

Maltrato en el entorno familiar a las personas mayores en las Islas Azores¹

Juan Manuel Carmona-Torres²
Rosa María Carvalhal-Silva³
Maria Helena Viera-Mendes⁴
Beatriz Recio-Andrade⁵
Thomas Goergen⁶
María Aurora Rodríguez-Borrego⁷

Objetivos: dimensionar el maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario de las Islas Azores, identificar factores de riesgo de maltrato y definir el perfil del anciano maltratado. Método: estudio descriptivo de corte transversal. Muestreo aleatorio. Los instrumentos utilizados fueron: historias clínicas de los usuarios, Mini-Examen Cognitivo, test de autonomía para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, Test de APGAR Familiar, Índice de Sospecha de Maltrato hacia Personas Mayores y Formulario de Evaluación de Trabajo Social. El análisis estadístico fue descriptivo para las variables cualitativas y cuantitativas y una regresión logística múltiple para identificar los factores asociados al maltrato. Resultados: se identificó sospecha de maltrato en el 24,5% de los ancianos participantes. El maltrato psicológico fue el tipo de maltrato más común y los desencadenantes de ese maltrato fueron principalmente los hijos. Conclusión: se asocia ser mujer y pertenecer a familia disfuncional con mayor probabilidad de padecer maltrato; el alto nivel de la violencia doméstica a los ancianos en las Islas Azores sigue la línea que en el resto de Portugal.

Descriptores: Maltrato al Anciano; Anciano; Violencia Doméstica; Azores.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Estudio sobre el maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario en España (Andalucía-Córdoba), Portugal (Porto, Azores) y Bolivia (Santa Cruz de la Sierra). Estudio comparativo", presentada en la Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, España.

² PhD, Investigador, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, Castilla La Mancha, España.

³ PhD, Profesor Doctor, Escola Superior de Saúde, Universidade dos Açores, Angra do Heroísmo, Açores, Portugal.

⁴ MSc, Profesor Adjunto, Escola Superior de Saúde, Universidade dos Açores, Angra do Heroísmo, Açores, Portugal.

⁵ Enfermera, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, Castilla La Mancha, España.

⁶ PhD, Profesor Adjunto, Deutsche Hochschule der Polizei, Münster, NRW, Alemania.

⁷ PhD, Profesor Titular, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, España.

Cómo citar este artículo

Carmona-Torres JM, Carvalhal-Silva RM, Vieira-Mendes MH, Recio-Andrade B, Goergen T, Rodríguez-Borrego MA. Elder abuse within the family environment in the Azores Islands. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2932. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1871.2932>. mes día año

URL

Introducción

El maltrato a las personas mayores se definió, en la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores⁽¹⁾, como "La acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana".

La detección de malos tratos es una tarea muy compleja debido a que en muchas ocasiones este problema permanece oculto y es escondido por las propias víctimas⁽²⁾. La escasa detección de maltrato a personas mayores obedece a múltiples causas, entre las que destaca el hecho de que se produzca principalmente en la esfera privada⁽²⁾. La víctima lo niega y no lo reconoce por temor a represalias, sentimiento de culpa, vergüenza, o miedo a no ser creído; o por otro lado, sufrir deterioro cognitivo o estar socialmente aislado. Otro de los obstáculos proviene de la persona que infringe el maltrato, esta niega la existencia de malos tratos, impide el acceso a los servicios sanitarios y/o sociales y rechaza las intervenciones. Por su parte, los profesionales responsables de atender en estas situaciones pueden carecer de formación, protocolos, tiempo y concienciación sobre la problemática; o bien no querer involucrarse en cuestiones legales, desconocimiento de los recursos disponibles, tener temor al enfado del responsable de la persona mayor o presentar actitud de reticencia⁽¹⁻³⁾.

En Portugal no existe una legislación específica que proteja al colectivo de personas mayores vulnerables⁽⁴⁾. La legislación existente por la que se juzga el maltrato al anciano se basa en artículos generales del código penal, no exclusivos para las personas mayores, como el artículo 143 "delitos contra la integridad física" o el artículo 152 "delito de violencia doméstica"⁽⁵⁾. Estudios previos sobre el maltrato a personas mayores en Portugal son escasos⁽⁶⁻⁸⁾, y, aunque utilizan instrumentos de medida diferentes, la mayoría identifican el maltrato psicológico como el tipo más común de maltrato. Las cifras de maltrato a personas mayores en el entorno familiar de Portugal oscilan entre el 12,3% y el 51,8%⁽⁶⁻⁸⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁷⁾, como resultado de los análisis del "Informe europeo sobre prevención del maltrato a personas mayores" (2011), refiere que "Portugal tiene un grave problema en relación con el abuso contra los ancianos". Respecto a las Islas Azores, el reconocimiento público de los malos tratos como problema de salud es relativamente reciente. Las referencias en la literatura médica se remontan a los últimos 30 años y ha sido un tema importante de debate y preocupación, junto con el rápido envejecimiento

de la población. Un estudio realizado en 2009, sobre la violencia de género en personas de 18 años o más, encontró que un 34,2% de las personas mayores de 65 años había sido víctima por lo menos de un acto de violencia, siendo más común la violencia psicológica⁽⁹⁾.

Los malos tratos tienen consecuencias físicas, psicológicas o sociales sobre el anciano^(7,10) y tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios, ya que generan un aumento de la frecuentación y de las hospitalizaciones y pueden ser causa de mortalidad prematura^(7,10). Por tanto, el maltrato en el anciano se ha convertido en una realidad a la que tienen que enfrentarse los profesionales sanitarios cada vez más frecuentemente, y de forma específica los profesionales de enfermería, al ser los que mayor número de visitas domiciliarias realizan y en ocasiones los únicos que tienen contacto con la persona mayor maltratada, hace que tengan un papel fundamental en la detección del maltrato⁽¹¹⁻¹²⁾.

Por todo ello, se decidió investigar la situación de esta problemática social en el ámbito de las islas del archipiélago de Azores con los objetivos de diagnosticar la prevalencia de maltrato a personas mayores vulnerables en el entorno familiar y comunitario, identificar factores de riesgo de maltrato y definir el perfil del anciano maltratado en las Islas Azores.

Método

Estudio observacional descriptivo de tipo transversal desarrollado durante el período de enero a junio de 2015. Los sujetos de estudio fueron las personas mayores de 65 años, hombres y mujeres, pertenecientes al área de influencia de los Centros de Atención Primaria del Sistema Público de Salud de las Islas Azores. El criterio de inclusión fue que las personas mayores estuvieran al menos seis meses en la misma forma de convivencia y el criterio de exclusión fuera padecer deterioro cognitivo.

El cálculo de tamaño muestral se realizó con el programa GRANMO (v 7.12 Abril 2012) para estimación del 34,2%, prevalencia estimada a partir de un estudio previo realizado en las Islas Azores⁽⁹⁾, aceptando un error alfa de 0,95 y una precisión de +/- 0,07 unidades en contraste bilateral y una tasa de reposición del 10%, resultando una muestra de 196 sujetos. El muestreo fue aleatorio simple.

Los instrumentos para la recogida de datos fueron: las historias clínicas de los usuarios de los centros de salud de referencia y un único documento en el que a su vez se recopilaban los siguientes instrumentos: a) Mini-Examen Cognitivo (MEC)⁽¹³⁾ b) Test de autonomía para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)⁽¹⁴⁾; validez entre 0,66 y 0,93 y fiabilidad de 0,96. c) Test

APGAR (*Adaptability, Partnership, Growth, Affection, and Resolve*) familiar⁽¹⁵⁾; validez de 0,8 y fiabilidad superior a 0,75. d) Índice de Sospecha de Maltrato hacia la Personas Mayores "EASI" (*Elder Abuse Suspicion Index*)⁽¹⁶⁾; sensibilidad del 0,47-0,55 y especificidad del 95%. e) Formulario de Evaluación de Trabajo Social (FETS)⁽¹⁶⁾, consta de 67 preguntas, siendo la pregunta 59 "¿Cree que este paciente está siendo maltratado?" la considerada como variable indicativa para determinar si es un caso de maltrato. Además, se utiliza esta variable para comparar y validar los resultados del EASI.

Las variables independientes del estudio fueron: filiación del anciano (edad, sexo, estado civil, hijos, número de hijos, ingresos económicos, nivel de estudios, actividad laboral, renta mínima oficial, tipo de convivencia, con quien convive, tiempo que lleva en la convivencia actual); filiación de los familiares convivientes (número de convivientes, edad, sexo, estado civil, ingresos económicos, actividad laboral y renta mínima oficial); evaluación de trastorno cognitivo; evaluación del grado de dependencia; funcionalidad familiar y tipo de sospecha de maltrato. Las variables dependientes fueron: sospecha de maltrato (sí/no) y creencia del entrevistador en base a datos objetivos sobre si el paciente es maltratado (sí, no, no lo sé).

Para la realización del estudio se procedió a solicitar el informe del comité de ética correspondiente y se contactó con los profesionales de la salud y/o socios sanitarios de los Centros de Salud de las Islas Azores (Enfermeros/as y/o Trabajadores Sociales y/o Psicólogos/as); que fueron el medio de acceso a la población de estudio y fueron los que realizaron las entrevistas a los participantes en el centro de salud o en su domicilio en los casos en los que no podían desplazarse por problemas de salud. Todos los participantes recibieron la Hoja de Información sobre el estudio y cumplieron el Consentimiento Informado, antes de iniciar las entrevistas. La entrevista era de carácter semiestructurado (aplicando los diversos cuestionarios mencionados anteriormente).

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa PASW *Statistic* 18 y consistió en: a) un análisis descriptivo para las variables cualitativas, mediante el cálculo de recuentos (n) y proporciones (%), y, para las variables cuantitativas, mediante el cálculo de medias aritméticas (m) y desviaciones estándar (DE). b) asociación multivariante: para identificar posibles factores asociados al maltrato (comprobar la asociación entre variables independientes y la variable sospecha de maltrato) se utilizó el análisis de regresión logística múltiple (RLM). Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales. Y en todas las pruebas estadísticas se consideraron valores "significativos" aquellos cuyo nivel de confianza fue del 95% ($p < 0.05$).

La investigación realizada respeta los principios fundamentales de la declaración de Helsinki y la legislación portuguesa: Ley nº 67/98 de 26 de octubre Ley de protección de datos personales (traslado al régimen jurídico portugués de la Directiva 95/46/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de Octubre de 1995, relativa a la protección de las personas en lo que respecta al tratamiento de los datos personales y la libre circulación de los mismos).

Resultados

Participaron en el estudio un total de 212 personas mayores. Las características sociodemográficas de los ancianos pueden observarse en la Tabla 1, destacando que un 72,2% fueron mujeres y un 27,8% hombres, con una edad media de 74,91 (DE±6,859). Al ser el deterioro cognitivo un criterio de exclusión en el estudio, la totalidad de los sujetos pudieron participar en la entrevista y cumplimentar el EASI. La puntuación media obtenida para el MEC fue de 29,95 puntos (DE±3,926). Respecto a las ABVD, la puntuación media fue 89,2 puntos (DE±19,036); de forma que el 50,7% eran independientes y un 24,2% tenían dependencia moderada. Respecto al APGAR Familiar, la puntuación media fue de 8,43 puntos (DE±2,26), perteneciendo el 84,9% de las personas mayores a familias normofuncionales.

Tabla 1 - Características sociodemográficas de las personas mayores (n=212). Islas Azores, PT, Portugal, 2015

Variables cualitativas	N	%
Sexo		
Hombre	59	27,8
Mujer	153	72,2
Estado Civil		
Casado/a	103	48,6
Viudo/a	82	38,7
Divorciado/a	11	5,2
Separado/a		
Soltero/a	14	6,6
Pareja de hecho	2	0,9
Nivel de Estudios		
Analfabetismo	29	13,7
Aprendizaje elemental no formal	31	14,6
Primarios Incompletos	79	37,3
Primarios Completos	68	32,1
Secundaria/bachiller/f.p.* incompleta	1	0,5
Secundaria/bachiller/f.p.* completa	2	0,9
Estudios Universitarios	2	0,9

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variabes cualitativas	N	%
Actividad Laboral		
Si	5	2,4
No	207	97,6
Ingresos Económicos		
Si	160	75,5
No	52	24,5
Renta mínima oficial		
Si	202	95,3
No	10	4,7
¿Tiene hijos?		
Si	182	85,8
No	30	14,2
Tipo de Convivencia		
Permanente	75	33
Intermitente (golondrinas)	137	67
Forma de Convivencia		
Solo/a	53	25
Cónyuge	77	36,3
Cónyuge e hijos	21	9,9
Cónyuge, hijos y nietos	5	2,4
Cónyuge y nietos	3	1,4
Cónyuge y otro familiar de 1° y 2° grado	0	
Hijos	33	15,6
Hijos y nietos	8	3,8
Nietos	2	0,9
Otro familiar de 2° o 3° grado	6	2,8
Cuidador	4	1,9
Otra forma no especificada	0	
Dependencia para las ABVD†		
Dependencia Total	4	1,9
Dependencia Severa	18	8,5
Dependencia Moderada	51	24,2
Dependencia Escasa	31	14,7
Independiente	107	50,7
Funcionabilidad Familiar		
Normofuncional	180	84,9
Disfuncional leve	26	12,3
Disfuncional grave	6	2,8
Variabes cuantitativas		
Media	DE	
Edad	74,9	6,9
Hijos	2,7	1,9

*f.p.: formación profesional; †ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

Con respecto al EASI, que mide la sospecha de maltrato en el último año; se identificó sospecha de

maltrato en el 24,5% de los casos. En estos casos de sospecha de maltrato fue más frecuente la sospecha de maltrato psicológico (46,66%), seguido de negligencia (30%), económico (13,33%) y físico (10%). En estos casos la persona mayor identificó como desencadenantes del maltrato a los hijos (43,45%), cónyuge (26,09%), nuera o yerno (13,05%), sobrinos (8,7%) y vecinos (8,7%); tratándose en el 69,54% de los casos de familiares de primer grado. Con respecto al FETS, en el 9,5% de los casos el entrevistador creyó que el paciente estaba siendo maltratado en base a los datos objetivos: como ropa, suciedad, mal olor, etc. y la expresión de propia percepción de la persona mayor.

Con respecto al perfil de la persona mayor en los casos de sospecha de maltrato puede observarse en la Tabla 2, destacando que un 65,4% fueron mujeres y un 34,6% hombres, con una edad media de 74,04 años ($DE \pm 6,556$). La mayoría estaban casados/as (44,2%) y 82,7% tenían hijos, con una media de 2,35 ($DE \pm 1,877$). La convivencia más común fue con el cónyuge (36,5%). El nivel de estudios más frecuente de este colectivo fue estudios primarios incompletos (46,2%). Respecto a la actividad laboral el 100% no tenía actividad laboral y el 7,7% no llegaba a la renta mínima oficial. Aproximadamente un tercio de los participantes eran independientes para las ABVD (36,5%) y pertenecían a familias normofuncionales (61,6%).

Se encontraron diferencias significativas para un valor de $p=0,011$, al comparar la puntuación total para las ABVD, teniendo las personas con sospecha de maltrato menor puntuación para el test de las ABVD (83,37 puntos, $DE \pm 24,569$) que las personas mayores que no tienen sospecha de maltrato (91,09 puntos, $DE \pm 16,509$). También se encontraron diferencias significativas con un valor de $p<0,001$ al comparar la sospecha de maltrato con el APGAR Familiar, siendo las familias disfuncionales las que mayor probabilidad tienen de sufrir maltrato (83,33% de las familias disfuncionales tenían sospecha de maltrato).

Las Odds Ratio (OR) de la regresión logística múltiple se observa en la Tabla 3 y confirma que el pertenecer a una familia disfuncional leve o grave, tiene 8.351 veces más probabilidad de sospecha de maltrato que el que pertenece a una familia normofuncional (IC del 95%: 3.647-19.122) y que el ser mujer tiene 1.871 veces más probabilidad de sospecha de maltrato que el ser hombre (IC del 95%: 0.901-3.887).

Tabla 2 - Características sociodemográficas de las personas mayores con sospecha de maltrato y sin sospecha de maltrato. Islas Azores, PT, Portugal, 2015

Variables sociodemográficas de las personas mayores	Sospecha Maltrato		No Sospecha Maltrato	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	18	34,6	41	25,6
Mujer	34	65,4	119	74,4
Estado Civil				
Casado/a	23	44,2	80	50
Viudo/a	20	38,5	62	38,8
Divorciado/a	3	5,8	8	5
Soltero/a	5	9,6	9	5,6
Pareja de hecho	1	1,9	1	0,6
Nivel de Estudios				
Analfabetismo	7	13,5	22	13,7
Aprendizaje elemental no formal	5	9,6	26	16,3
Primarios Incompletos	24	46,2	55	34,4
Primarios Completos	14	26,9	54	33,8
Secundaria/bachiller/f.p.* incompleta	0		1	0,6
Secundaria/bachiller/f.p.* completa	1	1,9	1	0,6
Estudios Universitarios	1	1,9	1	0,6
Actividad Laboral				
Si			5	3,1
No	52	100	155	96,9
Ingresos Económicos				
Si	35	67,3	125	78,1
No	17	32,7	35	21,9
Renta mínima oficial				
Si	48	92,3	154	96,2
No	4	7,7	6	3,8
¿Tiene hijos?				
Si	43	82,7	139	86,9
No	9	17,3	21	13,1
Tipo de convivencia				
Permanente	16	37,2	44	31,7
Intermitente (golondrinas)	27	62,8	95	68,3
Forma de convivencia				
Solo/a	12	23,1	41	25,6
Cónyuge	19	36,5	58	36,3
Cónyuge e hijos	6	11,6	15	9,4
Cónyuge y nietos	0		3	1,9
Cónyuge, hijos y nietos	0		5	3,1
Hijos	11	21,2	22	13,8
Hijos y nietos	1	1,9	7	4,4
Nietos	0		2	1,2
Otro familiar de 2º o 3º grado	1	1,9	5	3,1
Cuidador	2	3,8	2	1,2
Dependencia para las ABVD†				
Dependencia Total	2	3,9	2	1,3
Dependencia Severa	8	15,4	10	6,3
Dependencia Moderada	13	25	38	23,9
Dependencia Escasa	10	19,2	21	13,2
Independiente	19	36,5	88	55,3
Funcionabilidad Familiar				
Normofuncional	32	61,6	148	92,5
Disfuncional leve	15	28,8	11	6,9
Disfuncional grave	5	9,6	1	0,6

*f.p.: formación profesional; †ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

Tabla 3 - Factores asociados al maltrato, conforme análisis de regresión logística múltiple. Islas Azores, PT, Portugal, 2015

	Valor de p	Odds Ratio	I.C.* del 95%
Funcionabilidad familiar			
Normofuncional	-	1	-
Disfuncional leve o grave	<0,001	8,351	3.647-19,122
Sexo			
Hombre	-	1	-
Mujer	0,093	1,871	0,901-3,887

*Intervalo de confianza

Discusión

En base a los resultados obtenidos se puede decir que el género influye en la probabilidad de sufrir maltrato en la persona mayor. Estos resultados coinciden con la bibliografía existente al respecto⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, como un estudio realizado en la provincia de Málaga (España) en el que de los 259 casos analizados de maltrato al anciano, el 77,6% de las víctimas fueron mujeres⁽¹⁸⁾. Otros estudios añaden que a mayor edad, mayor vulnerabilidad⁽⁶⁾, por lo que se considera la edad otro factor de riesgo para padecer maltrato. La dependencia para las ABVD también se relaciona con padecer maltrato, ya que las personas con sospecha de maltrato tienen puntuaciones más bajas en el test de la dependencia para las ABVD; concordando con otros estudios^(6,17-18) como uno realizado en España en el que se obtuvo que la tasa de maltrato aumenta hasta el 2.9% entre los ancianos con mayor dependencia⁽¹⁷⁾. Por último, parece ser que el funcionamiento de la estructura familiar influye en el maltrato, de forma que el pertenecer a una familia disfuncional aumenta la probabilidad de maltrato, al igual que se observa en estudios previos en otros países⁽¹⁹⁾.

En lo que respecta al perfil de la persona mayor maltratada en las Islas Azores esta es mujer casada con 74 años de edad, estudios primarios incompletos, sin actividad laboral y con una media de hijos de 2,35. Este perfil es similar al obtenido por la mayoría de los estudios existentes en otros países^(17,19-20), por lo que parece ser que existe un perfil único de la persona mayor maltratada, que prevalece a la diversidad cultural y geográfica.

La prevalencia de maltrato a las personas mayores encontrada en el presente estudio oscila en relación a otros estudios realizados en Portugal, siendo inferior a un estudio realizado que la sitúa en el 51,8%⁽⁸⁾ y superior a otro estudio que obtuvo que el 12,3% de las personas mayores fueron maltratadas en el último año⁽⁶⁾. Por su parte estas cifras son algo superiores a las obtenidas en otros estudios europeos, como en España, que según un estudio realizado el 12,1% de las personas mayores

padecen maltrato⁽²⁰⁾; o en Italia que según otro estudio el 12,7% de las personas mayores padecen maltrato⁽²¹⁾. Si se compara con el resto del mundo, estas cifras son inferiores a las obtenidas en países de América, como en Brasil que según un reciente estudio la prevalencia del maltrato se sitúa en un 78,1%⁽²²⁾ o Bolivia en el que se obtuvo un 39%⁽¹⁹⁾; o de Asia, como por ejemplo el estudio realizado en China, que obtuvo una prevalencia de maltrato de 36,2%⁽²³⁾. Entre las razones para explicar las diferencias de prevalencia entre países se pueden encontrar los diferentes instrumentos empleados para medir el maltrato.

Al igual que los estudios previos, el maltrato psicológico es la forma más común de maltrato, seguido de la negligencia^(6,19-21). Por otra parte, la mayoría del maltrato a las personas mayores es perpetrado por los hijos, seguido de la pareja o cónyuge, en coincidencia con los estudios existentes^(10,17,19-20). El hecho de que la mayoría de los maltratadores pertenezcan al núcleo familiar dificulta la identificación de los casos de maltrato⁽²⁴⁾, lo que hace que los datos obtenidos sean más alarmantes, si cabe. Al ser los profesionales sanitarios los únicos que en ocasiones tienen acceso a la persona mayor maltratada y la enfermera la que mayor número de visitas domiciliarias realiza⁽¹¹⁻¹²⁾, recae en estos la labor de detectar y denunciar el caso, por lo que atención primaria tiene un papel fundamental y crucial^(2,18,25).

Sin embargo, algunos estudios concluyen que el fenómeno del maltrato puede pasar desapercibido debido a la falta de formación de los profesionales que atienden a las posibles víctimas⁽²⁶⁾. De hecho, algunos estudios informan que los estudiantes de enfermería presentan una falta de formación en otras formas de maltrato como es la violencia de pareja⁽²⁷⁾. Por lo que sería útil introducir contenidos específicos sobre violencia doméstica en general en los planes de estudios de la carrera universitaria de Enfermería⁽²⁷⁾. Por todo esto parece necesario implementar programas de formación sobre el maltrato a personas mayores en el ámbito familiar y comunitario que ayude a los profesionales a prevenir, detectar, evaluar e intervenir ante esta problemática^(2,25); diversos estudios indican que en las áreas donde los profesionales están mejor formados y motivados, es mayor la detección de personas mayores maltratadas⁽¹¹⁾.

También se observa de los resultados obtenidos de la revisión de las historias clínicas, que los profesionales sanitarios no cumplimentan los registros de las historias clínicas, al igual que los resultados de otras investigaciones en las que concluyen que normalmente no se refleja la actividad real, no hay uniformidad en los registros y en ocasiones no tienen conexión con

los centros de atención especializada⁽¹²⁾. Sin embargo, la historia clínica es una herramienta fundamental para garantizar la comunicación entre los diferentes miembros del equipo multidisciplinar⁽¹¹⁾.

Entre los límites del presente artículo cabe señalar que, el haber excluido del estudio a las personas mayores que padecían deterioro cognitivo, constituye una de las mayores limitaciones del mismo, pues según la literatura, la prevalencia de maltrato a los adultos mayores con deterioro cognitivo es más alta que la que sufren individuos mentalmente intactos. Otra limitación es que el EASI no fue diseñado para identificar casos de maltrato, sino para identificar casos de "sospecha de maltrato", limitación que se ha contrarrestado aplicando el FETS, contrastando ambos resultados; obteniendo en los dos cuestionarios prácticamente el mismo resultado para los casos del maltrato, por lo que se pueden confirmar los casos de maltrato. Otra limitación respecto al diseño del estudio transversal es que no fue posible conocer la dirección causal entre el maltrato y las variables relacionadas.

Conclusión

Se ha dimensionado la prevalencia de maltrato a personas mayores en las Islas Azores y se ha obtenido el perfil de la persona mayor maltratada. La forma más frecuente de maltrato es el psicológico y los hijos son principalmente los causantes del mismo. Se asocia ser mujer y pertenecer a familia disfuncional con mayor probabilidad de padecer maltrato. Como implicaciones para la práctica enfermera, se considera necesario hacer hincapié en que los profesionales de enfermería de atención primaria tengan como objetivos detectar esta problemática, recibir formación específica para que el fenómeno no pase desapercibido y trabajar de forma integral e interdisciplinar con el resto del equipo para implementar herramientas, programas y protocolos que garanticen la prevención, detección e intervención en estas situaciones.

Referencias

1. WHO (World Health Organizations), INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse). Missing voices. Views of Older Persons on Elder Abuse. Genova: World Health Organization; 2002. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67371/1/WHO_NMH_VIP_02.1.pdf
2. Moya-Bernal A, Barbero-Gutiérrez J, Barrio-Cantalejo IM, Gutiérrez-González B, Fernández de Trocóniz MI, Martínez-Maroto A, et al. Malos tratos a personas mayores: Guía de Actuación [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. [Acceso 4 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.copib.es/pdf/imsero-malostratos-01.pdf>
3. Ruelas-González MG, Pelcastre-Villafuerte BE, Reyes-Morales H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. Salud pública de México. [Internet] 2014 [Acceso 28 marzo 2016];56(6):631-7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342014000600013&script=sci_arttext&tlng=pt
4. de Magalhães AS. Violence and crimes against the elderly: a Portuguese-Brazilian perspective. Cad Dereito Actual. [Internet] 2015 [Access Aug 29 2016];3:137-48. Available from: <http://www.cadernosdedereitoactual.es/ojs/index.php/cadernos/article/view/37/33>
5. Fonseca R, Gomes I, Faria PL, Gil AP. Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. Rev Port de Saúde Pública. [Internet] 2012 [Acesso 29 ago 2016];30(2):149-62. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252012000200006
6. Martins-Gil AP, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder abuse in portugal: findings from the first national prevalence study. J Elder Abuse & Neglect. [Internet] 2015 [Access Aug 29 2016];27(3):174-95. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08946566.2014.953659>
7. Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. European report on preventing elder maltreatment [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2011. [cited March 28, 2016]. Available from; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf
8. Eslami B, Viitasara E, Macassa G, Melchiorre MG, Lindert J, Stankunas M, et al. The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. Int J Public Health. 2016;61(8):891-901. doi: 10.1007/s00038-016-0816-x
9. Lisboa M, Miguens F, Cerejo D, Favita A. Inquérito violência de género. Região Autónoma dos Açores. Relatório final [Internet]. Lisboa: Região Autónoma dos Açores, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa; 2009. Disponível em: <http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/relatorio%20final%20I.pdf>
10. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). Atención Primaria. 2006;37(2):113-5. doi: 10.1157/13084493
11. Espinosa Monzada C. ¿Asisto a un anciano maltratado? El Peú. [Internet] 2009 [Acceso 30 ago 2016];29(3):160-7. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/26069/1/20092903160.pdf>
12. Dios-Guerra C, Carmona-Torres JM, Ruíz-Gándara Á, Muñoz-Alonso A, Rodríguez-Borrego MA. Programmed home visits by nursing professionals to older adults: prevention or treatment?. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2015 [cited Aug

- 30, 2016];23(3):535-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300535
13. Brito-Marques PR, Cabral-Filho JE. Influence of age and schooling on the performance in a modified Mini-Mental State Examination version: a study in Brazil Northeast. *Arq Neuro-psiquiatria*. [Internet] 2005 [cited March 28, 2017];63(3A):583-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2005000400005&script=sci_arttext
14. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Portuguesa Saúde Pública*. [Internet] 2007 [Acesso 28 março 2017];25(2):59-66. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
15. Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de comunicação. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*. 1988;5(32):18-21.
16. 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)©. *J Elder Abuse & Neglect*. 2008;20(3):276-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08946560801973168>
17. Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España [Elder abuse in the family in Spain] [Internet]. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia; 2008. [Acesso 28 marzo 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=615979>
18. Castilla-Mora R, Palma-García MO. El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga (España). *Trabajo Social global-Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social*. [Internet] 2014 [Acesso 26 ago 2016];4(7):20-35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5304718>.
19. Carmona-Torres JM, López-Soto PJ, Coimbra-Roca AI, Gálvez-Rioja RM, Goergen T, Rodríguez-Borrego MA. Elder Abuse in a Developing Area in Bolivia. *J Interpersonal Violence*. 2015;1-18. doi:10.1177/0886260515608803.
20. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Regato P, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;141(12):522-6. doi: 10.1016/j.medcli.2012.09.048
21. Fraga S, Lindert J, Barros H, Torres-Gonzalez F, Ioannidi-Kapolou E, Melchiorre MG, et al. Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries. *Preventive Med*. 2014;61:42-7. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.01.008
22. Irigaray TQ, Esteves CS, Pacheco JTB, Grassi-Oliveira R, Argimon IIDL. Elder abuse in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil: a documentary study. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. [Internet] 2016 [Acesso 28 março 2017];33(3):543-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000300543
23. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. *PloS one*. 2012;7(3):e33857. doi: 10.1371/journal.pone.0033857
24. Risco-Romero C, Paniagua Vicioso MdC, Jiménez-Mendoza G, Poblador-Curtó MD, Molina-Martínez L, Buitrago F. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(2):51-5. doi: 10.1157/13076463
25. Torres-Prados M, Estrella-González IM. Sensibilización y detección del maltrato en el anciano: hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos*. [Internet] 2015 [Acesso 29 ago 2016];26(3):79-83. Disponible en: <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2016/01/26-3-2015-79.pdf>
26. Fonseca-Machado MO, Monteiro JC, Haas Vanderlei J, Abrão AC, Gomes-Sponholz F. Intimate partner violence and anxiety disorders in pregnancy: the importance of vocational training of the nursing staff in facing them. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2015 [cited Aug 29, 2016];23(5):855-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500855
27. Rigol-Cuadra A, Galbany-Estragué P, Fuentes-Pumarola C, Burjales-Martí MD, Rodríguez-Martín D, Ballester-Ferrando D. Perception of nursing students about couples' violence: knowledge, beliefs and professional role. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2015 [cited Aug 29, 2016];23(3):527-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300527

Recibido: 18.10.2016

Aceptado: 7.6.2017

Correspondencia:

Juan Manuel Carmona-Torres
 Universidad de Castilla La Mancha
 Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba
 Av. Menéndez Pidal, s/n
 CEP: 14071, Córdoba, España
 E-mail: juanmanuel.carmona@imibic.org

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.