



Guía para la prevención, diagnóstico y abordaje integral de la violencia hacia las personas adultas mayores

Área Programática del Adulto Mayor
Noviembre de 2019

Autoridades



Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Basso

Subsecretario de Salud Pública

Dr. Jorge Quian

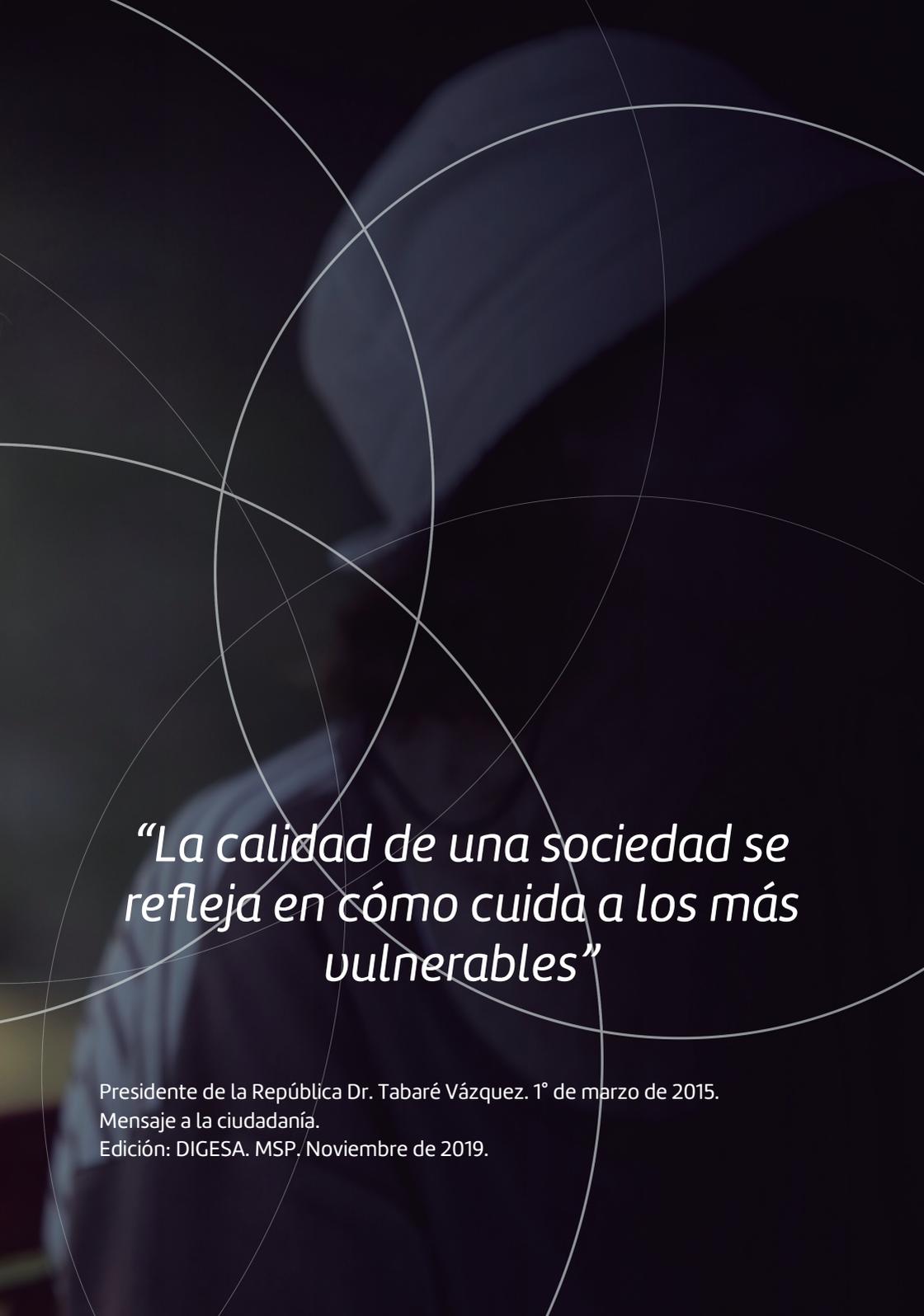
Directora General de la Salud

Dra. Raquel Rosa

Asesor Responsable del Área Programática del Adulto Mayor Prof.

Dr. Italo Savio





*“La calidad de una sociedad se
refleja en cómo cuida a los más
vulnerables”*

Presidente de la República Dr. Tabaré Vázquez. 1° de marzo de 2015.

Mensaje a la ciudadanía.

Edición: DIGESA. MSP. Noviembre de 2019.

Autores



Equipo del Área Adulto Mayor de DIGESA– MSP:

- Dra. Alejandra Talice
- Dr. Mariano Silva
- Dr. Dardo Roldán

Asesor Director Responsable del Área:

Prof. Dr. Italo Savio

Contacto:

18 de de julio 1892, Piso 4, Anexo, Áreas Programáticas, Montevideo. Uruguay.
Teléfono: 1934. Interno 4257. E-mail: adultomayor@msp.gub.uy

Recopilación y compaginación:

Dr. Mariano Silva.

Coordinación general:

Prof. Dr. Italo Savio

Área Programática del Adulto Mayor. Dirección General de la salud. MSP.
Noviembre de 2019, Montevideo. Uruguay



Prólogo



El abordaje integral de los principales problemas de salud de nuestra población en todo el curso y ciclo de vida constituye un objetivo estratégico fundamental a desarrollar por nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud, en lo referente a los componentes de rectoría y gobernanza de las políticas de salud.

La violencia de género y generaciones merece un enfoque intersectorial y multidimensional (biopsicosocial), sustentado en las mejores prácticas y basada en la evidencia científica, de modo de contribuir a la mejora de la calidad de la atención sociosanitaria de las víctimas y de protegerlas mediante respuestas institucionales e interinstitucionales integradas e integrales. Ello es también relevante en las situaciones de abuso – maltrato hacia nuestras personas adultas mayores, donde las respuestas necesarias son transversales y multidimensionales.

Mejorar la gestión de las respuestas desde lo cotidiano en los ámbitos comunitarios y/o institucionales, requiere de la coordinación de muchos recursos y esfuerzos, así como de la capacitación de los recursos humanos que sumen, que vayan en la misma dirección de lo que ya se viene desarrollando. Y a ello refiere esta guía, que analiza este problema y aporta herramientas clínicas para la gestión de situaciones en territorio, desde la práctica cotidiana y desde esa perspectiva de género y generaciones a la que hacíamos referencia.

En suma esta guía plantea recomendaciones y debe vérsela como una guía para la acción, para diversos contextos de atención. Todo ello desde una perspectiva de derechos, de profundización de políticas de protección social centradas en nuestras personas adultas mayores.

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud Pública
Montevideo, noviembre de 2019.



Presentación



Esta **Guía para la prevención, diagnóstico y abordaje integral de la violencia hacia las personas adultas mayores** es un instrumento que comprende los aspectos principales para el mejor abordaje de este problema en este grupo etario. Se trata de un tema relevante, porque las personas adultas mayores constituyen más de 14% y hacia 2050 se estima serán el 22% de nuestra población (OPP 2017). De acuerdo a las mismas proyecciones, el envejecimiento poblacional continuará aumentando en cualquier escenario o hipótesis demográfica que se considere. Por tanto, cualquier política de salud y de protección social debe tener en cuenta este fenómeno, que lejos de ser negativo es expresión de desarrollo y de las condicionantes sociales en que se ha envejecido, porque se envejece como se vive. Y en este contexto la vejez puede acompañarse de eventos positivos y/o adversos.

Uno de estos últimos es el abuso – maltrato, que comparte muchos factores de riesgo con otras generaciones, pero a su vez cuenta con factores específicos. Se estima que no menos de 27.000 personas mayores podrían ser víctimas de maltrato (abuso patrimonial, psicológico, físico u otros) en Uruguay.

Por otro lado, esta violencia tiene sus propias señas de identidad en la vejez, que la diferencian de otras edades. Es poco reconocido como maltrato, llega más tardíamente a la agenda de derechos y aún no se jerarquiza en la formación de recursos humanos de la salud y las ciencias sociales.

Muchos factores favorecedores o precursores, como la discriminación por edad, se naturalizan (discriminación en medios de comunicación o desde formadores de opinión). La gerontofobia como actitud negativa y los estereotipos sociales acerca de la vejez, impregnan ciertas prácticas que pueden considerarse ya una vulneración de derechos en algunos servicios de salud u otros ámbitos institucionales, y que favorecen el abuso manifiesto. Existen estudios cualitativos en nuestro medio que demuestran que los usuarios adultos mayores con frecuencia se sienten discriminados o que no son bien tratados.



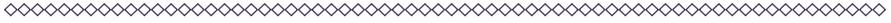
Esta guía clínica es un aporte para los equipos de salud y el personal profesional y no profesional, para la mejora de la calidad de la atención de las personas adultas mayores con relación a este problema.

Profesor Dr. Italo Savio.

Asesor Responsable del Área Programática del Adulto Mayor



Índice



Prólogo _____	7
Presentación _____	8
Introducción _____	11
Marco normativo internacional y realidad nacional _____	12
Definiciones y tipos de abuso o maltrato _____	15
Epidemiología _____	18
Factores de riesgo, perfil del anciano víctima de maltrato y perfil del victimario/abusador _____	20
Grupos de alto riesgo para abuso y maltrato _____	24
Evaluación de la persona adulta mayor maltratada o abusada _____	25
Aspectos particulares del abuso y maltrato en instituciones _____	30
El maltrato en la demencia _____	32
Conducta y pautas para el manejo de casos _____	34
Consejos a las personas mayores con relación al tema. Prevención del riesgo de abuso y maltrato _____	37
Glosario de abreviaturas y terminología _____	39
Bibliografía _____	41
Anexos _____	44
Información, direcciones y contactos útiles _____	47



Introducción



El abuso o maltrato sobre las personas mayores puede ocurrir en cualquier contexto (doméstico o institucional), y es frecuente que surja en el ámbito comunitario.

Al igual que en otros grupos etarios, sus efectos nocivos son de carácter físico, psicológico, social y económico. Se incluye en este problema formas que derivan de la acción (abuso) y de la omisión (negligencia), sea de forma intencional o involuntaria. Son más frecuentes en el hogar, donde involucra a personas de confianza o familiares como victimarios / abusadores y en instituciones para personas mayores. El problema del abuso en instituciones está menos estudiado, pero no debe considerarse menos importante.

Esta guía tiene por objetivos:

- 1) Definir conceptualmente el abuso y sus diferentes variantes en personas adultas mayores.
- 2) Describir su magnitud y frecuencia.
- 3) Proporcionar información básica sobre factores de riesgo.
- 4) Aportar elementos para una adecuada valoración y manejo de casos o situaciones, así como para la prevención de este problema en población adulta mayor.



Marco normativo internacional y realidad nacional



En 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas a través de la resolución 46/91, establece los “Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad”, y exhorta a los gobiernos a que los incorporen en sus programas nacionales en la medida que les sea posible.

Los principios son:

Independencia: entre otras cuestiones, se proclama su derecho a tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y sus capacidades en continuo cambio, así como poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación: es decir derecho a permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten su bienestar.

Cuidados: las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

También se establece que deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad. Deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.

En este punto aborda un aspecto esencial: deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales quienes viven en la comunidad y quienes residan en hogares o instituciones; la institucionalización, por tanto, no supone una renuncia a las libertades fundamentales, y siguen siendo sujetos de



derecho.

Autorrealización: las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

Dignidad: las personas de edad deberán, poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales, recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

En el año 2002 tiene lugar en Madrid, España, la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Allí se decide adoptar un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, buscando responder a las oportunidades que ofrece y a los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI, promoviendo un concepto: el desarrollo de *una sociedad para todas las edades, y entre otros objetivos, la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad*. Esto es fundamental para asegurar el respeto que estas personas merecen.

En el año 2006 el Ministerio de Salud Pública sancionó el Decreto 494/006 (actualizado por el Decreto 299/009), que dispuso la creación de equipos de referencia de violencia doméstica (ERVD), inicialmente enfocados en el abordaje de situaciones de mujeres mayores de 15 años. Posteriormente se incorporó una mirada generacional, que los convirtió en referentes de violencia basada en género y generaciones (ERVBBG).

Si bien los derechos humanos de las personas mayores están expresados a través de varios documentos y declaraciones, es especialmente relevante la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada el 15 de junio del año 2015 en la Asamblea de la Organización de Estados Americanos (OEA). Constituye el primer instrumento jurídicamente vinculante de derechos humanos para personas mayores a nivel mundial.



Tal documento, primeramente suscrito y luego ratificado por nuestro país (Ley 19.430 promulgada el 8/9/2016), ubica a las personas mayores como sujetos de derecho, incorporando específicamente el tema del abuso y el maltrato, que antes estaban dispersos en varios instrumentos. Hasta el momento, los países que han ratificado la Convención son Uruguay, Costa Rica, Argentina, Chile, y Bolivia. Uruguay se convirtió en el primero en realizar el depósito legal del instrumento de ratificación, lo cual le permitirá presidir el mecanismo de seguimiento.

El Artículo 9° de esta convención (“Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia”), establece que “la persona mayor tiene derecho a vivir una vida sin ningún tipo de violencia y maltrato”. Allí define “violencia contra la persona mayor” como “cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la persona mayor, tanto en el ámbito público como en el privado.” La Convención destaca que el concepto de violencia contra la persona mayor comprende “distintos tipos de abuso, como el financiero y patrimonial, el maltrato físico, sexual, psicológico, explotación laboral, la expulsión de su comunidad y toda forma de abandono o negligencia que tiene lugar dentro o fuera del ámbito familiar o unidad doméstica”.

Siguiendo con los lineamientos establecidos en la Convención Interamericana, en nuestro país contamos con el Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (PNEV, 2016–2019). Allí se definen una serie de acciones como la promoción del acceso preferencial a la justicia, la priorización de las personas mayores ante situaciones de vulnerabilidad y la protección integral de sus derechos.

Como vemos, a lo largo del tiempo ha ido evolucionando el enfoque hacia las personas mayores, desde un “objeto de compasión” (donde incluso previamente se las denominaba “personas de edad”, “añosas”), hasta reconocerlas como sujetos de derecho, refiriéndonos a ellas por tanto como personas mayores.



Definiciones y tipos de abuso o maltrato



Abuso o maltrato: es toda acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor, que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza.

Negligencia: error involuntario o falta no deliberada que incluye, entre otros, el descuido, omisión, desamparo e indefensión que le causa un daño o sufrimiento a una persona mayor, tanto en el ámbito público como privado, cuando no se hayan tomado las precauciones normales necesarias de conformidad con las circunstancias.

La negligencia es frecuente y generalmente ocurre sin que el cuidador sea consciente de actuar de forma negligente. Si actúa en forma intencional o conociendo el resultado o repercusiones posibles de su conducta se califica de abuso o maltrato evidente.

Abandono: falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral.

El maltrato a nivel institucional está menos estudiado. Comprende tanto a los establecimientos de larga estadía (hogares, residencias) como a los servicios de salud, incluyendo los hospitales.

Muchos expertos en este campo mencionan como dificultad que existe una especie de “resignación aprendida” en los equipos y profesiones de la salud y las ciencias sociales y un “fatalismo” acerca de “la falta de recursos sociales”, que desestimula y hasta coarta la iniciativa de los equipos, y la capacidad de resolución de situaciones (Bazo, 2006).



Existen aspectos o situaciones complejas donde el rol del equipo asistencial es fundamental en la protección de los derechos y para evitar conductas que también pueden incluirse como expresiones de vulneración de los derechos de los adultos mayores. En ello incluimos especialmente cuestiones tales como las situaciones de abandono y negligencia en los ancianos en el final de vida, la no aplicación de los cuidados paliativos y el derecho al bien morir, el ocultamiento de información diagnóstica y pronóstica, no dar opción a elegir tratamientos o el poder de decidir en situación de enfermedades terminales, la no obtención del consentimiento informado en el ingreso a instituciones de larga estadía, como prevé el marco legal. También se incluye aquellas medidas y decisiones que constituyen un “encarnizamiento terapéutico”, esto es, la aplicación de tratamientos y medidas fútiles, que no contribuyen a mejorar ni el pronóstico ni la calidad de vida y que determinan mayor sufrimiento que beneficio para la persona.

Desde una perspectiva más amplia, pueden incluirse como factores predisponentes en este tema, las expresiones de *discriminación por edad* (“viejismo”, “ageísmo”, “gerontofobia”), término acuñado por Butler y que se expresa ya desde los estereotipos sociales acerca de los adultos mayores, la vejez y sus supuestas señas de identidad, así como las expresiones despectivas en medios de comunicación o de referentes sociales y políticos (“país de viejos”, “gerontocracia”), hasta la ausencia o debilidad de políticas públicas hacia las personas adultas mayores o las trabas económicas para acceder a una atención preventiva o curativa.

Si bien no es el objetivo de esta guía profundizar en estos aspectos, mencionamos también que la Convención Interamericana ya mencionada define a la discriminación por edad en la vejez a “cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada”.



Respecto al maltrato institucional, un desafío es aquel que afecta a las personas con demencia. La demencia es en sí misma un factor de riesgo para padecer maltrato. Por las características de la enfermedad, muchas veces existe dificultad en la obtención de la información en la entrevista. En muchos contextos, hay poco involucramiento del personal de la salud y no se reportan los casos. Y en casos en los cuales se reporta, hay escaso repertorio y disponibilidad en las respuestas sociales en nuestro medio. Las instituciones de larga estadía de mala calidad son consideradas ambientes propicios para el maltrato.

La complejidad de este aspecto escapa a los objetivos prácticos y naturaleza de esta guía para la acción cotidiana.



Epidemiología



Aunque siempre existe una forma o tipo de abuso predominante, es frecuente la asociación de diferentes tipos de abuso en un mismo caso.

Existe a su vez un sesgo cultural, que hace que en algunas sociedades prevalezcan unas formas sobre otras (en las más violentas predomina el maltrato físico). La información disponible en cuanto a prevalencia proviene de países desarrollados y no existen estudios epidemiológicos nacionales, porque aún no disponemos de sistemas de información y vigilancia sobre este problema. Por eso comenzar a identificarlo como problema a jerarquizar y vigilar ya desde la práctica clínica es una iniciativa única y más relevante. Esta Guía es parte de ese avance.

Igual que en la violencia de género o hacia otros grupos etarios, el abuso-maltrato hacia los ancianos se observa en todas las culturas y clases sociales.

La dificultad en la obtención de información radica en que con frecuencia las personas mayores no se quejan o no llegan a concretar denuncias y a que existe un subregistro de casos (50% en servicios de emergencia en EE.UU.).

En nuestro medio, la pesquisa que deben realizar sobre este tema las instituciones prestadoras de servicios de salud deberá incluir a la brevedad a este grupo etario.

La información sobre prevalencia de violencia sobre los adultos mayores varía desde 4% (estudio de Manitoba, Canadá), hasta 10% en otros países desarrollados (OMS). Si bien se trata de un problema que predomina en la comunidad y en el contexto familiar, la OMS señala que la prevalencia en el ámbito institucional sería mucho mayor y que se requiere de mayor atención sobre dicho espacio porque implicaría a los propios servicios de salud y los de cuidados.

Si consideramos esta prevalencia y la relacionamos con nuestro país, 27.000 adultos mayores serían víctimas de alguna forma de maltrato en nuestro medio. En esta realidad, existe la convicción entre el personal de salud de que



predominan los malos tratos en los servicios, la negligencia, el abuso económico o patrimonial y el abuso psicológico.

En cuanto al maltrato en instituciones, tampoco existe información epidemiológica nacional. Estudios realizados en países desarrollados, basados en sistemas de vigilancia, concluyen que 36% del personal de enfermería ha sido testigo de algún incidente de maltrato físico hacia ancianos, 10% reconoce haber cometido al menos un acto de maltrato hacia mayores, 80% dice haber observado alguna forma de maltrato psicológico hacia adultos mayores en su ámbito de trabajo y 40% reconoce haber abusado verbalmente de residentes mayores en instituciones de larga estada en el último año (Pillemer y Moore).



Factores de riesgo, perfil del anciano víctima de maltrato y perfil del victimario/abusador

Factores de riesgo

- La presencia en el adulto mayor/víctima de deterioro funcional y déficits sensoriales.
- La alteración de funciones cognitivas/demencia en la víctima.
- El aislamiento social (vive solo y carece de contactos sociales, es viudo/a).
- La convivencia con el abusador (de común acuerdo).
- El cuidador con enfermedades mentales o adicciones.
- Cuidador sobrecargado o cuidador único.
- Un ambiente familiar perturbado por causas externas (déficit económico, desocupación, divorcio).
- Historia familiar previa de violencia doméstica.

En instituciones son factores de riesgo

El estilo de gestión y cultura organizacional (encuadre autoritario, no estimulación de la autonomía, irregularidad y no registro, ausencia de director técnico responsable, no existe capacitación del personal, ni motivación del mismo. Son macro instituciones con prácticas de masificación y despersonalización (“la institución total”), sin vínculos comunitarios, ni con las familias (ej.: horarios de visita limitados, sin amparo en la reglamentación vigente). No aplica a instituciones macro segmentadas en unidades de menor escala donde se personalizan los ambientes y la atención.

Perfil de la posible víctima



- Sexo: Mujer.
- Edad: Igual o mayor a 75 años. Estado civil: viudo/a.
- Deterioro funcional por enfermedad crónica o progresiva. Dependencia del cuidador.
- Conductas problemáticas en la víctima (incontinencia, hetero agresividad verbal y/o física, agitación nocturna).
- Antecedentes de lesiones previas inexplicables y recurrentes. Aislamiento social.

Perfil del victimario



- Parentesco cercano con la víctima (hija, nuera, hijo, nieto, esposo).
- Rol de cuidador obligado (no eligió la responsabilidad) o es el único cuidador.
- Depende económicamente y/o de la vivienda de la persona mayor.
- Problemas de adicciones (alcoholismo o drogadicción).
- Padece enfermedad mental o alteración de la personalidad.
- Tiene escasos contactos sociales.
- Renuncia a la ayuda médica y/o social.
- Es hostil o suspicaz en la entrevista.
- Pierde fácilmente el control.
- Historia previa de violencia familiar.
- Situación de estrés actual (pérdida de trabajo, enfermedad, problemas conyugales).



Comentarios

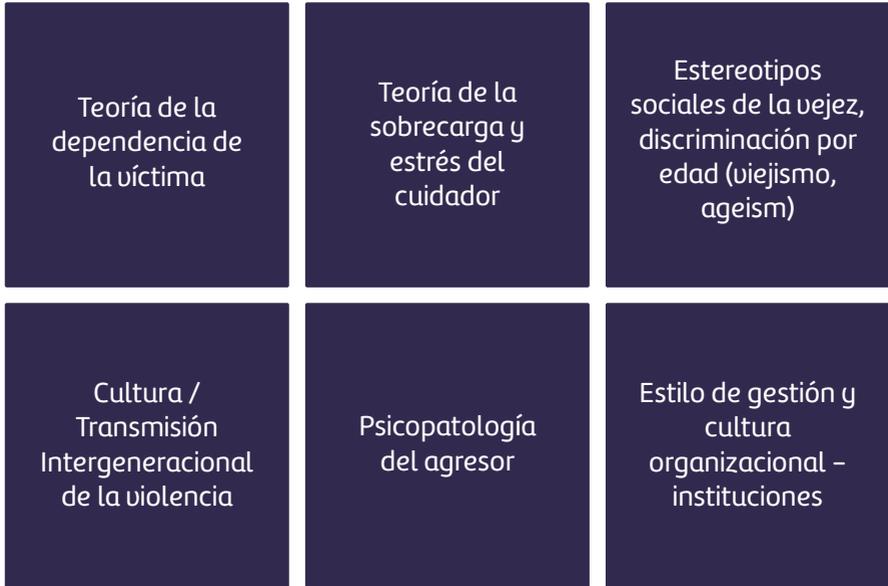
- En el abuso físico no existe necesariamente una relación con el nivel de dependencia física de la víctima, sino más bien con un incremento abrupto en el nivel y demanda de cuidados que esta requiere.
- En la negligencia, la víctima ya está en condiciones basales en una alta dependencia, es añosa y presenta en general deterioro cognitivo.
- En el abuso económico o patrimonial se trata de personas mayores solas, viudas y el victimario/abusador generalmente tiene problemas económicos actuales y/o abusa de sustancias.
- Existe la teoría de la dependencia de la víctima, que plantea que el factor predominante es la dependencia física y/o mental.
- La teoría del estrés del cuidador o de la sobrecarga del cuidador, que atribuye el problema a las conductas negativas y la frustración que produce la sobrecarga de cuidados en el cuidador habitual.
- La teoría de transmisión generacional de la violencia supone una conducta aprendida como causa y finalmente la teoría de la psicopatología del abusador que se fundamenta en la alta prevalencia de patología mental y adicciones en los cuidadores que maltratan.
- La teoría general de los sistemas, que integra las situaciones y conflictos mencionados en las anteriores.



El siguiente esquema ilustra lo mencionado

Teorías explicativas sobre abuso en la vejez

Teoría de los Sistemas



Ninguna teoría explicativa tiene el cometido de justificar, diluir o disminuir la expresión de abuso sobre nuestras personas mayores, ni las responsabilidades legales y éticas con que se califican estos eventos en nuestra normativa, costumbres y valores como sociedad. Son marcos teóricos para aportar a la comprensión del problema y contribuir a su corrección en beneficio del bien mayor, que es el bienestar y seguridad de la persona mayor víctima de violencia.



Grupos de alto riesgo para abuso y maltrato



- Personas mayores aisladas y sumamente dependientes que exceden la capacidad de la familia para asumir los cuidados.
- Personas mayores con cuidadores que expresan frustración por su responsabilidad y muestran falta de control sobre la situación que deben enfrentar.
- Personas mayores que conviven con familiares que han sido víctimas de maltrato o que son adictos (alcohol y/o drogas).
- Personas mayores que viven en un entorno familiar perturbado por desempleo del cuidador y relaciones conyugales deterioradas (pérdida del equilibrio familiar, el anciano como “chivo expiatorio” de la conflictiva en el entorno).
- Personas mayores con deterioro cognitivo o que asocian patologías con alta dependencia que pueden favorecer la sobrecarga del cuidador.
- Personas mayores institucionalizadas en residencias y hogares para mayores irregulares y no registrados.



Evaluación de la persona adulta mayor maltratada o abusada



En primer lugar, destacamos que la Valoración Geriátrica Integral (V.G.I.), que es una metodología de valoración multidimensional y estandarizada (biomédica, mental, funcional y social) de los adultos mayores, incluye en los aspectos sociales no solo las características y composición familiar del entorno de cuidados, sino también la calidad de la convivencia, además de la valoración y pesquisa de la sobrecarga en los cuidadores habituales y la pesquisa de situaciones de abuso. Ello es parte de la evaluación integral de todo adulto mayor.

Ante la sospecha de maltrato y/o la identificación de personas mayores con factores de riesgo, debe profundizarse en la investigación de la situación.

La entrevista deberá garantizar tranquilidad y privacidad, debe realizarse por separado y en un orden determinado: primero con el paciente/víctima, luego con el cuidador y finalmente con ambos.

Salvo que se trate de una situación manifiesta y evidente, primero se indagará acerca de la convivencia en el hogar, pasando progresivamente con preguntas más específicas al tema del maltrato (si le golpean, le amenazan, insultan, etc.), según los indicadores de las diferentes formas de abuso que se mencionan en esta guía.

La realización de la historia clínica requiere de tiempo, dedicación y empatía, incluso con el cuidador probable abusador. Debe establecer en un marco de confianza y confidencia necesarias para obtener la mayor información posible y debe cuidarse cualquier gesto que contribuya a la re-victimización de quien ha sido víctima, explicando con calma y paciencia la naturaleza de la entrevista asistencial. Debe explicarse que no se trata de un interrogatorio, sino de una entrevista para conocer en profundidad la situación y obtener la mejor información para ayudarle.



En la entrevista debe revisarse el inicio, la intensidad y frecuencia, los tipos de maltrato ya definidos, y la presencia de factores de estrés psicosocial. En el anciano debe consignarse el estado mental y afectivo, así como la situación funcional actual.

El desempeño o capacidad funcional actual de la víctima, su situación mental y la adecuada valoración de los recursos sociofamiliares son fundamentales para la toma de decisiones y resolución del caso.

Por ello, es tan importante que la intervención sobre la situación concreta tenga una perspectiva y multidimensional (biopsicosocial y funcional) e interdisciplinaria. Y por ello también es importante que todas estas perspectivas e informaciones se apliquen en territorio, en prácticas y oportunas intervenciones, sin dilaciones.

Lo ideal es disponer de una historia clínica protocolizada, que permita dar cuenta rápidamente y de forma integral de todos estos aspectos (biomédicos, mentales, sociales y funcionales).

El examen físico debe ser exhaustivo y minucioso, con el paciente desnudo y siempre cuidando la privacidad y pudor personal. Es conveniente graficar en un dibujo de contornos humanos (anterior y posterior), las lesiones que se encuentren, su localización, dimensiones, tipo y color. Si es posible debe documentarse el estado de piel y las lesiones mediante fotos, cuidando en todo momento la intimidad y pudor de la víctima.

Existen diferentes indicadores sugestivos de abuso hacia las personas mayores, tales como:

Explicaciones contradictorias e inverosímiles sobre lesiones.

Disparidad de relatos entre la víctima y el cuidador.

El adulto mayor concurre a consulta siempre con otra persona que no es el cuidador principal.

El anciano es abandonado en la emergencia de un hospital o en un espacio público.



Concorre frecuentemente a emergencia por descompensaciones de enfermedades crónicas.

Consulta con demora por atención médica y cambia o rota de centros de salud.

Recibe fármacos psicotrópicos no prescritos por el médico.

También existen indicadores específicos de:

a) Abuso físico:

Heridas, contusiones múltiples en hombros, muñecas, abdomen y brazos.

Heridas de coloración diferente.

Heridas y hematomas o pellizcos en área genital y boca. Hematoma ocular en antifaz.

Lesiones por medidas de contención física no indicadas, ni justificadas.

Signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene, intoxicación medicamentosa con fármacos prescritos o no prescritos.

Alopecia (calvicie) o laceraciones erráticas en el cuero cabelludo (por tirar de los pelos en forma brusca).

Arañazos.

Alteración emocional de la víctima (depresión, ansiedad, labilidad emocional).

b) Abuso psicológico:

Depresión.

Confusión.

Amenazas al anciano durante la entrevista (de abandono o institucionalización).

Extrema cautela del cuidador. Imposición de aislamiento abusivo.

Explicaciones confusas sobre lesiones o ridiculización de la víctima (que “no está en su sano juicio”).

c) Abuso patrimonial o económico:

Incongruencia entre ingresos y calidad de los cuidados. Falta o desaparición de bienes, joyas u otras pertenencias.



Cuidado – apoderado que realiza préstamos al consumo que no se destinan a las necesidades del adulto mayor.

Ubicación en residencial (“casa de salud”) de baja calidad con relación a los ingresos del anciano.

Condiciones globales y vestimenta inadecuadas y falta de insumos para cuidados desproporcionada al poder adquisitivo formal de la víctima.

d) Negligencia física:

Malnutrición, deshidratación, mala higiene de cuerpo y boca.

Ropa inadecuada y sucia.

Caídas a repetición inexplicables.

Hipotermia.

Signos de incumplimiento terapéutico.

Gafas rotas o inadecuadas.

e) Negligencia psicológica:

Confusión mental.

Ansiedad.

Pérdida de autoestima.

Conversación mínima entre paciente y cuidador. Indiferencia hacia el anciano.

Limitación de su capacidad de decisión.

Negación o interferencia en la relación del anciano con otras personas (amigos, otros familiares, etc.).

A este relevamiento se añade la evaluación social (recursos económicos y sociales), la pesquisa de sobrecarga del cuidador mediante el test de sobrecarga de Zarit (ver Anexos), y eventualmente exámenes paraclínicos, que dependen de la situación particular (ej.: radiografías si hubo traumatismo, TAC de cráneo si se sospecha traumatismo de cráneo, proteinograma si hay desnutrición clínica o se sospecha malnutrición).



En las instituciones, interesa agregar copias de controles e historia clínica del paciente, en particular respecto de dos situaciones: las medidas de contención física y las medidas de contención farmacológica (sedación con psicofármacos).

En este ámbito, el marco legal vigente (Ley 17.066 y Decreto 356/016, relativo a los establecimientos que ofrezcan servicios de cuidados a personas adultas mayores) establece que es el director técnico de la institución quien puede disponer medidas de contención física, solo en caso de que el estado del residente o usuario implique un riesgo para sí mismo o para terceros o interfiera con medidas de atención necesarias e ineludibles.

En estos casos, el director técnico realizará un diagnóstico de las posibles causas de la situación y dejará constancia en la historia clínica correspondiente del tipo de medida adoptada, el fundamento de su indicación y la duración o modificaciones de la misma.

La indicación se revisará periódicamente (cada 24 horas), y estará limitada a que se obtenga el control del trastorno mediante estrategias conductuales, ambientales y/o farmacológicos, de lo que también se dejará constancia en la historia clínica. En todos los casos, se tomarán las debidas precauciones para evitar daño al residente o usuario.



personales y objetos familiares, conforme dispone la normativa), medidas de contención física o farmacológica injustificadas y no amparadas en la norma, restricción de contactos sociales y visitas, etc.).

Nota: todas estas son manifestaciones graves de abuso porque se producen sobre una población “cautiva”, generalmente sin muchas posibilidades de defenderse y donde los equipos de salud son los responsables de proteger sus derechos.

Algunos ejemplos de maltrato en el ámbito institucional (Caballero, 2000):

- No suministrar los medicamentos adecuadamente.
- No realizar adecuadamente o suspender instancias de la higiene personal, confort, baño y asistencia en actividades de la vida diaria.
- Realizar comentarios inadecuados o hirientes durante los procesos de atención o en las unidades de atención.
- No respetar la intimidad en la higiene, la sexualidad, etc.
- Realizar medidas de restricción física o medicamentosa no consideradas en el marco legal y sin fundamento o como medida para “disciplinar”.
- No considerar las barreras arquitectónicas, no adaptar el entorno y no favorecer la autonomía de los residentes en la medida de lo posible.
- Falta de un plan individual de atención y cuidados.
- Limitación no fundamentada de las visitas y contactos sociales.
- No asegurar los derechos de los usuarios previstos en la norma.



El maltrato en la demencia



Existen factores que predisponen al maltrato en esta población:

- La sobrecarga, la depresión y la impulsividad en el cuidador.
- La agresividad verbal y/o física, el vagabundeo y la comorbilidad psiquiátrica (depresión) en la víctima.
- Las personas mayores con demencia duplican el riesgo de ser víctimas de alguna forma de abuso o maltrato.
- La mayor sobrecarga obedece a aspectos físicos y cognoscitivos, mayor demanda y atención, a la limitación social que determina en el cuidador, a la menor gratificación de parte del enfermo.
- El abuso psicológico y verbal es el tipo de maltrato más frecuente que sufren estas personas. Se relaciona con la salud mental del cuidador y los problemas conductuales en la víctima.
- En más de 70% de los casos existe 2 o más tipos de maltrato simultáneos.
- También son frecuentes la negligencia en los cuidados, el abuso patrimonial y el maltrato físico, asociados a otras formas de vulneración de derechos.

El cuidado de una persona con demencia es un proceso dinámico, prolongado e incremental. Cuidar al que cuida y enseñarle a cuidar de si mismo previene situaciones de maltrato.

- En un 70% de los casos, se trata de una enfermedad de curso prolongado (> a 6 años), que implica una pérdida progresiva de cognición y del desempeño funcional en las actividades de la vida diaria y por tanto de una creciente pérdida de autonomía, dependencia y necesidad de asistencia de terceros.



- La mayoría de personas que adquieren el rol de cuidador no están preparadas para serlo. Capacitarlas en herramientas del cuidado, proporcionarles consejos para afrontar la situación, explicarles de qué se trata, vincularles a grupos de familiares y a “sistemas de respiro y relevo familiar” (centros diurnos, asistentes personales), ayuda a reducir la ansiedad, a lograr un mejor control de la situación y disminuye el potencial de situaciones de abuso.
- La mayoría de quienes cuidan tanto en el contexto familiar como en el institucional son mujeres y tienen una edad media entre los 45 y los 60 años. Los cuidadores culminan afectando sus trabajos, instantes de ocio personal, sus aficiones y proyectos de vida y muchos se deprimen o padecen problemas físicos derivados de tareas para los cuales no se les ha capacitado. Ello se expresa en el síndrome de sobrecarga del cuidador.
- Para algunos autores el cuidador familiar es un “paciente oculto” y se habla del binomio paciente – cuidador.
- La sobrecarga del cuidador es un síndrome plurisintomático y multidimensional que afecta a los cuidadores, que tiene repercusiones médicas, sociales y económicas, y que pueden llevar al “cuidador” a una claudicación en el cuidado, repercutiendo negativamente tanto en su labor como cuidador, en su propia salud, como en la calidad del cuidado.
- El nivel de resiliencia de los cuidadores no varía con la gravedad de la demencia sino con la calidad, seguimiento y apoyo que los cuidadores perciben acerca de los servicios de salud y sociales y la labor de apoyo que los equipos de salud desarrollen.



Conducta y pautas para el manejo de casos



- El abordaje de las situaciones de maltrato hacia las personas adultas mayores se enmarca en los lineamientos generales del Ministerio de Salud Pública, que incluyen un abordaje interinstitucional, interdisciplinario y respetuoso de los derechos de las personas adultas mayores.
- Como ya señalamos, es necesario el trabajo en equipo en todas las etapas del proceso asistencial y definir el rol de cada uno de los integrantes del equipo, así como las tareas y responsabilidades concretas en cada caso. Todo ello debe documentarse en la historia clínica y protocolo.
- Si bien los profesionales del primer nivel de atención tienen un rol fundamental, no debemos olvidar que el primer contacto con la situación puede darse en el servicio de emergencia o a nivel hospitalario. Es fundamental que todos los profesionales estén capacitados en esta temática y que los equipos de referentes puedan asesorar y apoyar al resto de los profesionales en el abordaje.
- Debemos destacar que este no es un tema exclusivo del sistema de salud, pero es una gran puerta de entrada para la detección de situaciones de maltrato.
- Por tal motivo, resaltamos la importancia de que en el año 2006 el Ministerio de Salud Pública sancionó el Decreto 494/006 (actualizado por el Decreto 299/009), que dispuso la creación de equipos de referencia de violencia doméstica (ERVD), inicialmente enfocados en el abordaje de situaciones de mujeres mayores de 15 años. Posteriormente se incorporó una mirada generacional, que los convirtió en referentes de violencia basada en género y generaciones (ERVGG).



La conducta en cada caso particular estará condicionada o basada en tres aspectos:

1- El riesgo vital inmediato o mediato para la víctima – persona mayor.

2- La demanda o manifestación de deseo concreto de la persona adulta mayor ante la situación y su situación cognitiva objetiva para ejercer su autonomía y autodeterminación.

3- La capacidad del entorno socio-familiar para seguir cuidando y los recursos comunitarios e institucionales disponibles.

- Es importante considerar que en la mayoría de los casos no se requiere necesariamente de denuncia, ni de la judicialización del problema y que está demostrado que la intervención, seguimiento y conocimiento social o público del problema, ejercen un efecto protector sobre la víctima, en la medida que se realice un seguimiento institucional continuo o longitudinal de la situación.
- Cada caso merece especial dedicación y consideración personalizada o individual. Existen pautas generales, pero las mismas siempre deben adaptarse a lo que cada situación merece, considerando los tres aspectos ya mencionados.
- Si existe riesgo vital (peligro vital inminente o de perjuicio físico o si hay lesiones físicas evidentes) para el anciano, se debe considerar el ingreso hospitalario o la consulta en la puerta de emergencia del prestador correspondiente. En la evolución, debe ser separado del cuidador o abusador. Puede recurrirse a la hospitalización transitoria, a un ingreso temporal en una residencia o a limitar el tiempo de exposición o convivencia diaria con el cuidador, mediante la derivación a un centro diurno, otros familiares o amigos, según la situación y disponibilidad local de medios y servicios.



- La demanda y requerimiento concreto del anciano/víctima debe preguntarse siempre, porque hasta en 40% de los casos las víctima rechaza el cambio de domicilio u otras medidas. Frente a ello es necesario generar un tiempo de “respiro o demora” sobre la situación, lo que puede obtenerse en un centro diurno, en un albergue transitorio u otro contexto, para lograr las mejores condiciones en que el adulto mayor pueda ser libre de toda coacción para elegir las soluciones que el equipo le plantea. Quedarían exceptuadas las situaciones donde la persona mayor padece un deterioro cognitivo, donde su capacidad de ejercicio de la autonomía están menguadas.
- La denuncia deberá ser individualizada, teniendo en cuenta el estado cognitivo del paciente, su opinión y decisión (en caso de ser psíquicamente capaz), la repercusión del maltrato y la existencia de riesgo vital, determinada por éste o por las características de las agresiones sufridas y la impulsividad de la persona que ejerce el maltrato.
- **La denuncia puede ser efectuada directamente por el paciente, aunque esto no es lo habitual**, por la dinámica en la que se produce este tipo de situaciones y el vínculo entre la víctima y la persona que ejerce la violencia.
- En caso de ser necesaria la denuncia, ésta será realizada en forma institucional ante las autoridades correspondientes.
- La capacidad de la familia es determinante de la solución final, porque condiciona los apoyos a realizar. Sea cual sea la situación, el rol de la familia debe asegurarse, aunque esto no sobrepase de la obligación de pensión alimenticia que establece el marco legal. Esta demanda de pensión alimenticia está prevista en nuestro marco legal y es recíproca de hijos hacia padres. Puede y debe, si la situación lo amerita, ser planteada ante la Justicia por los equipos de salud que intervienen en el caso, si el adulto mayor es incapaz de solicitarlo por sí mismo. Los equipos de salud deben capacitarse y asesorarse, para desarrollar respuestas en este aspecto, en el marco de los servicios donde se desempeñen.



- También debe ofrecerse al cuidador una asistencia psicológica personal y el relevo de rol cuando es posible. Si la conducta del cuidador/abusador no es modificable, la única alternativa será la separación y cambio de ambiente del anciano.
- En todos los casos, la capacidad mental del anciano para rehusar una intervención terapéutica y/o social debe tenerse en cuenta. Si la persona mayor permanecerá en el domicilio (situación ideal), deberá instrumentarse un adecuado seguimiento y apoyos, como ya hemos señalado.
- Finalmente, en toda situación de riesgo es importante trabajar en el asesoramiento y consejo hacia las personas mayores que presenten los indicadores ya reseñados. La pesquisa de maltrato debe integrarse a la valoración del adulto mayor.

Consejos a las personas mayores con relación al tema. Prevención del riesgo de abuso y maltrato



- Se aconseja a las personas mayores que se mantengan activas y participativas en la medida de lo posible. La integración y el desarrollo de redes de apoyo actúan como factor protector frente a situaciones de abuso y maltrato. Participar en actividades de carácter social o recreativo, integrarse a espacios tales como clubes y otros espacios, así como evitar el aislamiento social, son buenas estrategias de auto cuidado y prevención respecto de este problema.
- En caso de ser víctima de alguna forma de abuso, se le aconseja que lo comente con personas de su confianza, o bien en el club donde participa de actividades, o en otra institución donde habitualmente asiste. Muchas veces le es difícil a la víctima transmitirlo, en especial cuando el maltrato proviene del entorno íntimo o familiar. Comunicar es mejor que callar. Quizás otras



personas con una mirada más objetiva, puedan aportar soluciones razonables y apoyarle en la situación.

- En caso de carecer de otras personas de confianza y siempre es aconsejable que transmita su situación al equipo de salud. El médico de cabecera, el geriatra, el personal de enfermería, los trabajadores sociales o cualquier otro miembro del equipo pueden y deben ayudarlo de alguna forma o apoyarlo al respecto.
- Dada la alta prevalencia de situaciones de abuso financiero, es recomendable que la persona maneje su dinero hasta donde le sea posible.
- En caso de tener que delegar en terceras personas, trate de que sean de su confianza.
- No haga poderes genéricos, no firme papeles cuyo contenido no comprende, ni testamentos a favor de personas desconocidas o que se comprometen a cuidarla “en caso de enfermedad”. Ante la duda con relación a su situación respecto a bienes o propiedades, o futuras herencias, es aconsejable que se asesore en materia legal con personal idóneo en la materia. Muchas veces, la vía judicial es la más idónea para protegerlo ante determinadas situaciones.
- Es recomendable evitar convivir con personas, familiares, que tengan problemas de adicción al alcohol o drogas. Son situaciones que exponen a la persona mayor a ser víctima de abuso y maltrato.

El abuso y el maltrato en la vejez no es un problema exclusivamente sanitario. Es un problema de la sociedad toda. Miles de personas mayores son víctimas de violencia y ven vulnerados sus derechos a diario. Es tarea de todos contribuir a la visibilización del tema, pues es un derecho humano el vivir una vejez con dignidad y sin ningún tipo de violencia.



Glosario de abreviaturas y terminología



ABVDS: actividades básicas de la vida diaria. Incluye las actividades básicas de autocuidado personal, tales como alimentarse, bañarse, higienizarse, controlar esfínteres, transferencias y movilidad básica (rolado en cama, cama silla o silla cama).

AIVDs: actividades instrumentales de la vida diaria. Son actividades un poco más complejas que las básicas y refieren a la capacidad de los adultos mayores para auto valerse en la comunidad, fuera del hogar. Comprende por ejemplo: realizar compras, manejar el dinero, planificar y ejecutar, prepara alimentos, ser responsable de su medicación (comprender indicaciones, prepararla y tomarla adecuadamente), ordenar el hogar, lavar la ropa, utilizar el teléfono y medios de comunicación, realizar trámites sencillos.

AAVDs: actividades avanzadas de la vida diaria. Estas actividades comprenden aquellas que requieren o refieren a la integración social y cultural (pertenencia a grupos de pares, actividades recreativas, integración y aprendizaje, etc.).

Estos tres grupos de actividades se pierden según un orden jerárquico desde las más complejas hacia las más simples en sentido inverso a como se adquieren en el ciclo de vida.

ASSE: Administración de Servicios del Salud del Estado

DI.GE.SA.: Dirección General de la Salud

Establecimientos de larga estadía: instituciones que brindan servicios para adultos mayores o establecimientos comprendidos en la tipología prevista en la Ley 17.066/98 y su Decreto Ley Reglamentario vigente (Decreto 356/2016).

ERVD: equipos de referencia de violencia doméstica.



ERVBBG: equipos referentes sobre violencia basada en género y generaciones.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

Persona adulta mayor: personas de edad igual o mayor a 65 años (en Uruguay, según define la Ley 17.066).

VGI: valoración geriátrica integral, metodología de evaluación multidimensional y estandarizada (biomédica, mental, social y funcional) para el diagnóstico integral de problemas de salud en personas mayores, su abordaje, seguimiento y selección del mejor contexto de atención, con el objetivo de una apropiada utilización de recursos sanitarios y sociales. No es un método de evaluación exclusivo del especialista sino aplicable en todos los niveles asistenciales.

La VGI ha demostrado mayor eficacia y eficiencia en comparación a la valoración médica tradicional, como instrumento para la valoración y atención de adultos mayores (*Siu, Reuben et al. Meta análisis de 29 estudios sobre resultados de la VGI. Comprehensive Geriatric Assessment*).



Bibliografía



Adams J, Maltrato en el Adulto Mayor Institucionalizado, Realidad e Invisibilidad, Rev Med Clin Condes. 2012; 23 (1): 84 – 90.

Aprobación – ratificación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Promulgación 08/09/2016. <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19430-2016>

Bazo M, Incidencia y prevalencia del maltrato hacia los adultos mayores. De la Cuesta J, El Maltrato de personas adultas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico, Instituto Vasco de Criminología, 2006.

Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse. 2019 <https://cnpea.ca/en/what-is-elder-abuse/get-help/manitoba>

Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. 2015. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Caballero J, Consideraciones sobre el maltrato al anciano, Revista Multidisciplinaria de Gerontología. 2000; 10 (3): 177 – 188.

Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age and Ageing. 2008; 37 (2): 132-33.

Cuestionario de Zarit, Caregiver Burden Interview, Zarit, Reeve and Bach – Peterson, 1980.

Conferencia Internacional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Seguimiento del Plan de Acción de ONU – Madrid 2002. Santiago de Chile, 2003.



Estudio sobre el Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay. Escuela Andaluza de Salud Pública. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Helpage International. Federación Internacional de la Vejez, 1999.

Formulario CASE. Detección de riesgo de abuso de parte del cuidador. Reis M, Nahmiash D. Validation of the caregiver abuse screen. Canadian Journal on Aging. 2005; 14:45 – 60.

Griffin and Aitken, Visibility blues: Gender Issues in Elder Abuse in Institutional Setting. Journal of Elder Abuse and Neglect. 1999; 10: 19.

Johannesen M, Logiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community dwelling elders. Age and Ageing, 2013; 42 (3): 292 – 298.

Maltrato en la demencia. Hernández JM et al, Rev Invest Demenc. 2012; 52: 21-27.

Maltrato en la demencia .Rivera Navarro J, U. de Salamanca, 2006

Mendoza Martínez L. Abuso y victimización. Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, D’hyver C. Geriatria. 1ªed. México: McGraw–Hill Interamericana; 2000.

OMS, INPEA, Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre el abuso y maltrato al mayor. Revista Geriatria y Gerontología. 2002; 37 (6):319–31.

Ouslander JG, Berenson RA. Reducing unnecessary hospitalizations of nursing home residents. N Eng J Med 2011; 365: 1165–67.

Organización de Naciones Unidas: Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento. Viena, 1982.

Pillemer K, Risk factors in elder abuse: result from a case control study, Arch Intern Med. 1987; 147:484–488.



Pillemer K, Moore D, Highlights from a study abuse of patients in nursing homes. Journal of Elder Abuse and Neglect. 1990; 2: 5-29.

Rivera Navarro J et al. Abuso hacia personas mayores Revista de Ciencias Sociales. 2015; 10: 1-24.

Savio I, Lozano F, Panza R. Guía clínica para la prevención, diagnóstico y abordaje de la violencia sobre los adultos mayores. ASSE. Administración de Servicios de Salud del Estado. Montevideo. 2014.

Savio I, Clavijo E, Lucero R, Presa D, Riverón M, Rorher C, Regina R, Queirolo C, Atención de las Personas Adultas Mayores en el Primer Nivel de Atención de Salud, Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos, Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud Pública, 2007

Savio Italo, Lucero Abreu Rossana, Atchugarry Marcos, Fierro Aldo, Casali Giannina, Rolando Danilo, Levi Sarah; Manual de Geriatría y Psicogeriatría. FEFMUR/AEM, Oficina del Libro, 2004.

Sepúlveda Moya D, Ruipérez Cantera I. Aspectos éticos y legales. Consentimiento informado. Directrices anticipadas. Abuso y maltrato. Salgado A. Manual de Geriatría. 3ªed. Masson. Barcelona. 2003.



Anexos



Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit .Caregiver Burden Interview.

Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20:649-655.

1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?



20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?

Puntuación (sumar los puntajes de c/item, con la siguiente gradación: Nunca: 0; Casi nunca: 1; veces: 2; Bastantes veces: 3 y Casi siempre: 4. No existe punto de corte, pero se considera “No sobrecarga ≤ 46 y alta sobrecarga ≥ 56).



Información, direcciones y contactos útiles



ASSE: cuenta con equipos de referentes de violencia basada en género y generaciones en todos los centros de salud de la Red de Atención Primaria (RAP) y hospitales de Montevideo. En el interior del país también hay equipos o técnicos que trabajan en la temática.

ASSE es el prestador integral de servicios de salud con mayor cantidad de equipos aplicados a este problema. Estos equipos referentes de violencia doméstica tienen tareas de organización, apoyo y atención de las situaciones complejas dentro del centro de salud, así como actividades de prevención y promoción en la comunidad, incluyendo la actualización de información, sensibilización y educación de los/as usuarios/as y equipos de salud.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES): el Servicio de atención a personas mayores en situación de abuso y/o maltrato tiene como objetivo brindar orientación y/o generar una respuesta a situaciones de violencia que afectan a las personas mayores que residan en Montevideo y Área Metropolitana.

Se solicita entrevista a través de las vías de contacto y durante el horario de atención: de lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas. Teléfono: 2400 0302 interno 5609 Celular: 098 846943

Email: servicioinmayores@mides.gub.uy

Ministerio del Interior: en Montevideo: Comisaría de la Mujer, San José 1126 esquina Paraguay. Teléfonos: 2901 5458 / 2901 5558

Centro especializado en recepción de denuncias de personas en situación de violencia doméstica (las denuncias pueden igualmente realizarse en cualquier seccional policial). Atención todos los días, las 24 horas.



En el interior: ver listado de Unidades especializadas en violencia doméstica en:
<http://www.minterior.gub.uy/genero>

Intendencia de Montevideo: División Asesoría para la Igualdad de Género. Servicio telefónico de orientación y apoyo a mujeres en situación de violencia doméstica. Teléfonos 0800 4141 o *4141

CICAM: Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor. Minas 1877 (entre Miguelete y Nueva York), Montevideo, Uruguay. Teléfono 2924 3338 cicam@adinet.com.uy; cicam.am@gmail.com Horario de atención: de lunes a viernes 14 a 18 horas

Fiscalía General de la Nación: violencia basada en género. Protocolo para la Investigación de los delitos. Elaborado en el marco de la implementación del Nuevo Código Penal. Ley 19.293. <http://www.fiscalia.gub.uy/innovaportal/file/866/1/protocolo-de-genero-1.pdf>





-
-  Ministerio de Salud – Uruguay
 -  @MSPUruguay
 -  www.msp.gub.uy