

Setembre
2005



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

Quaderns de la Bona Praxi

*Maltractaments
a la gent gran*

Edita:

COL·LEGI
OFICIAL

DE METGES
DE BARCELONA

20

Redacció

Experts redactors d'aquest quadern

Coordinació:

Dr. Antoni Yuste Marco.

Vicepresident de la Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia.
Direcció Mèdica Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat.

Sr. Roger Bruguera Villagrasa.

Advocat. Àrea de Praxi. COMB.

Dra. Montse Coma Solé. Metgessa de Família. ABS Les Planes. St. Joan Despí

Sra. Mercè Tabueña. Professora Escola de Treball Social de Barcelona.

Dra. Galdina Valls Borruei. Metgessa geriatra. Directora Mèdica del CSS Palau. Barcelona

Dr. Antoni San José Laporte. Cap UFISS Geriatria Hospital Vall d'Hebron.

Dr. Emilio Marco Segarra. Metge de Família. Tècnic de Salut. SAP Girona Sud.

Dr. Angel Guevara Casanova. Metge. Tècnic en Gestió i Administració Sanitària. ICS

Dr. Josep Benet i Travé. Metge. Col·laborador Àrea de Praxi. COMB

Equip consultor

Dr. Miquel Bruguera.

President Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.

Dr. Jaume Padrós.

Gerontòleg. Director Unitat Valoració Geriàtrica de la Fundació Conviure

Dra. Leonor Ancochea.

Metge Internista. Directora ABS Eixample. Vocal de la Junta de Govern del COMB

Dr. Anton M^a Cervera.

Ex President Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia i Director de l'Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària de l'IMAS i Cap del Servei de Geriatria de l'IMAS.

Edita

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA.

Centre d'Estudis Col·legials.

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona

e-mail: cecfmc@comb.es

Direcció Editorial: Alex Ramos Torre

Coordinació: Tonyi Barroso Torrubia

Quaderns de la Bona Praxi és una publicació periòdica del COMB, editada pel seu Centre d'Estudis Col·legials des de 1991 i caracteritzada per ser:

- *Una acció de Formació Mèdica Continuada que promou el Desenvolupament Professional dels metges d'acord amb l'esperada protecció dels ciutadans.*
- *Una Guia de Pràctica Clínica que fomenta la Bona Praxi i la prevenció de riscos professionals.*
- *Una eina de l'àmbit medicolegal que protegeix alhora el ciutadà i el professional de la medicina.*

© 2005 COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA. No es pot reproduir cap part d'aquesta publicació, ni emmagatzemar-la en un sistema recuperable, ni transmetre-la per cap mitjà electrònic, mecànic, fotocopiat, en discos, ni de qualsevol altra forma, sense la prèvia autorització per escrit del propietari del copyright.

<i>Introducció</i>	4
<i>Importància</i>	4
<i>Definicions i tipologies</i>	5
<i>Factors de risc</i>	6
<i>Detecció</i>	7
<i>Avaluació</i>	9
<i>Intervenció</i>	9
<i>Aspectes legals</i>	11
<i>Bibliografia</i>	13
<i>Annex 1</i>	14
<i>Annex 2</i>	16
<i>Annex 3</i>	18

Introducció

1

L'abús, la negligència o el maltractament a la gent gran és un problema difícil i complex.

El metge participa en el procés de detecció, així com en l'avaluació i intervenció amb d'altres professionals, a la vegada que pot ser font d'abús o negligència.

Qualsevol persona que estigui relacionada amb una persona gran ha de prestar atenció als senyals i els símptomes d'un possible maltractament. Els professionals de la Sanitat i els treballadors socials tenen especial obligació d'identificar-los i actuar en els casos amb sospita fonamentada i raonable de maltractament, a fi i efecte de proporcionar una protecció integral, sanitària, jurídica i social que doni solució al cas de maltractament i, quan sigui necessari, s'iniciïn les mesures de protecció procedents.

Els maltractaments a persones grans poden compararse als soferts pels menors en molts aspectes. Això no

obstant, per tal com han estat reconeguts més recentment, els recursos legals i socials per protegir les persones grans maltractades són menys universals, menys obligatoris i menys sofisticats que els disponibles per protegir els menors.

El maltractament a persones grans s'observa en totes les classes socials i qualsevol nivell socioeconòmic. Pot donar-se tant en institucions (públiques o privades) com en el domicili.

Quan es detecta un cas de maltractament, s'ha d'intervenir per prevenir reincidències, atès que les investigacions indiquen que el maltractament no acostuma a ser un fet aïllat sinó que existeix una recurrència d'un 80 % (O'Malley TA, Everitt DE, O'Malley HC, Champion EW Identifying and preventing family-mediate abuse and neglect of elderly persons. Ann Intern Med 1983; 98: 998-1005).

Importància

2

El maltractament a la gent gran és un problema de salut tal i com ha reconegut l'OMS.

Els professionals de la salut d'atenció primària hi tenen un paper particularment important, ja que s'enfronten a casos de maltractament de gent gran de forma quotidiana, encara que amb freqüència no els diagnostiquen com a tals (Declaració de Toronto, nov. 1992).

Es desconeixen les xifres reals al nostre entorn perquè n'hi ha pocs estudis (i els que hi ha estan fets bàsicament des d'una perspectiva social, no mèdica). Això és perquè aquests estudis són de metodologia difícil i cars. En altres països s'ha trobat que les xifres de prevalença de maltractament en la comunitat a majors de 65 anys

era del 3 % al 4 %, i la incidència anual era de l'1 %. Si a Catalunya s'apliquessin aquestes freqüències trobaríem uns 10.562 casos nous l'any.

Això no obstant, a aquest problema no se li ha donat la importància que mereix per la seva magnitud, fet que s'atribueix, segurament, al fenomen iceberg: 5 de cada 6 casos no són aflorats.

El maltractament és un fenomen que pot donar lloc a importants repercussions sociosanitàries, socioeconòmiques i de disminució de la supervivència. Hi ha una obligació professional, ètica i legal de no donar l'esquena a aquest problema.

Hi ha moltes definicions i matisos divergents en funció dels diferents autors. Una definició de consens propera, tot i que general, és la present a la Declaració d'Almeria (4 de maig de 1995):

- **El maltractament a la gent gran és**

Tot acte o omissió sofert per persones de 65 o més anys, en el seu medi familiar, en la comunitat o les institucions que vulneri o posi en perill la integritat física, psíquica, sexual o econòmica, inclosos el principi d'autonomia i altres drets fonamentals, constatable objectivament o percebut subjectivament per la persona.

La Declaració de Toronto (17 de novembre de 2002) a instàncies de la de Madrid està redactada en els següents termes i representa una aposta internacional i decisiva de l'OMS per abordar aquest problema.

- **El maltractament a la gent gran es defineix**

Com l'acció única o repetida, o la falta de la resposta apropiada, que es dona dintre de qualsevol relació on existeixi una expectativa de confiança i la qual produeixi dany o angoixa a una persona gran. Pot ser de diferents tipus: físic, psicològic/emocional, sexual, financer o simplement reflecteix un acte de negligència intencional o per omissió.

■ Tipus de maltractament

La classificació més acceptada i recolzada per la National Center of Elder Abuse és la següent: abús físic, abús psicològic, abús financer, negligència, autonegligència i vulneració dels drets de les persones. En general es donen situacions mixtes en les quals es pot destacar un tipus determinat de maltractament.

3.1

Abús físic

L'abús físic és l'ús de la força física que pot donar lloc a lesió corporal, dolor físic o perjudici. L'abús físic pot incloure, però no limitar-se, a aquells actes de violència com atacs (amb o sense objecte), cops, empentes, sacsejades, bufetades, potades, punxades i cremades. L'administració no garantida de fàrmacs o de restriccions físiques, l'alimentació forçada i el càstig físic de qualsevol tipus són exemples d'abús físic.

3.2

Abús sexual

L'abús sexual és aquell contacte sexual, no consentit, de qualsevol tipus amb una persona gran. Es considera també abús sexual el contacte sexual amb una persona incapaç de donar el seu consentiment, que inclou, però no es limita, als tocaments, violacions, sodomia i despullar o fotografiar per raons pornogràfiques. L'abús sexual també es podria considerar com un subtipus d'abús físic.

3.3

Abús psicològic/emocional

L'abús psicològic consisteix a infligir angoixa, dolor emocional o estrès. Inclou, però no es limita a assalts verbals, insults, amenaces, intimidacions, humiliacions i persecucions. Són exemples d'abús psicològic la infantilització, l'aïllament de la família, amics o de les seves activitats habituals, així com reforçar l'aïllament social.

3.4

Abús financer/econòmic (explotació)

L'abús econòmic és l'ús il·legal o fraudulent dels fons, propietats o possessions de la persona gran. Com a exemple inclou el cobrament de xecs sense autorització o permís, falsificar la firma d'un ancià, malversar diners o possessions d'una persona gran, coaccionar amb enganys una persona gran a signar un document i l'ús indegut del poder d'un tutor dels béns d'una persona gran.

3.5

Negligència

La negligència és el no-compliment de qualsevol de les obligacions vers una persona gran. La negligència pot també incloure l'incompliment de les responsabilitats fiduciàries d'una persona vers una persona gran (com no pagar pels serveis necessaris per a la cura de la casa o no assegurar la prestació de serveis domiciliaris). La negligència fa referència amb freqüència a la no-prestació a una persona gran, en el grau que es considera raonable, de les necessitats d'aliment, aigua, vestit, abrigo, higiene personal, medici-

na, confort, seguretat personal i d'altres necessitats essencials com la promoció de la salut.

3.6

Abandó

Es pot considerar l'abandó com un subtipus de negligència, i és quan qualsevol persona que té cura i custòdia d'una persona gran la desempara voluntàriament.

3.7

Autonegligència

L'autonegligència consisteix en el comportament d'una

persona gran que amenaça la seva pròpia salut o seguretat. Generalment es manifesta per una negació a autoproporcionar-se un adequat aliment, aigua, vestit, abric, seguretat, higiene personal i medicació (quan està indicada). Sovint exclou les situacions en les quals un ancià competent fa a consciència i pren decisions voluntàries que amenacin la seva salut o seguretat per cridar l'atenció.

3.8

Vulneració dels drets

És la manca de respecte als drets d'autonomia respecte a les decisions, les opinions i els valors de la persona gran.

Factors de risc

4

La identificació dels factors de risc és essencial per a una prevenció primària abans que el maltractament es repeteixi o es doni.

La necessitat d'una prevenció i una intervenció precoç, amb la pretensió d'evitar conseqüències més greus del maltractament, obliga els professionals sanitaris a detectar quines són les persones més susceptibles de patir maltractament i els cuidadors més propensos a inflingir-los.

Tot i que encara no podem determinar quins són els factors independents que comporten un risc elevat de patir un maltractament, podem determinar situacions de risc en funció dels estudis existents.

4.1

Situacions de risc dependents del perfil de la víctima

- Deteriorament físic per dur terme activitats per a la vida diària.
- Dependència psíquica, com les persones amb demència.
- Dependència emocional associada a trastorns de l'estat d'ànim o la depressió.
- Aïllament social.
- Cercle de violència familiar (sobretot entre cònjuges)

4.2

Situacions de risc dependents del perfil de l'agressor (amb freqüència cuidadors)

- Persona amb estrès, crisis vitals recents o problemes econòmics.
- Persona amb esgotament o llarg cuidador.
- Dependència econòmica de la víctima.
- Drogodependències (alcohol, heroïna...).
- Trastorns mentals.
- Cuidadors únics, immadurs o aïllats.

4.3

Situacions de risc dependents de l'entorn i estructurals

- Pobresa i manca de recursos.
- Edatisme o ageisme (discriminació vers als vells).

4.4

Situacions de risc de maltractament institucional

- Personal poc preparat o format.
- Baix salari.
- Sobrecàrrega de treball.

Els metges i els seus equips han de tenir la capacitat i sensibilitat per detectar possibles situacions de maltractament, el que facilitarà una intervenció precoç abans que es consolidi o perllongui el fenomen. Hi ha llistats detallats de signes i símptomes que ens poden fer sospitar de maltractament, molts dels quals formen part d'instruments de detecció o guies (**Annex 1**).

La recomanació per a la detecció del maltractament és que el metge conegui els indicadors de risc i les presentacions clíniques característiques suggerents de maltractaments i negligència per poder identificar-los. Per això, ha d'estar atent als signes d'alarma que indiquen un possible maltractament.

En conseqüència, les actuacions dels metges en relació amb els maltractaments han de basar-se en la prevenció en persones d'alt risc i en la detecció dels casos per intervenir.

5.1 *Indicadors generals de sospita en l'anamnesi de la persona gran*

- Antecedents de fractures, lesions, infeccions urinàries o episodis d'insuficiència cardíaca freqüents.
- Descontrol de la pauta farmacològica.
- Sobredosi de psicofàrmacs.
- Ús freqüent dels serveis d'urgències o d'altres serveis sanitaris.
- Acompanyament per una persona diferent al cuidador o falta de col·laboració.
- Confusió, temor, ansietat.
- Discrepància de la informació, retard en l'atenció sanitària.

5.2 *Indicadors generals de sospita a l'exploració física*

- Deshidratació, desnutrició.
- Cremades, contusions, hematomes, fractures, dermatitis, úlceres...
- Alteracions del son o de la parla.
- Manca d'higiene o roba inadequada.

5.3 *Indicadors generals de sospita al domicili*

- Reticència a la intervenció d'un equip.
- No seguiment de les pautes de cures o medicació.
- Aïllament físic o psíquic.
- Entorn diferent per a la persona gran en el domicili.
- Mesures de contenció física o farmacològica.

5.4 *Indicadors generals de sospita a les institucions*

- Ús excessiu de psicofàrmacs.
- Mesures de contenció físiques.
- Acarnissament terapèutic.
- Negació d'assistència.
- Despersonalització.
- Pèrdua de la intimitat.

5.5 *Instruments de detecció i d'ajuda*

Hi ha un conjunt d'eines que poden ajudar els professionals a detectar situacions de risc de maltractament. Molts d'aquests instruments són veritables guies completes de detecció, avaluació i intervenció, i poden tenir elements més qualitius o més quantitius.

Com sigui que molts d'aquests instruments es troben en procés de revisió, construcció i validació, hem cregut més convenient apuntar diferents referències per als interessats, en lloc d'apostar per algun en concret (**Annex 1**).

Apuntar que en àrees com urgències, la consulta d'atenció primària o serveis on el temps és escàs, haurem d'utilitzar instruments d'aplicació ràpida, el més sensibles i específics possible. Sovint són instruments de sospita, no diagnòstics, que no cobreixen totes les tipologies de maltractament ni totes les situacions (per exemple, no tots són aplicables a gent gran amb trastorn cognitiu o d'altres són per utilitzar amb els cuidadors).

Els instruments o models d'intervenció més complets i integrals, com pot ser l'avaluació geriàtrica integral o les guies assistencials, s'han de reservar per a equips específics de diagnòstic i intervenció en el maltractament o per a la posterior investigació.

La Canadian Task Force i el USA Preventive Service van elaborar uns qüestionaris d'ajuda al professional per a la detecció del maltractament en el decurs de la visita mèdica, un dirigit a la persona gran (**Taula 1**) i l'altre al cuidador (**Taula 2**).

Preguntes dirigides a la persona gran per a la detecció del maltractament

Algú l'ha pegat?

Algun membre de la casa el té atemoritzat?

Algú li ha pres alguna de les seves pertinences sense permís?

Algú l'ha obligat a fer coses que vostè no volia?

Algú l'ha tocat alguna vegada sense el seu consentiment?

Està vostè sol molta estona?

Algú l'ha cridat o amenaçat?

Algú li ha fet signar documents que vostè no entenia?

Se sent segur on vostè viu?

Taula 1

Preguntes al cuidador per valorar la seva interacció amb la persona gran

Li suposa molt d'esforç cuidar? És una tasca cansada i frustrant per a vostè?

Té ajut per part d'algú en l'atenció de? De qui?

Alguna vegada té dificultats per fer el que és millor per a ell/ella?

Quina és la millor manera de gestionar aquesta situació que es produeix?

Seria útil per a vostè l'ajut d'algú en l'atenció a?

Quin seria el millor ajut per a vostè?

Taula 2

Avaluació

6

L'avaluació s'ha de realitzar mitjançant una història clínica, i exploracions físiques i complementàries que alertin de qualsevol factor de risc o signe d'alarma sospitós de l'existència de maltractament.

Podríem distingir entre una avaluació de **sospita (Vegeu punt 5 i Annex 2a)** que passa per dotar d'habilitats i documentació pròpia adaptada als diferents llocs assistencials, i una avaluació de **confirmació** de maltractament (**Annex 2b**) que implica la constitució o formació específica d'equips interdisciplinaris.

La sospita en els serveis d'urgències es fonamenta en intervencions àgils i efectives, que identifiquin situacions de gravetat o de risc vital. Els equips han de saber com comunicar a fiscalia o jutjats, i com informar o derivar a d'altres equips d'avaluació de confirmació (sobretot en casos més complexos o dubtosos).

De manera similar cal aplicar a l'Atenció Primària, als Centres Hospitalaris o Residencials, el que moltes vegades es reflectirà en el disseny de **protocols** (cada centre o àrea ha de dissenyar els seus protocols o guies d'actuació, ja que el grau d'intervenció, les derivacions, les capacitats o les peculiaritats locals no són generalitzables de manera detallada).

L'avaluació de confirmació es fonamenta en pautes especialitzades com l'avaluació geriàtrica integral (ja comentat) amb elements propis de registre del maltractament i que derivarà en un resultat **consensuat** de l'equip entre el que és i no és maltractament.

L'ús d'un protocol ens ajudarà a no oblidar-nos d'aspectes essencials de la valoració. Un protocol ha de contemplar un apartat d'avaluació de la funcionalitat de la víctima, l'examen físic, l'interrogatori del potencial agressor i del registre de la informació obtinguda dels contactes col·laterals (veïns, altres metges...). Les eines útils van des del paper i el bolígraf, a la videocàmera, passant per esquemes gràfics o gravadores de so.

En l'anamnesi se suggereix seguir les **5P** de Villamore i Bergman (1981): ha de ser **privada**, a **passes**, **planificada**, amb explicacions en to de veu modulada (**pitch**) i amb **puntualitat** a la cita.

Les causes del maltractament són complexes, per això la seva identificació ha de seguir-se d'una verificació i d'una anàlisi exhaustiva per fer una minuciosa estratègia d'intervenció.

Intervenció

7

No hi ha d'haver detecció SENSE intervenció.

7.1

Objectiu

La intervenció ha de plantejar-se des d'un punt de vista multidisciplinari, incloent serveis sanitaris i socials (metges de família i d'urgències, infermeres, assistents socials), així com altres serveis de suport (geriàtres, psiquiatres, advocats i voluntaris, entre els quals es poden incloure persones grans que han patit maltractaments).

El metge ha de plantejar-se les següents qüestions: seguretat de la víctima, valoració geriàtrica global (estat cognitiu, estat de salut i funcional), accessibilitat per intervenir, recursos socials i financers de la persona gran, i la freqüència, severitat i intencionalitat del maltractament. Per sobre de tot, **cal garantir la seguretat i l'autonomia de la persona gran**. Evidentment, la intervenció suposa una disrupció i intromissió en la dinàmica familiar i constitueix una arma de doble fil. Per això, **la decisió d'intervenir s'ha de basar en diferents aspectes, entre els quals hi ha els ètics i legals**. Fins i tot la declaració del cas pot entrar en conflicte ètic amb el dret a la confidencialitat. Per això,

es dubta de l'eficàcia de l'obligació legal d'informar, atès que els metges tenen l'obligació de respectar les decisions dels seus pacients encara que sembli que prenguin decisions irracionals.

La major dificultat és com assolir un equilibri entre el dret a l'autodeterminació i la capacitat d'autogovern de la persona gran presumptament víctima de maltractaments i la necessitat d'adoptar mesures que posin fi a la probable situació de maltractament.

7.2

Principis

Es pot enumerar una sèrie de principis que es considera important tenir en compte en la intervenció.

- 1 Mantenir l'equilibri entre la protecció a la víctima i el respecte a la seva autonomia. Per tant s'ha d'avaluar el grau de competència i col·laboració de la víctima.
- 2 Avaluar el risc vital o de lesió greu per a la víctima.
- 3 Davant situacions significatives de maltractament o del seu risc, la intervenció necessita un equip interdisciplinari.
- 4 Una situació de maltractament és un important factor de risc per a un altre episodi, moltes vegades de major intensitat.
- 5 La qualitat de la relació entre l'equip i el cas. El paper del metge no ha d'estar lligat a l'existència de prejudicis, i no formar-ne part. El paper assistencial serà de col·laborador, conductor, catalitzador...
- 6 Hem d'obtenir de la probable víctima el reconeixement que la situació és anòmla i perillosa, i que té solució.
- 7 Amb el probable agressor hem d'intentar que arribi a acceptar que forma part del problema i que té molt de pes com a agent implicat. Això es farà amb consell familiar, clarificació d'expectatives, promoció de la responsabilitat, reducció del conflicte, combat al negativisme i promoció del suport.

- 8 Tant com sigui possible s'ha de fugir de l'enfrontament entre l'equip i els afectats, i entre els mateixos afectats. La col·laboració d'altres agents formals (altres professionals assistencials) o informals (amics, veïns) pot ser crucial en la intervenció.

7.3

Com es pot intervenir?

Es pot intervenir de forma **indirecta**, en el **problema**, treballant des de l'Administració pública, investigant i planificant. També entenem com a intervenció indirecta la derivació a d'altres recursos i la comunicació a la justícia, si escau.

La derivació o consulta obliga a tenir un clar coneixement dels recursos a la nostra àrea d'influència i treball. Aquest coneixement implica tenir el registre de les adreces, telèfons, responsables i cartera de serveis de la nostra àrea. Un pas previ i facilitador és haver plantejat i discutit situacions simulades de derivació amb la resta d'agents locals-comarcals i participar en taules de coordinació.

Fins que no es determini un model (local o únic) els probables recursos de derivació en funció del cas i la geografia poden ser els:

- Serveis socials d'atenció primària.
- Serveis socio-sanitaris (amb equips d'avaluació i suport domiciliari).
- Serveis d'urgència sanitària.
- Serveis policials i d'altres cossos de seguretat.
- Agents de la justícia, com les fiscalies.
- Recursos específics per a maltractament a la gent gran.

També es pot intervenir de forma **directa** sobre les víctimes i els agressors, majoritàriament de forma interdisciplinària.

La intervenció directa pot incloure visites al domicili, entrevistes ambulatories, intervencions legals, intervenció de les finances, plans educatius i canvi d'entorn, de vegades amb ingressos en serveis socials, sanitaris o socio-sanitaris.

Durant la intervenció s'utilitzaran diferents tècniques específiques per al control de la crisi i per si la intervenció es perllonga en el temps.

El metge desenvolupa un paper important en el benestar de tots els individus, però particularment en les vides de les persones més grans. Els professionals de la salut no són únicament responsables de determinar els problemes físics que tracten, sinó que també estan en una posició ideal per identificar les persones grans que poden estar essent maltractades, que s'estan descuidant o que les estan descuidant.

Per tant, és responsabilitat dels professionals que atenen gent gran vetllar pel compliment i la protecció dels seus drets econòmics, socials, culturals, així com dels seus drets civils, evitant qualsevol forma de vulneració d'aquests.

Si bé s'ha de suposar que els metges són els que estan en millor situació o en millors condicions per detectar els casos de maltractament, atesa en gran part la confiança que la majoria de persones grans hi dipositen, molts no són capaços de diagnosticar el problema perquè aquest tipus de situacions no han format part del seu aprenentatge professional i, en conseqüència, no formen part de la seva llista de diagnòstics diferencials. També, la complexitat de les relacions humanes i sobretot familiars i la manca d'informació en fa difícil l'abordatge des del punt de vista jurídic, mèdic i social. És a dir, que la necessitat de conviure amb l'agressor, el temps d'espera fins que recau una resolució judicial, les conseqüències dels processos judicials (institucionalització, conseqüències per al familiar/cuidador agressor...), entre d'altres, frenen en moltes ocasions l'emparament judicial (impedint en moltes ocasions el coneixement per part del professional).

A més a més, tot i que existeix un interès creixent per aquest problema, la majoria de països no han adoptat una legislació específica sobre el maltractament a la gent gran. En general, els aspectes concrets d'aquest maltractament estan contemplats en el dret penal o en les lleis sobre drets civils, de la propietat, la violència familiar o la salut mental. Per això, cal que el professional sanitari conegui la normativa existent i les vies d'actuació jurídica respecte als maltractaments a la gent gran.

8.1

Marc legal

L'article 10 de la **Constitució** fa referència als drets

fonamentals i a les llibertats, del que es deriven una sèrie de pautes respecte a la protecció de la persona gran i els seus drets, així com a la seva atenció mèdica i social.

Pel que fa al **Dret Civil**, si bé el nostre dret de família no té normes que continguin una resposta pensada i estructurada específicament per a la persona gran, sí que existeixen disposicions de caràcter general de les quals pot sorgir una protecció per a ell o formes d'evitar les situacions de marginació a les quals el mitjà social i familiar l'empeny.

El **Codi Penal** Espanyol de 1995 tampoc atorga una protecció especial a la persona gran. No obstant l'anterior, la majoria de les conductes que configuren la tipologia de maltractaments apuntada en aquest quadern les trobem tipificades, en funció de la seva intensitat i gravetat, com a delictes o falta.

8.2

Conducta medicolegal recomanada

Davant d'una situació de maltractament, cal, en primer lloc, fer una valoració inicial de la situació de risc, investigar si és una situació aguda o crònica, valorar el risc potencial de les lesions, si hi ha risc immediat (físic, psíquic o social) i establir un pla d'actuació integral, que contempli la situació física, psíquica i social de la persona gran, abordant cadascun d'aquests aspectes. S'haurà de contactar amb el treballador social i amb els serveis especialitzats si fos necessari, i en alguns casos caldrà el seu ingrés en Hospital o Centre Sociosanitari.

Si escau, atenent a raons de perill immediat per a la salut de la persona gran o per incapacitat física o psíquica d'aquest, procedirà emetre un comunicat judicial. En qualsevol cas, el metge sempre haurà d'informar la persona gran de la situació i de la possible evolució del problema, així com de les possibilitats d'actuació i els recursos existents, donant-li tota la informació necessària per si desitja formular una denúncia.

Una vegada valorat el risc immediat per a la persona gran, les causes, la voluntat del pacient i les possibilitats d'intervenció, el professional sanitari haurà de prendre la decisió.

8.2.1. Si la víctima no és competent

1. Hi ha risc de dany greu:

S'ha de separar la víctima de l'agressor. Aleshores, la notificació obligatòria al Jutjat es considera un instrument vàlid en les situacions en les quals la víctima no pugui formular la denúncia per si mateixa. De vegades s'ha d'iniciar la sol·licitud d'incapacitació legal o bé comunicar al jutge la necessitat d'institucionalització.

2. No hi ha risc de dany greu:

Es plantejaran altres solucions: evitar els factors de risc (per exemple, en un conflicte per sobrecàrrega del cuidador, buscar solucions com descansos, centres de dia o treballadors familiars, o en cas de malaltia mental o toxicomania del cuidador, iniciar un tractament psiquiàtric), informar el familiar o la persona responsable dels recursos socials i judicials al seu abast i activar els esmentats recursos socials realitzant simultàniament una supervisió continuada per valorar la seguretat i capacitat de la persona gran a llarg termini.

8.2.2. Si la víctima és competent

Si no accepta la intervenció, s'haurà de preservar el seu dret d'autonomia i respectar els seus desigs. Això no obstant, s'ha de sospesar la possibilitat que una persona sigui incapaç d'actuar en el seu propi interès per coacció, per por a represàlies, per por d'abandonament o per por a la seva institucionalització. En aquests casos s'ha de treballar perquè el pacient pugui decidir lliurement què és el més convenient per a ell. Se l'assessorarà i educarà informant-lo sobre la reincidència dels abusos i proporcionant informació escrita de direccions i telèfons de contacte per a situacions de necessitat. En aquests casos, és aconsellable una revisió periòdica de la situació.

En conclusió: Només en cas de persones grans vulnerables, sense capacitat mental suficient per tenir consciència del risc que corren i protegir-se a si mateixos, o quan es constata la comissió d'un delictes, estarà justificada la intervenció contra la seva voluntat, posant-ho en coneixement dels treballadors socials, dels serveis de protecció a la persona gran, i iniciant procediments judicials mitjançant el corresponent comunicat judicial.

Per tant, l'opinió de la persona gran competent s'ha de tenir sempre en compte a l'hora de dissenyar qualsevol estratègia d'abordatge del maltractament.

8.3

Resposta legal en funció del tipus de maltractament

Vegeu **Annex 3**.

8.4

Figures legals que el metge ha de conèixer

■ Document de voluntats anticipades

És el document, adreçat al metge responsable, en el qual una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, expressa les instruccions a tenir en compte quan es trobi en una situació en què les circumstàncies que concorrin no li permetin d'expressar personalment la seva voluntat.

www.comb.es/cat/serveis_profes/publicacions/sic/sic107/sic10.htm

■ La incapacitació judicial

És una mesura de protecció emesa per un jutge que comporta que la manca de capacitat sigui suplida per institucions tutelars que tenen cura de la guarda i protecció de la persona i els seus béns, a través de la tutela (persona i béns), la curatela (béns) i el defensor judicial (protecció provisional).

■ Tutela

És la guarda de la persona i béns, o només de la persona o dels béns, dels menors o incapacitats no subjectes a la pàtria potestat. L'autoritat que, en defecte de la paterna o materna, es confereix per tenir cura de la persona i béns, dels quals per qualsevol causa no tenen completa capacitat.

■ Curatela

És una tutela patrimonial que restringeix la lliure administració dels béns del tutelat i la seva capacitat de disposició amb la finalitat de salvaguardar el seu patrimoni.

■ Defensor judicial

Figura que representa el mitjà d'emparament i defensa dels interessos dels incapacitats quan existeix conflicte entre aquests i els seus representants legals, tutor o curador.

■ Acolliment

La Llei 22/2000, d'acolliment de persones grans, estableix una sèrie de mesures que ajuden les víctimes de maltractament allunyant-les dels agressors, eviten la solitud, obren el cercle de violència a la participació d'altres elements i preveuen evitar la seva institucionalització.

■ *Activitat pericial*

Vegeu document "PROFESSIÓ. Qüestions polèmiques i consells pràctics" núm. 11 sobre "L'activitat pericial" www.comb.es/cat/serveis_profes/publicacions/professio/numero11/home.htm

■ *Emissió de comunicats judicials*

És un acte verbal o escrit a partir del qual una persona posa en coneixement de l'Autoritat Judicial, Fiscal o de la Policia Judicial un fet que hagi conegut o

tractat en l'exercici de la seva activitat professional i que per les seves característiques pugui ser susceptible de constituir matèria penalment punible. Activen els recursos judicials casos de maltractaments greus o molt greus.

Vegeu document "PROFESSIÓ. Qüestions polèmiques i consells pràctics" núm. 7 sobre "Les relacions amb els Tribunals de Justícia".

www.comb.es/cat/serveis_profes/publicacions/professio/numero7/home.htm

Una de les responsabilitats del personal sanitari (metges i infermeres) consisteix a identificar de forma activa els casos de maltractaments i el risc de repetició, encara que la víctima no ho manifesti directament, per tal de poder fer una correcta atenció sanitària. Registrar les lesions detalladament a la història clínica i prendre les mesures preventives i de suport són també objectius per assolir.

També cal respectar l'autonomia personal i la llibertat dels pacients, i crear, per tant, el marc d'actuació equilibrat que permeti l'assoliment d'aquesta autonomia i alhora la deguda protecció.

Les decisions sobre com i quan intervenir en l'abús a la gent gran són de les més difícils que han d'afrontar els professionals sanitaris. Les causes de l'abús són complexes, i es coneix poc sobre les causes i els factors de risc en cada cas particular. Les qüestions legals i ètiques s'afegeixen a aquesta complexitat. D'una banda, la persona gran ha de ser protegit del dany i, de l'altra s'ha de respectar la seva autonomia en la presa de decisions.

Bibliografia

9

Barbero Gutiérrez J et al. Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación. Colección manuales y guías, serie personas mayores. Observatorio de personas mayores, IMSERSO. 2005.

Informe Mundial de la OMS sobre la violencia y la salud. EB111/11. 2002

Jones J, Dougherty J, Shelble D. Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse. 17th Annual Meeting of the University Associated for emergency Medicine. Philadelphia. 1987.

NCEA. Final Statistics, Marzo 2005 <http://www.elderabusecenter.org/pdf/publication/FinalStatistics050331.pdf>.

NCEA. National Elder Abuse Incidence Study , 1998 <http://www.elderabusecenter.org/default.cfm?p=nis.cfm>

NCEA. Final Statistics, Marzo 2005 <http://www.elderabusecenter.org/pdf/publication/FinalStatistics050331.pdf>

Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *Gerontologist* 1989; 29: 314-320.

Pillemer KA, Finklehor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist* 1988; 28: 51-57.

Podnieks E. National Survey on abuse of the elderly in Canada. *J Elder Abuse Neglect* 1992; 4: 5-58.

Quinn MJ, Tomita SK. Elder abuse and neglect, causes, diagnosis, and intervention strategies. Springer Publishing Company, New York 1997.

Ruiz-Sanmartín A, Coma-Solé M, Boncompte P, Altet J, Porta N, Duaso P, Postigo P. El médico de familia y el síndrome de los malos tratos a ancianos. *At. Prim.* 2000; 26: 641-646.

Servei de Responsabilitat Professional. PROFESSIÓ núm. 1. Qüestions polèmiques i Consells pràctics. "Document del Consentiment Informat". Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Gener - Febrer 1999.

Servei de Responsabilitat Professional. PROFESSIÓ núm. 7. Qüestions polèmiques i Consells pràctics. "Les relacions amb els Tribunals de Justícia". Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Febrer - Abril 2000.

Servei de Responsabilitat Professional. PROFESSIÓ núm. 11. Qüestions polèmiques i Consells pràctics. "Sobre l'activitat pericial". Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Gener - Març 2001.

Servei de Responsabilitat Professional. PROFESSIÓ. Qüestions polèmiques i Consells pràctics. "Guies de Pràctica Clínica". Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Juny - Agost 2001.

Yuste A. Abusos y malos tratos a las personas mayores. *Año gerontológico* 2003; 17, 373-392.

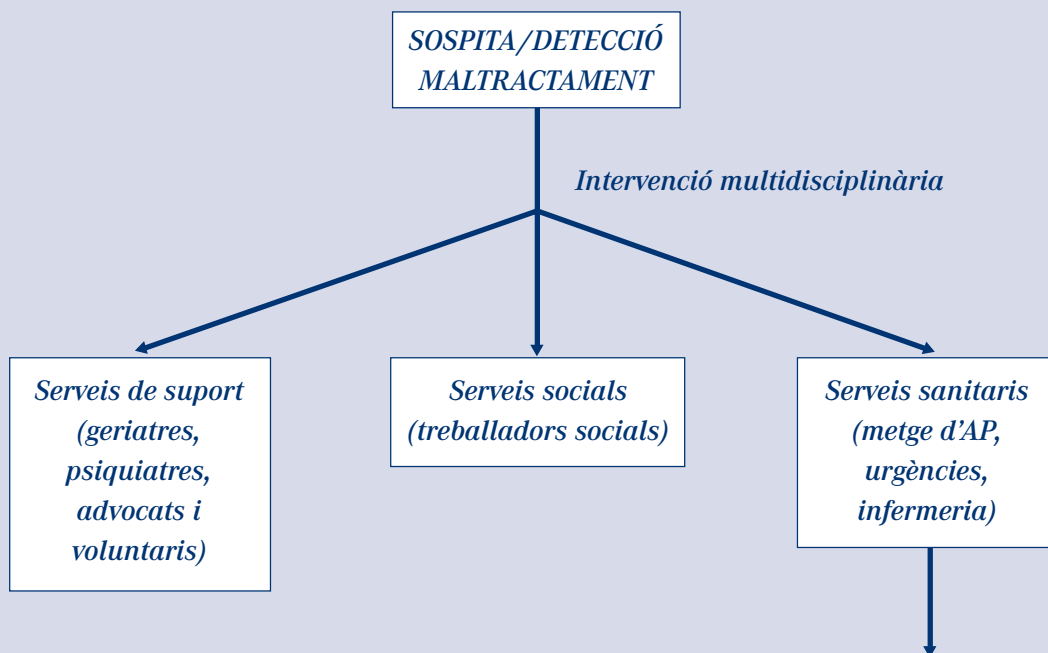
WHO. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores, 17 nov. 2002. in <http://www.who.int/hpr/ageing>, <http://www.inpea.net> y <http://www.onpea.org>

Instruments o models de detecció

Autors (any)	Nom de l'instrument	Mètode	Psicometria	Comentaris
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Guies i avaluacions qualitatives</i> 				
American Medical Association (1992)	AMA Assessment protocol	Guia davant la sospita d'abús	NO	Depèn de l'habilitat del clínic; tots els llocs; s'avalua la víctima
Johnson D (1981)	Screening Protocols for the Identification of Abuse and Neglect in the Elderly	Recollida de dades que requereix d'entrevista i període d'observació, s'avaluen 18 àrees	NO	Breu; no lloc especificat; sobre víctima i guardador, fa referència a l'etiologia
Quinn MJ i Tomita SK (1981, 1982, 1997)	Harborview Medical Center Elder Abuse Diagnostic and Intervention Protocol	Guia estructurada en 111 punts en 19 apartats	NO	Llarga, per avaluar el maltractament, sobre víctimes i guardadors
Rathbone-McCuan E et al (1982)	Case Detection Guidelines	Llistat de factors de risc i signes de maltractament	NO	Dirigit a professionals amb poca experiència en abús; tots els llocs; sobre víctima i guardador
Fulmer T et al (1984, 1992, 2000, 2002)	Elder Assessment Instrument (EAI)	41 ítems i un comentari, no per calcular, 7 seccions que revisen els signes, símptomes i queixes subjectives	Cronbach 0.84 Fiabilitat test-retest 0.83 ($p < 0.0001$)	12-15 min; necessita entrenament; sensible, poc específic; urgències, hospital, domicili; serveix per derivar a recursos de diagnòstic-intervenció, traducció al castellà
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Avaluacions d'enfocament quantitatiu</i> 				
Ferguson AD et al. (1983)	Health Attitudes Living arrangements Finances (HALF)	37 ítems, requereix entrevista i observació	NO	Una història social una mica llarga; tots llocs clínics; sobre víctima i guardador
Reis M et al (1995)	Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	5 preguntes en un minut	Sí, concordança del 86-90 %	Per a gent gran amb guardadors; ràpid; possible a urgències i consultes externes; a la víctima i al guardador

<i>Reis M et al (1995)</i>	<i>Caregiver Abuse Screen for the Elderly (CASE)</i>	8 ítems; 4 o més punts suggestiu d'alt risc d'abús; cal investigar cada ítem respost com sí	Chronbach 0.71 (abús físic, psicosocial, econòmic)	Curt i ràpid; útil per a professionals inexpertes; útil en la clínica diària;
<i>Reis M et al (1998)</i>	<i>Indicators of Abuse Screen (IoA)</i>	29 ítems repartits en 3 categories; inicialment eren 48 problemes i 12 ítems demogràfics	Chronbach 0.92; identifica 78-84 % de casos d'abús	Aplicat per professionals ensinistrats, després de 2-3 hores d'avaluació; s'omple en 20 minuts; sobre víctimes i guardians; potent instrument per a la investigació i equips específics
<i>Straus M (1978, 1979)</i>	<i>The Conflict Tactics Sacle (CTS)</i>	19 ítems autoresposta o per entrevista; s'omple en 10 min.	Chronbach 0.42-0.88, validesa de concurrència 0.19-0.80; validesa de contingut 0.80; validesa de constucte ok	Versió espanyola validada, dirigit a abús físic i assalt, no negligència; solament víctima; es pot administrar en ingressats o no, àmplia experiència en abús no gent gran
<i>Hawlek MA et al (1986, 1991)</i>	<i>Hawlek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S EAST)</i>	Qüestionari de 6 ítems predictius d'abús, originàriament 1000 ítems, després versió de 15 ítems; distribuïts en 3 categories	Consistència interna baixa; taxa falsos negatius alta	Ràpid; aplicable en urgències i consultes; solament sobre víctimes; no contempla tots els tipus; la víctima ha de tenir bon nivell cognitiu; versió australiana de 6 ítems diferents
• Models combinats, qualitatius i quantitius				
	<i>Avaluació Geriàtrica Integral</i>	Anamnesi, exploració física i instruments validats	Fiabilitat provada sobre la gent gran fràgil, pendent sobre l'abús	Completa; sobre víctima i guardian; precisa de professionals entrenats en geriatria; aplicable en múltiples llocs
<i>Bass DM et al (2000)</i>	<i>Screen Tools and Referral Protocol (STRP) Stopping Abuse Against Older Ohioans: A guide for Service Providers</i>	Combinació de diversos instruments amb protocol de derivació, material de formació i d'intervenció	Sí	En llocs clínics; solament a la víctima; complex i complet; té una versió més reduïda

Modificat de Fulmer et al, 2004



**DETECCIÓ PER PART DEL METGE:
Elements a tenir en consideració**

- Seguretat de la víctima
- Valoració geriàtrica global/integral
- Accessibilitat per intervenir
- Disponibilitat recursos socials i financers de la persona gran
- Freqüència, severitat, intencionalitat del maltractament

**CAL GARANTIR LA SEGURETAT
I L'AUTONOMIA DE LA PERSONA GRAN**



**DECISIÓ D'INTERVENIR (CAL ASSOLIR UN EQUILIBRI
ENTRE EL DRET A L'AUTODETERMINACIÓ
I LA NECESSITAT D'ADOPCIÓ DE MESURES QUE POSIN FI
A LA SITUACIÓ DEL MALTRACTAMENT)**

CONFIRMACIÓ D'EXISTÈNCIA DE MALTRACTAMENT

- 1- Valoració inicial de la situació de risc
- 2- Investigar si és una situació aguda o crònica
- 3- Valorar el risc potencial de lesions
- 4- Si hi ha risc immediat (físic, psíquic o social)
- 5- Establir pla d'actuació integral (físic, psíquic o social)
- 6- Contactar treballador social i/o serveis especialitzats amb ingrés en centre hospitalari o sociosanitari, si escau
- 7- Emissió de comunitat judicial si:

- a- Perill immediat per a la integritat física o psíquica de la persona gran
- b- Incapacitat física o psíquica de la persona gran

DETECCIÓ DE MALTRACTAMENT RISC IMMEDIAT PER A LA VIDA O INTEGRAT FÍSICA
- denunciar situació de maltractament al Jutjat

SI VÍCTIMA NO COMPETENT I RISC GREU
- SEPARAR VÍCTIMA DE L'AGRESSOR

Iniciar sol·licitud d'incapacitació legal o comunicar al jutge la necessitat d'institucionalització

NO RISC DE DANY GREU O SOSPITA DE MALTRACTAMENT

Evitar factors de risc com sobrecàrrega del cuidador, malaltia mental, etc.

Buscar solucions (descansos, centres de dia, tractament psiquiàtric, etc.)

1. Informar del recursos socials i judicials al seu abast
2. Adoptar mesures de seguretat

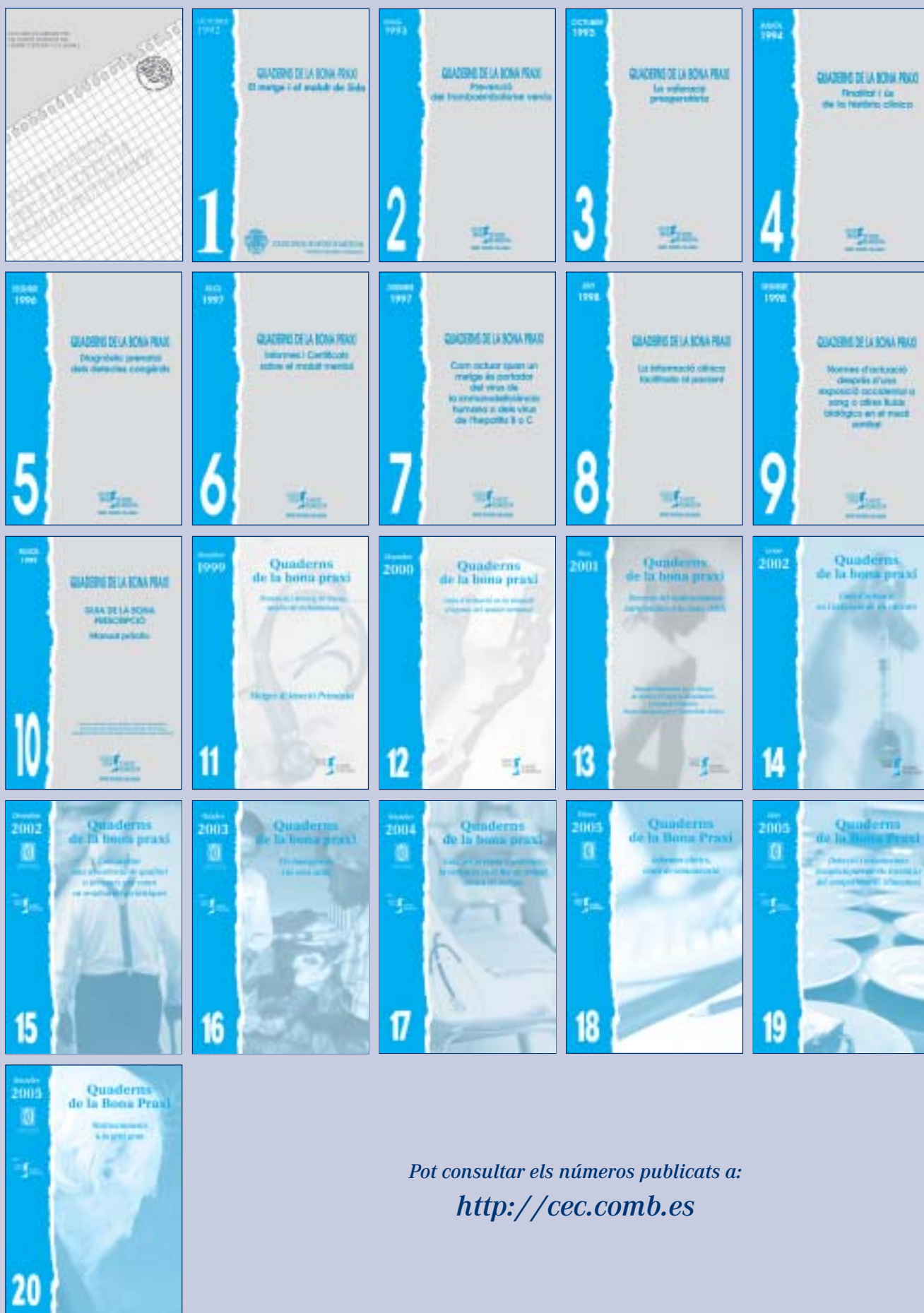
Supervisió continuada per valorar seguretat i capacitat de la persona gran a llarg termini

SI VÍCTIMA COMPETENT RESPECTE A LA SEVA VOLUNTAT INFORMADA

Resposta legal en funció del tipus de maltractament

<i>MALTRACTAMENT</i>	<i>RESPOSTA LEGAL</i>	<i>COM S'ARTICULA</i>
<i>Físic</i>	<i>Delicte de violència domèstica</i> (art. 153 C.P) <i>Delicte de lesions</i> (art. 147 C.P)	{ <i>Denúncia de la víctima</i> <i>Comunitat judicial</i>
<i>Sexual</i>	<i>Delicte d'agressió sexual</i> (art. 180 C.P) <i>Delicte d'abús sexual</i> (art. 181 C.P)	{ <i>Denúncia penal</i> <i>Comunitat judicial</i>
<i>Emocional</i>	<i>Delicte de coaccions</i> (art. 172 C.P) <i>Delicte de maltractament emocional</i> (art. 173 C.P) <i>Delicte d'amenaçes</i> (art. 169 C.P)	{ <i>Denúncia penal</i> <i>Comunitat judicial</i>
<i>Econòmic</i>	<i>Delicte d'apropiació indeguda</i> (art. 252 C.P) <i>Delicte d'estafa</i> (art. 248 C.P) <i>Delicte d'utilitzar ancià per pidolar</i> (art. 232 C.P) <i>Tutela</i> <i>Curatela</i> <i>Defensor judicial</i>	{ <i>Denúncia penal</i> <i>Comunitat judicial</i> <i>Demanda d'incapacitació</i>
<i>Negligència/Abandó</i>	<i>Delicte d'abandonament de</i> <i>persones incapacitades</i> (art. 229 C.P) <i>Delicte de denegació</i> <i>d'assistència sanitària</i> (art. 196 C.P) <i>Altres</i> <i>Tutela</i> <i>Defensor judicial</i>	{ <i>Denúncia penal</i> <i>Comunitat judicial</i> <i>Demanda d'incapacitació</i>
<i>Autonegligència</i>	<i>Acolliment</i> → <i>Tutela</i> →	<i>Inscripció Registre d'Acolliment</i> <i>Demanda d'incapacitació</i>

Números publicats



Pot consultar els números publicats a:

<http://cec.comb.es>

Quaderns de la Bona Praxi



Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.