protocolos que les permitieran realizar una intervención homogénea y la carencia de protocolos de intervención ante situaciones de negligencia y de maltrato que no llegan al extremo de maltrato.

El reconocimiento de la carencia de recursos necesarios para abordar el problema es la causa de la sensación de

frustración por no poder dar solución a situaciones de maltrato que se sospechan o detectan durante su práctica profesional; en el caso concreto de los trabajadores sociales, manifestaron aplicar modelos creados para otros tipos de maltrato (infantil y género), ante la carencia de modelos específicos, con la consiguiente carencia metodológica para afrontar el tema de manera específica y adecuada. Como consecuencia de estas insuficiencias, a la hora de evaluar el maltrato hacia las personas mayores pondría en marcha el mismo procedimiento que utilizan habitualmente con otros grupos de población.

Los trabajadores sociales señalaron que en el ámbito municipal existen protocolos como el denominado «valoración del mayor» o «anciano frágil», cuyos destinatarios son personas de 75 o más años que vivían solas, pero ninguno de estos protocolos es específico para la intervención y el seguimiento de situaciones de maltrato. Habitualmente, el trabajador social desarrolla valoraciones integrales pero sin aplicar ningún instrumento específico.

Además, los médicos de atención primaria señalaron otros aspectos que dificultan la detección, prevención e intervención ante casos de maltrato. El primero de ellos fue la inexistencia de una definición consensuada sobre el maltrato y su terminología: «maltrato» o «maltrato». El primer término está más cerca de la posible intervención por parte de atención primaria, mientras que «maltrato» está más ligado al ámbito judicial. Otro de los aspectos fue cómo encontrar con claridad el mejor punto para comenzar a abordar el tema del maltrato hacia las personas, señalando la importancia del papel que el cuidador desempeña en esta situación y qué actuaciones se deben llevar a cabo con él (p. ej., a través del apoyo). Finalmente, declararon que la fase más complicada para el abordaje del maltrato es la intervención ante la sospecha, destacando que en este punto es necesario tener mucho cuidado con las actuaciones que se ponían en marcha, ya que es necesario evitar que desemboquen en consecuencias negativas para la persona mayor, ya que se trata de sospecha y no de confirmación de maltrato.

Los trabajadores sociales y los médicos manifestaron opiniones significativamente distintas respecto al tema de la evaluación del maltrato. Por un lado, los primeros consideraron que realizarían una evaluación basándose en sus conocimientos e intervenciones en casos de maltrato infantil y de género, haciendo referencia a casos extremos de maltrato y siguiendo un proceso similar, basarían la evaluación en la valoración de los aspectos emocionales en el cuidador, analizarían el propio domicilio con el objetivo de contrastar información y, en caso de encontrar sospecha de maltrato o de confirmar la presencia de una situación de maltrato, lo derivarían por vía judicial. Los médicos, por otro lado, se situaron más cerca del concepto de «maltrato», es decir, situaciones que no son extremas, donde lo más importante para solventarlas es la sospecha y la prevención, poniendo el énfasis en la importancia de la concienciación y sensibilización, y en actuar antes de

que la situación sea más grave para evitar, en la medida de lo posible, la utilización de la vía judicial.

Para los trabajadores sociales, la posición de este tipo de profesionales, al igual que la de otros miembros del equipo de atención primaria, resulta privilegiada porque les permite tener la posibilidad de detectar sospecha de maltrato.

Se observaron también diferencias significativas en el discurso de los trabajadores sociales y los médicos al preguntarles sobre la existencia o no de algún protocolo o estrategia de intervención o seguimiento para detectar casos de maltrato. Los trabajadores sociales afirmaron no disponer de protocolos específicos, pero sí de estrategias para actuar en estas situaciones. Estas estrategias son propias de cada una de ellas y no están coordinadas con otros profesionales. Además, según los médicos no sólo no se poseen protocolos específicos sino tampoco estrategias adecuadas para abordar el tema, puesto que el desarrollo de estas estrategias implica tener información, conocimientos y experiencia profesional en el tema y esto es justamente lo que no existe.

En un aspecto en el que hubo coincidencia es en afirmar, por un lado, que el trabajo interdisciplinario es escaso y, por otro lado, que existe una falta de circulación de la comunicación entre profesionales de diferentes disciplinas. Es necesario, según los participantes, por tanto, que se establezca un trabajo interdisciplinario coordinado y sistemático con el objetivo de potenciar la detección y prevención de las situaciones de maltrato en el contexto de la atención primaria, cuestiones sobre las que se trabaja poco, centrándose sobre todo en la intervención en casos extremos.

Cuando se preguntó a los participantes si disponían en su lugar de trabajo de alguna guía o manual sobre maltrato hacia las personas mayores, los trabajadores sociales declararon no disponer de ningún material concreto relacionado con este tema. Sin embargo, los médicos sí conocen la guía «Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación» (Barbero et al, 2005), editada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), en la que han colaborado profesionales de múltiples disciplinas.

Respecto a la valoración específica realizada del formulario de evaluación de trabajo social por el grupo de trabajadores sociales, ésta se desarrolla en los aspectos de tiempo para su aplicación, lenguaje utilizado, estructura, estilo y ámbito de aplicación.

Con respecto al tiempo que conllevaba la aplicación del formulario, coincidieron en que era excesivamente largo (67 min) y exhaustivo para aplicarlo en atención primaria. Se consideró más adecuada su aplicación sólo para indagar y profundizar en casos reales de maltrato.

Sobre el lenguaje utilizado en el formulario, consideraron que su formulación podría conducir a algunos problemas. Por ejemplo, señalan que la traducción del formulario es, en algunos momentos, excesivamente literal y contiene palabras o expresiones que en castellano signifi-

can algo diferente o muy diferente del significado en el idioma original (inglés). Esto ocurre, por ejemplo, en el caso de la palabra *sponsorship*, traducida al castellano como «patrocinio» cuando, en este caso, la palabra adecuada al contexto, según su opinión, sería «institución». Se añadía, además, que algunas palabras pueden influir en el tono en que se formulan las preguntas, como por ejemplo el caso de «desgracia».

Los participantes realizaron también críticas relativas a la estructura del formulario. Hicieron hincapié, por ejemplo, en las cuestiones relacionadas con la vivienda, señalando que existe una mezcla de preguntas sobre tipo y características de la vivienda que crean cierta confusión. Otro ejemplo es la pregunta relativa a la situación ocupacional de la persona mayor que, desde el punto de vista formal, no tendría cabida ya que, salvo algunas excepciones, a partir de los 65 años la jubilación en España es obligatoria y no se puede trabajar formalmente.

Por otro lado, consideraron que el hecho de preguntar a la persona mayor por cuestiones muy personales, que pueden desvelar situaciones problemáticas, podría conducir a expectativas irreales. Es decir, podría dar pie a pensar que, al incidir sobre aspectos personales, los trabajadores sociales iban a poder ayudarles a solucionar determinados problemas sobre los que, en muchas ocasiones, estos profesionales no tienen competencia ni medios para intervenir.

En lo que respecta al estilo en el que está redactado el formulario, concluyeron que éste tiene un estilo excesivamente directo y negativo que podría resultar adecuado en otros países pero no en España, donde tradicionalmente la estructura de los cuestionarios es mucho más indirecta y resulta además negativo que se utilicen términos negativos, valga la redundancia, en algunas de las preguntas como, por ejemplo, «¿Tiene problemas con sus hijos?», «¿Sus hijos tienen problemas de salud?», porque podrían influir de forma no positiva en la obtención de información válida y fiable, ya que las personas mayores tienden a ensalzar los aspectos positivos de sus hijos y a no reconocer los negativos.

Consideraron que el ámbito de aplicación más adecuado para este instrumento depende de diversos factores como, por ejemplo, dónde se siente más cómoda la persona mayor o menos presionada por el contexto.

Echaron de menos la presencia de dos temas de gran importancia. Uno de ellos es las redes informales (vecinos y amigos), importantes especialmente en el caso de personas mayores sin familia cercana. El otro tema es la relación anterior y actual entre la persona mayor y su familia, específicamente con sus hijos, a lo que no se hacía referencia alguna.

No obstante, e independientemente de las críticas que emitieron respecto al formulario, se consideró una herramienta válida y útil por dos razones principalmente. En primer lugar, no se dispone de instrumentos específicos y comunes para atención primaria relacionados con el maltrato a personas mayores. Y, en segundo lugar, les otorga

un protagonismo que parece no tener ahora en atención primaria con respecto al proceso de sospecha, detección y análisis de las situaciones de maltrato a personas mayores.

Como conclusión del taller realizado con los trabajadores sociales, éstos señalaron la existencia de comisiones sociosanitarias que cumplen una misión de orientación profesional pero que no son específicas del maltrato a personas mayores, sino genéricas, sobre todo lo relacionado con este grupo de población. Entre las necesidades existentes para una futura respuesta al maltrato hacia las personas mayores en su institución, destacaron lo siguiente. En primer lugar, mayor formación a los profesionales en el ámbito del maltrato a las personas mayores. En segundo lugar, mayor protección institucional a las personas mayores desde el ámbito judicial hasta el sociosanitario, implementando recursos. En tercer lugar, mayor apoyo y respaldo institucional en el propio centro de trabajo a quienes trabajan con personas mayores. En cuarto lugar, mayor presencia de los trabajadores sociales en el trabajo de prevención, detección e intervención de maltrato a personas mayores. En quinto lugar, mayor consenso y coordinación en las instituciones sanitarias, en concreto en los centros de salud, en el trabajo de prevención e intervención mediante protocolos ahora inexistentes. Y, finalmente, mayor comunicación y coordinación interinstitucional, que favorezca la rapidez y la eficacia en la intervención, fundamentalmente ante casos de urgencias sociales; la creación de «mesas del mayor», del mismo modo que las hay constituidas sobre «el menor», por ejemplo, en las que las distintas instituciones, educativas, de salud, de servicios sociales, etc., puedan intercambiar casos y experiencias, y se ofrezcan soluciones rápidas a situaciones de emergencia social y el desarrollo de competencias y medios reales para actuar en casos urgentes.

Finalmente, entre las razones que ofrecieron los trabajadores sociales para no utilizar el cuestionario, destacan su excesiva minuciosidad y longitud, la presencia de términos lingüísticos no adecuados y la falta de familiarización y conocimiento de la estructura del formulario. La principal razón que alegaron para su utilización fue que era el primer cuestionario que tenían en su mano para abordar el maltrato hacia las personas mayores.

Con respecto al «Manual de la OPS», los médicos y trabajadores sociales, en general, lo posicionaron como excesivamente esquemático y breve. Vertieron una serie de juicios críticos con respecto a la metodología seguida para su elaboración, pues resulta a modo de una síntesis de pautas, expresadas en forma muy esquemática, con escaso desarrollo de explicaciones, tanto conceptuales como de los objetivos que estaban detrás de éstas. Según su criterio, un manual de este tipo requiere una metodología más pedagógica, puesto que lo que pretende es informar, mentalizar y formar a equipos de atención primaria, de lugares muy diferentes, con medios humanos y materiales muy distintos. Es probable que llegar a un equilibrio entre un desarrollo conceptual suficiente y explicativo, y que la herramienta sea de utilidad real para el objetivo de ser

efectivamente práctica y utilizada en un amplísimo abanico de países no sea tarea fácil. En esta línea de reflexión, opinaron que si la pretensión es que los profesionales sean capaces de manejar un problema como el maltrato hacia las personas mayores, debe ofrecerse una cantidad de información básica suficiente (definiciones, explicaciones) que permita a los profesionales tener una base sólida para abordar el tema.

Al analizar la comprensibilidad de este manual realizaron críticas relativas a aspectos formales, tales como el lenguaje utilizado en el que está formulado. En primer lugar, se hizo referencia a la presencia de términos latinoamericanos como «jalar», «monitoreo» y «reporta», que no son utilizados en España y conducen a confusión. En segundo lugar, manifestaron la presencia de términos traducidos literalmente del inglés que podían afectar al significado y al contenido del texto, como, por ejemplo, los términos «perpetrador» y «victimizador»; perpetrar significa cometer, consumir un delito, y victimar significa matar, y victimizador, por tanto, quien mata. Otros ejemplos citados son «corte», que en el manual hace referencia a «Corte de Justicia», término no habitual en España. En síntesis, manifestaron que si lo que se pretende es utilizar el documento en España, sería necesario, con carácter previo, realizar estas y otras modificaciones formales de manera que el mensaje transmitido no fuera tan acusador.

Otros problemas detectados en la formulación del texto hacen referencia, por ejemplo, a la ambigüedad con la que se utilizaban algunos términos, como «negligencia» y «abandono», utilizados indistintamente, y que los médicos consideraron que es necesario tener más información precisa sobre el significado u alcance de ambos conceptos.

Vertieron, asimismo, críticas sobre aspectos referidos a la estructura del manual, por ejemplo, el uso excesivo de cuadros, diagramas y algoritmos le otorga una imagen de «poco manejable». Destacaron, en esta línea crítica, que el lugar en el que sitúa la evaluación, al final del proceso, no es el correcto, sino que la evaluación debe ocupar un lugar al inicio del proceso de sospecha. La estructura del manual es excesivamente sintética y, al mismo tiempo, gráficamente complicada. Aunque aparentemente abordar los temas con gráficos, cuadros, esquemas, etc., tendría que resultar esclarecedor, tanto respecto al contenido del manual como al objetivo para el que está diseñado, no es posible abordarlo con un texto tan esquematizado y, al mismo tiempo, complicado y poco fluido: utilización de algoritmos referenciales, referencias entre cuadros y esquemas, etc.

Consideraron que los aspectos relacionados con la evaluación, el manejo del problema y el plan de intervención no son factibles en el momento en que se desarrollan los grupos focales, puesto que en el ámbito institucional, como se ha comentado anteriormente, no existen protocolos, coordinación interdisciplinaria ni recursos suficientes para abordar el problema.

Los participantes en el grupo percibieron varias faltas en este manual. Por un lado, la poca importancia al papel del

cuidador, sobre el que habría que profundizar mucho más. Por otro lado, que el manual se centre exclusivamente en el maltrato hacia las personas mayores dentro el ámbito familiar, sin mencionar el maltrato institucional. Además, el hecho de que no se aborde cómo enfocar la intervención con personas mayores que mantienen sus capacidades cognitivas intactas cuando existe maltrato, o cuando existe la sospecha de que están sufriendo maltrato pero deciden permanecer en el domicilio.

Los profesionales señalaban como aspecto muy positivo la intención con la que había sido diseñado y el simple hecho de su existencia, ya que evidencia que el maltrato hacia las personas mayores es algo más habitual de lo que se quiere admitir, y que cumple así con su objetivo básico que es el sensibilizar a los profesionales de atención primaria.

Puede obtenerse la información completa sobre este proyecto en la dirección <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/maltrato/proyecto-oms.html>

ACCIONES FUTURAS

Tras los resultados de los diferentes grupos de discusión, se procederá a realizar la adaptación cultural y lingüística del Índice de Sospecha de Maltrato a Personas Mayores (EASI) y el Formulario de Evaluación de Trabajo Social para, posteriormente, aplicar estos cuestionarios en el ámbito de la atención primaria, con el objetivo de conocer la prevalencia de sospecha de diferentes tipos de malos tratos hacia las personas mayores en el ámbito comunitario. Este trabajo se realizará gracias a la concesión, por parte del IMSERSO, de un proyecto I+D+i dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (2004-2007), denominado «Estudio multicéntrico sobre la prevalencia de la sospecha del maltrato hacia las personas mayores en el ámbito familiar. Trátame bien», dirigido por María Izal y en el que participan Gema Pérez Rojo, Ignacio Montorio, Roberto Nuevo, Miguel Ángel Ruiz y médicos de atención primaria pertenecientes a la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y enfermeras.

AGRADECIMIENTOS

A Antonio Yuste Marco, coordinador en España de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Barbero J, Barrio IM, Gutiérrez B, Izal M, Martínez A, Moya A, et al. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2005. Manual teórico-práctico sobre el maltrato a mayores. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>
- IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores. Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004. Disponible en: <http://>

www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-veznegligencia-01.pdf
Organización Mundial de la Salud-INPEA. Voces Ausentes. Visión de las personas mayores sobre el maltrato al anciano. Organización Mundial de la Salud, 2002. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bennet-voces-01.pdf>
Organización Panamericana de la Salud. Aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores. Washington: PAHO; 2001. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/paho-aspectos-01.pdf>

Sánchez del Corral F, García-Armesto S, Pajares G, Otero A, Ruipérez I. Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004;39:72-93. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/bibliografia/articulos/seggimserso-estudio-01.pdf>
Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. Rev Española Geriatr Gerontol. 2004;39:240-54. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/bibliografia/articulos/segg-percepcion-01.pdf>

ANEXO

Índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores

Paciente n.º..... Médico n.º.....

Instrucciones a los pacientes:

Ahora voy a comenzar el estudio de investigación en el que usted ha aceptado tomar parte. (Si hay una persona acompañándole, dígame: Debido a que los investigadores solicitan que esto se realice en privado, ¿podría, por favor, dejarnos a solas durante un momento?). Si la persona acompañante no se marcha, formule las preguntas de todos modos, pero informe de su presencia... A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que han podido ocurrir en los últimos 12 meses. Por favor, intente contestar a cada pregunta solamente con un "sí" o un "no".

1. ¿En alguna ocasión alguna persona le ha proporcionado o facilitado ayuda para alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comprar, ir al banco o comer?

n Sí n No n No contesta
En caso de respuesta afirmativa, ¿hay habitualmente problemas entre usted y esa/s persona/s?
n Sí n No n No contesta

2. ¿Ha impedido alguien que usted obtuviera comida, ropa, medicamentos, gafas, audífono o cuidado médico, o le han impedido estar con la gente con la que quiere estar?

n Sí n No n No contesta
En caso de respuesta afirmativa, ¿se ha producido esta situación en más de una ocasión?
n Sí n No n No contesta

3. ¿Se ha sentido molesto porque alguien le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse avergonzado o amenazado?

n Sí n No n No contesta
En caso de respuesta afirmativa, ¿se ha producido esta situación en más de una ocasión?
n Sí n No n No contesta

4. ¿Ha intentado alguien obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?

n Sí n No n No contesta
En caso de respuesta afirmativa, ¿se ha producido esta situación en más de una ocasión?
n Sí n No n No contesta

5. ¿Le ha amenazado o atemorizado alguien tocándole de alguna forma que a usted no le guste o dañándole físicamente?

n Sí n No n No contesta
En caso de respuesta afirmativa, ¿se ha producido esta situación en más de una ocasión?
n Sí n No n No contesta

Médico: No haga la siguiente pregunta al paciente. Esta pregunta es para que la conteste únicamente usted.

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

n Sí n No n No está seguro

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

n Sí n No

M.J. Yaffe, MD mark.yaffe@mcgill.ca
M. Lithwick, MSW mlithwick@ssss.gouv.qc.ca
C. Wolfson, PhD tinaw@epid.igh.mcgill.ca