

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



El maltrato a las personas mayores desde un enfoque de terapia ocupacional: revisión bibliográfica.

AUTOR: CANDELA VICENTE, ELIA.

TUTOR.

MORENO MORENTE, GEMA.

Departamento y Área. Departamento de patología y cirugía. Área de radiología y medicina física.

Curso académico 2024- 2025

Convocatoria de Diciembre

Índice

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
1. INTRODUCCIÓN	2
2. OBJETIVOS	3
3. MATERIAL Y MÉTODOS	4
3.1 Criterios de elegibilidad	4
3.2 Fuentes de información	4
3.3 Estrategia de búsqueda	4
3.4 Código de investigación responsable (COIR)	5
4. RESULTADOS	5
4.1 Selección de los estudios	5
4.2. Características sociodemográficas y clínicas de los estudios	13
4.3 Tipos de maltrato/abuso	13
4.4 Tipos de intervención	14
4.4.1 Intervención educativa.....	15
4.4.2. Intervención psicoeducativa.....	17
4.4.3. Intervenciones psicosociales.....	19
4.4.4. intervención psicológica.....	20
4.5. Funcionalidad de la persona mayor maltratada	20
5. DISCUSIÓN	20
6. CONCLUSIÓN	23
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
8. ANEXOS	26

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento conlleva cambios que aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores, incluyendo el riesgo de maltrato, definido por la OMS como acciones o negligencias que causan daño en relaciones de confianza. Este problema, de alcance global, tiene graves consecuencias físicas y mentales, siendo los familiares los principales agresores. La Terapia Ocupacional puede jugar un papel clave en la prevención y atención, promoviendo la independencia y diseñando intervenciones educativas y de apoyo para reducir esta problemática. **Objetivos:** revisar la evidencia científica de la última década sobre las situaciones de maltrato hacia las personas mayores. **Métodos:** se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, eliminando los duplicados con Zotero. La búsqueda incluyó artículos en inglés o español, a personas mayores con antecedentes de abuso y publicados en los últimos 10 años. **Resultados:** según los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 18 artículos. En general, los estudios seleccionados se centran en la prevención, evaluación y desarrollo de habilidades para evitar futuras situaciones de abuso. Además, los tipos de intervención más utilizados son la psicológica, la educativa, la psicosocial y la psicoeducativa. **Conclusión:** Fomentar programas educativos y aumentar la formación de los profesionales de la salud son pasos esenciales para avanzar en la protección de esta población vulnerable.

ABSTRACT

Introduction: Aging involves changes that increase the vulnerability of older adults, including the risk of mistreatment, defined by the WHO as actions or neglect that cause harm in relationships of trust. This global issue has severe physical and mental consequences, with family members being the main perpetrators. Occupational Therapy can play a key role in prevention and care by promoting independence and designing educational and support interventions to address and reduce this problem. **Objectives:** To review the scientific evidence from the last decade on situations of elder abuse. **Methods:** a literature search was conducted in the PubMed database, with duplicates removed using Zotero. The search included articles in English or Spanish, involving older adults with a history of abuse, and published in the last 10 years. **Results:** According to the inclusion and exclusion criteria, 18 articles were selected. In general, the selected studies focus on prevention, assessment, and skill development to prevent future abuse situations. Additionally, the most used types of interventions include psychological, educational, psychosocial, and psychoeducational approaches. **Conclusion:** Promoting educational programs and increasing training for healthcare professionals are essential steps to advance the protection of this vulnerable population.

DeCS: Adultos mayores; Ancianos; Violencia domestica; Abuso de ancianos; Maltrato de ancianos.

MeSH: Frail elderly; Aged; Domestic violence; Elder abuse; Elder neglect.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento como “el proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (1).

El envejecimiento es un proceso gradual y continuo de cambio natural que se inicia en la edad adulta temprana. Aunque las personas envejecen de forma distinta, algunos cambios son el resultado de procesos internos (1). Es el cúmulo de una variedad de daños musculares y celulares a lo largo del tiempo provocando una disminución de las capacidades físicas y mentales, así como un mayor riesgo a sufrir determinadas enfermedades (1). Las afecciones más comunes del envejecimiento normal son: pérdida de presbiacusia, presbicia, lumbalgias y cervicalgias, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Además, pueden aparecer estados de salud complejos como fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión (2). Estamos refiriéndonos a una etapa más de evolución, la más avanzada, tanto en edad cronológica como en experiencia, y donde deberían darse los mayores cuidados y atenciones (3).

La OMS define el maltrato hacia las personas mayores como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana” (4). Existen diferentes tipos de maltrato hacia las personas mayores como el físico, psicológico, financiero y sexual (5). Los factores que más influyen en el riesgo de sufrir abuso incluyen el sexo, la edad, el nivel educativo, el estado civil, el estilo de vida, el estado financiero, entre otros (5).

En muchos casos de maltrato, los signos de abuso pasan desapercibidos porque se confunden con cambios asociados al envejecimiento normal o el deterioro de la salud (2). Algunos de los signos y síntomas más comunes de cualquier tipo de abuso en personas mayores son: la depresión, la confusión, el miedo, los cambios de comportamiento y la pérdida de sueño (2). Las lesiones en las personas mayores provocadas por el abuso y/o el maltrato pueden provocar una serie de consecuencias negativas como pueden ser las enfermedades mentales, intentos de suicidio, traumas e incluso la muerte (6).

Según la Declaración de Toronto de 17 de noviembre de 2002 (4), el maltrato hacia las personas mayores es un problema universal. Las investigaciones realizadas hasta ahora demuestra la prevalencia que tiene tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados (4). En el año 2022 murieron 146 personas en España mayores de 65 años, tanto hombres como mujeres a causa de ser maltratados (3). Alrededor del 90% de los casos de abuso de personas mayores son cometidos por un miembro de la familia (2),

siendo la mayoría no denunciados por causas como la vergüenza, la culpa, el miedo a represalias o a perder la independencia, por no conocer sus derechos o no saber dónde o cómo conseguir ayuda (2).

Asimismo, la Red Internacional de Prevención del abuso y maltrato en la vejez (INPEA) y el interés por parte de la OMS han conseguido elevar la conciencia a nivel mundial sobre la prevención del maltrato en personas mayores (4), pese a que hay poca información sobre ello: faltan marcos legales para identificar qué se trata de maltrato, la sociedad tiene poca información acerca de cómo prevenir estos casos y se suele educar poco tanto a nivel educacional como a través de los medios de comunicación para eliminar los estereotipos y los estigmas sobre la población mayor (4).

La Terapia Ocupacional (TO) es una profesión sociosanitaria, en la que mediante el uso terapéutico de las actividades de cuidado, trabajo y juego pretende incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad (7), así como mejorar la calidad de vida de las personas mayores (8). Una vez que el abuso llega y afecta a la calidad de vida de la persona, creemos que se produce un desequilibrio ocupacional, entendiendo este como “la falta de equilibrio entre las diferentes áreas de ocupación de la persona” (9). Derivada de esta situación se genera un conflicto entre los diferentes roles de la persona mayor (9).

Cualquier alteración en la ocupación y en los roles de la persona va a tener una repercusión negativa en el desempeño de las actividades de la vida diaria, limitando la participación en ellas y afectando su funcionalidad. Es por ello que es fundamental conocer cómo el abuso a las personas mayores puede afectar a su independencia e identidad personal para así poder planificar enfoques de intervención desde Terapia Ocupacional basado en programas de intervención y prevención del abuso de personas mayores destinados a los cuidadores (10) y centros educativos, programas dirigidos a los profesionales de la salud y trabajadores de servicios sociales (2) con el objetivo de la conciencia de abuso a personas mayores y así poder reducir la incidencia de esta problemática.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es analizar la evidencia científica disponible de los últimos 10 años sobre las posibles situaciones que pueden considerarse maltrato hacia las personas mayores.

De este objetivo general se desglosan los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los diferentes tipos de maltrato que experimentan las personas mayores.
- Describir las características de las personas mayores que sufren el maltrato.
- Analizar las diferentes intervenciones llevadas a cabo por determinados profesionales de la salud.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Criterios de elegibilidad

La selección de estudios se realizó en base a los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios realizados en personas mayores con historia de maltrato.
- Artículos publicados en inglés o español.
- Estudios realizados en los últimos 10 años.

En cuanto a los criterios de exclusión se aplicaron los siguientes:

- Presencia de abuso de alcohol y/o otras sustancias tóxicas en las personas mayores.
- Casos de suicidio.
- Que el abuso lo sufra los/las profesionales de la salud.
- Revisiones sistemáticas o metaanálisis.
- Estudios en sujetos no humanos.
- Artículos que no tengan acceso a texto completos.

3.2 Fuentes de información

Se realizó una revisión bibliográfica con una búsqueda amplia usando la base de datos PubMed de los últimos 10 años, desde el mes de marzo hasta el mes de junio del 2024.

3.3 Estrategia de búsqueda

Los estudios fueron identificados en la base de datos PubMed utilizando la siguiente estrategia de búsqueda: ((Frail Elderly) OR (Elderly) OR (Seniors) OR (Elder) OR (Older Adults) OR (Elderly)) AND ((Domestic violence) OR (Violence) OR (Aggression) OR (Elder Abuse) OR (Elder Neglect) OR (Elder Mistreatment)). En la Tabla.1 “Estrategias de búsqueda bibliográfica utilizadas en la base de datos” quedan reflejadas los resultados de la ecuación de búsqueda utilizada.

Tabla 1. Número de artículos encontrados en la búsqueda bibliográfica por descriptores en las bases de datos.

Estrategia de búsqueda	PUBMED
((Frail Elderly) OR (Elderly) OR (Seniors) OR (Elder) OR (Older Adults) OR (Elderly)) AND ((Domestic violence) OR (Violence) OR (Aggression) OR (Elder Abuse) OR (Elder Neglect) OR (Elder Mistreatment))	894
Excluidos por título y abstract y posterior lectura completa del artículo	876
Total	18

3. 4 Código de investigación responsable (COIR)

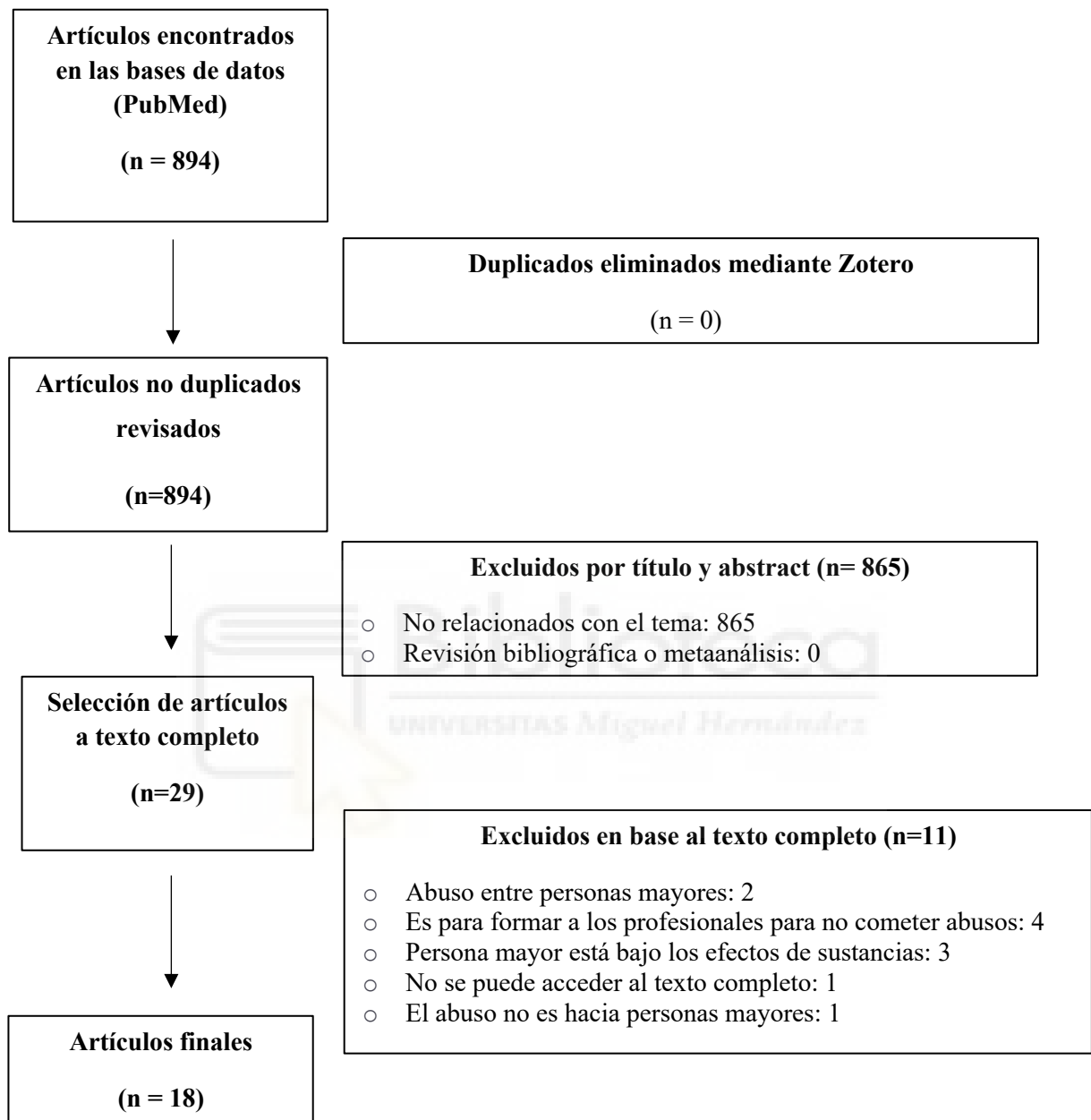
La revisión fue valorada por el comité de ética de la “Universidad Miguel Hernández de Elche” (UMH), y se le asignó el siguiente número COIR: TFG.GTO.GMM.ECV.240313 (Anexo 1).

4. RESULTADOS

4.1 Selección de los estudios

La búsqueda en PubMed resultó un total de 894 artículos. Tras eliminar 865 artículos en una primera lectura por título y abstract, se obtuvieron un total de 29 artículos. Después de realizar una lectura detallada del texto completo y en base a los criterios de inclusión y exclusión de los artículos resultantes se excluyeron 11 artículos, seleccionando un total de 18 artículos, seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, publicados en los últimos 10 años (Figura 1).

Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de artículos sobre el maltrato hacia personas mayores desde un enfoque de terapia ocupacional.



La mayoría de los artículos analizados utilizaron el diseño controlado aleatorizado (n=14). Solamente en 3 artículos utilizaron diseños diferentes como son ensayo controlado casi aleatorio (11), casi experimental (12) y estudio transversal (13). Las características de los artículos incluidos en dicho trabajo se encuentran en la tabla 2. “Estudios sobre maltrato en personas mayores”.

A partir de la búsqueda bibliográfica se seleccionaron un total de 18 estudios de acuerdo con los criterios de inclusión y de exclusión y publicados entre los años 2013 y 2023. En la Tabla. 2 “Resultados de los artículos incluidos en la revisión” se pueden comprobar las características generales de los estudios.

En la revisión de la literatura, se identificaron cuatro temas principales en relación con el maltrato de las personas mayores desde un enfoque de terapia ocupacional: (1) Características sociodemográficas, (2) tipos de maltrato/abuso, (3) intervenciones utilizadas y, (4) Funcionalidad de la persona mayor. A continuación, se presentan los hallazgos organizados por cada uno de estos temas:



Tabla 2. Estudios sobre maltrato en personas mayores.

Autor, año	Objetivo	Muestra	Herramienta ev. /variables estudiadas	Intervención/ Frecuencia	Resultados
Gassoumis Zachary D., 2023	Examinar si la intervención de COACH reduce la experiencia de EM.	Cuid de adultos mayores dependientes (n=80)	<ul style="list-style-type: none"> · Escala del Maltrato Geriátrico · QoL – BREF: CdV del Cuid · PHQ – 9: depresión del Cuid. · GAD 7: Ansiedad del Cuid · Escala sobrecarga Zarit 	Intervención educativa y conductual de apoyo al Cuid (COACH), dando estrategias de cuidado y afrontamiento. Duración: 1 vez/semana. 12 sesiones grupal	En GC tasas de maltrato a PM estables. En GI significativamente + > en CdV social, pero no persiste en el seguimiento de 3 m.
Kunik M., 2020	Reducir incidencia de agresión en PcD.	Adultos con demencia y sus cuid (n=228)	<ul style="list-style-type: none"> · CMAI: Agitación · Escala estadiación de ev. Funcional: estado funcional · Escala Intensidad del dolor geriátrico: dolor · GDS: depresión geriátrica · Escala sobrecarga Zarit · Escala de Reciprocidad: relación cuid - PcD 	Intervención en habilidades para abordar problemas dolor, depresión y de relación con el cuid. Duración: 6-8 sesiones/semana en domicilio y telefónica.	La depresión y la ansiedad > con el tiempo. No hubo efecto principal del tiempo para el dolor en general, los aspectos positivos de la prestación de cuidados y la carga del cuidador.
James G Booker, 2018	Examinar la satisfacción del adulto mayor que sufre auto abandono con APS	Adultos con autonegligencia (n=100) sin patología concreta	<ul style="list-style-type: none"> · MMSE: estado cognitivo · SF- 36: estado de salud · GDS – 15: depresión · CSQ-8: satisfacción cliente 	Evaluar el valor de los servicios prestados mediante ítems de la escala CSQ-8.	El 77% indicaron satisfacción con servicios recibidos, así como recomendarla a un amigo, regresar a APS si era necesario y satisfacción con la cantidad de ayuda recibida.
Estabsari Fatemeh, 2018	Investigar el efecto de la educación en el comportamiento que promueve la salud.	Adultos mayores (n=464) sanos que visitaran centros de salud.	<ul style="list-style-type: none"> · Cuestionario de conocimiento sobre abuso de ancianos · Cuestionario de barreras de salud · HPLP II: estilo de vida que promueve la salud. 	Intervención educativa de empoderamiento de PM basado en promoción de la salud: actividad física, recreación, entretenimiento, sueño,	>significativo en autoeficacia, apoyo social y comportamiento que promueve la salud.

			<ul style="list-style-type: none"> ·Cuestionario de recursos personales ·Escala general de autoeficacia ·Escala de soledad ·GDS: depresión geriátrica ·Escala de control del lugar de salud ·SCARED: identificar PM en riesgo de abuso 	<p>nutrición, relaciones interpersonales y apoyo social.</p> <p>Duración: 20 sesiones grupal/6 meses.</p>	
Cooper, Claudia. 2016	Investigar si START < la conducta abusiva en cuid de personas que viven en sus hogares.	Cuidadores de PcD (n=260)	<ul style="list-style-type: none"> ·MCTS modificada: conflictividad cuidador – PcD 	<p>Intervención psicológica de afrontamiento para cuidadores familiares de PcD.</p> <p>Duración: 8 sesiones.</p>	START no < la conducta abusiva de los cuid.
N Gitlin, Laura. 2021	Probar eficacia de TAP para < comportamientos agitados y agresivos para cuid y PcD.	PM con demencia y agitación/agresión (n=150)	<ul style="list-style-type: none"> ·MMSE: estado cognitivo ·NPI-C: comportamiento agitado/agresivo ·CAFU: función y malestar del cuidador 	<p>Evaluar habilidades y necesidades de PcD y sus cuid, incluyendo el entorno y la comunicación. Ofrecer técnicas específicas para los cuid, como señalización, simplificación y adaptación del entorno físico.</p> <p>Duración: 8 sesiones/3 meses</p>	<p>TAP no mejoró la agitación/agresión.</p> <p>>dependencia funcional de PcD, bienestar del cuid y confianza en el uso de la actividad, con < asistencia.</p>
Jo Anne Sirey. 2015	Examinar la viabilidad de implementar exámenes rutinarios y servicios de SM.	Personas con depresión y/o ansiedad (n=69)	<ul style="list-style-type: none"> ·PHQ-9: salud del paciente ·GAD – 7: ansiedad 	<p>Psicoterapia de resolución de problemas y técnicas de manejo de la ansiedad (PROTECT).</p> <p>Duración: 8 sesiones (tiempo sin determinar)</p>	PROTECT es una intervención flexible que puede integrarse en un entorno de abuso de personas mayores, para abordar simultáneamente el abuso y las necesidades de salud mental de un adulto mayor.
Mark E Kunink. 2017	Comparar la eficacia de la prevención de la agresión en PcD con atención habitual para <	Cuid. De adultos con demencia y PcD (n=203)	<ul style="list-style-type: none"> ·Inventario de Agitación de Cohen y Mansfield: Agitación ·GDS: depresión geriátrica ·Escala intensidad del dolor ·Escala de eventos agradables: frecuencia y disfrute percibido en la actividad ·Escala sobrecarga Zarit 	<p>Intervención psicosocial que desarrolla habilidades de cuidadores informales</p> <p>Duración: 6 a 8 sesiones/semana de 45 minutos</p>	<p>Los participantes de la AH solo aprendieron a reconocer mejor el dolor.</p> <p>No efectos significativos en la incidencia de agresión.</p>

	la incidencia de agresión.				
Priscilla Harries. 2014	Examinar el efecto en la capacidad de los novatos para detectar de manera eficiente el abuso financiero.	187 personas (n=154 novatos; n=33 expertos)	Expertos y novatos juzgaron la "certicidad de riesgo" en 43 escenarios.	Intervención de capacitación en la toma de decisiones sobre la capacidad detectar y prevenir el abuso financiero de los ancianos.	La ayuda para el entrenamiento de decisiones tiene un efecto positivo sobre la capacidad de decisión.
Cristiane da Silva Gabriel Capeletto. 2021	Estimar la prevalencia de la restricción mecánica y los factores asociados con su práctica en mayores en atención domiciliaria.	Personas mayores en atención domiciliaria con cuidadores en el momento de recopilación de datos. (n=162)	<ul style="list-style-type: none"> ·Observación directa ·Entrevista ·índice de Katz: grado dependencia en ABVD ·MMSE: estado cognitivo 	Observación directa y entrevistas estructuradas sobre la información del cuid., la práctica de la restricción y los datos clínicos de las personas mayores. Duración de observación y finalización de cuestionarios: 35 minutos.	El uso de restricciones físico es una práctica común. Es alarmante el tiempo que están bajo estas restricciones.
Sonia Oveisi. 2021	Desarrollar y probar un tratamiento basado en el MI para entornos de atención primaria de salud.	Familiares de mujeres mayores (n=80).	<ul style="list-style-type: none"> ·MI ·Cuestionario de autoinforme: pensamientos, creencias, comportamientos y actitudes de uno mismo. ·Escala Likert: nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. 	MI a miembros de la familia de mujeres mayores que consistía en: evaluación de necesidades, establecimiento de objetivos de cambio, métodos y estrategias de implementación, y la planificación y evaluación de resultados. Duración: 4 sesiones de 1 hora	< significativa en la frecuencia de abuso psicológico y negligencia en comparación con el GC. El abuso físico fue poco frecuente.
Jo Anne Sirey. 2021	Estudiar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar de PROTECT sobre la gravedad de la depresión y CdV	Personas mayores con depresión significativa (n=40)	<ul style="list-style-type: none"> ·PMQ-9: salud del paciente ·CSQ: satisfacción del cliente ·MADRS: Calificación depresión ·WHOQOL-BREF: CdV 	PROTECT = objetivos relacionados con promover la seguridad, autocuidado para aumentar autoeficacia o manejar situaciones con el abusador. Duración: 9 sesiones/9 semanas	PROTECT es factible, aceptable y condujo a una > tasa de inicio del tratamiento entre adultos mayores vulnerables y desatendida con altas tasas de depresión.

	entre víctimas de abuso				
Giulia Ferrari. 2018	Estudiar efectividad de intervención psicológica brindada por defensores a sobrevivientes de violencia doméstica	Mujeres con experiencia de violencia doméstica y abuso (n=263)	<ul style="list-style-type: none"> ·PHQ-9: depresión ·CORE-OM: distrés psicológico ·GAD-7: ansiedad ·PSS: síntomas de TEPT ·CAS: escala compuesta de abuso 	Intervención PATH se basa en una capacitación que aborda los impactos psicológicos de violencia doméstica y abuso en las mujeres y desarrolla habilidades terapéuticas específicamente adaptadas a este grupo de clientes. Duración: 10 sesiones	< de angustia psicológica y síntomas depresivos, excepto ansiedad o la experiencia de un mayor abuso.
Zwingmann.2018	Investigar el impacto de la demencia en la carga del cuid. Diferenciando entre carga objetiva y subjetiva. Investigar la	Cuidador – PcD (n=317)	<ul style="list-style-type: none"> ·MMSE ·B-ADL: AVD ·GDS: depresión geriátrica ·Inventario de Berlín: sobrecarga cuidador 	La intervención aborda 3 áreas clave: gestión de medicamentos., gestión del tratamiento y la atención y apoyo y educación del cuidador. Después se genera una lista de recomendaciones de tareas específicas y el médico es el último que decide si el paciente la puede realizar o no.	< la carga de los cuidadores familiares con demencia en dimensiones multifacéticas.
Zahra Khanlary. 2016	Estudiar la eficacia de un programa social cognitivo – conductual basado en la familia para reducir el abuso de PM.	Personas mayores (n=27)	· DEAQ : abuso de PM en el hogar	Intervención de trabajo social cognitivo – conductual basado en la familia. Duración: 5 sesiones en 1 mes	Efecto positivo en la < de casos de abuso de PM y negligencia financiera, restricción de la vida persona, autonomía y abuso psicológico.
Su – Jung Liao. 2022	Examinar efectos de ICM en comparación con la atención geriátrica habitual.	Adultos mayores con diagnóstico depresivo o estado de ánimo depresivo (n=143)	<ul style="list-style-type: none"> ·BSR-5: Valoración de síntomas ·MMSE: Estado cognitivo ·CES-D: depresión ·ILV: satisfacción con la vida 	Evaluación y gestión de los problemas de salud, mejoras en el bienestar espiritual y mental, ayuda con las AVD y la movilidad, provisión de recursos de bienestar social y prevención de abuso de personas mayores.	ICM puede < la depresión, síntomas psicológicos, ideación suicida, así como > la satisfacción con la vida entre los PM con depresión que viven en comunidades.

				Duración: 18 semanas	
Isaac. 2021	Evaluar los cambios en los patrones de prescripción de medicamentos psicotrópicos en PcD	PM (n=74)	<ul style="list-style-type: none"> ·CSI: estrés cuidador ·I. Barthel: AVD ·PAINAD: dolor en demencia avanzada ·CSDD: depresión en demencia ·CMAI: Agitación 	<p>Harmony in the Bush es una intervención que se centra en el mantenimiento de las rutinas diarias individuales, la organización de la actividad grupal para minimizar los estímulos de estrés e implementación de ciclos de sueño y vigilia para evitar la fatiga.</p> <p>Duración: 2h/semana durante 1 mes</p>	< en el uso de medicamentos psicotrópicos y el uso de medicamentos inapropiados.

Abreviaturas: ev.: evaluación; EM: maltrato; Cuid: Cuidador; CdV: calidad de vida; PM: personas mayores; PcD: personas con demencia; APS: Servicios de protección para adultos; TAP: Programa de actividades personalizadas; A(B)VD: Actividades (básicas) de la vida diaria; MI: Mapeo de intervención; ICM: Modelo de Atención Integrada. QoL-BREF: Cuestionario de la CdV versión Breve; PQH-9: Cuestionario de salud del paciente; GAD-7: Escala de Ansiedad Generalizada; CMAI: Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield; GDS: Escala de Depresión Geriátrica; MMSE: Mini Mental Scale Examination; SF-36: Cuestionario de Salud (versión breve); GDS-15: Escala depresión Geriátrica de Yasevaje (15 ítems); CSQ-8: Cuestionario de satisfacción del cliente; HPLP II: Perfil del Estilo de Vida que promueve la salud; SCARED: detección de trastornos emocionales relacionados con la ansiedad; MCTS: Escala de tácticas de conflicto; NPI-C: Escala de tácticas de conflicto; CAFU: Evaluación del cuidador sobre la función y el malestar; MADRS: Escala de Depresión de Montgomery-Asberg; WHOQOL-BREF: Cuestionario de CdV de la OMS; PSS: Escala de Estrés Percibido; CAS: Escala compuesta de Abuso; B-ADL: Escala de AVD de Bayer; BSR-5: Escala Gravedad síntomas revisada; CES-D: Escala de Depresión del centro de Estudios epidemiológicos; ILV: Escala de Satisfacción con la vida; CSI: Inventario de Estrategias de Afrontamiento; PAINAD: Escala del dolor en la demencia avanzada.

4.2. Características sociodemográficas y clínicas de los estudios

La revisión incluyó estudios con muestras variadas en términos de edad, género, nivel educativo, estado civil y etnia. La mayoría de los estudios revisados (11–20) incluyeron personas mayores de 65 años, siendo la media de edad de 67,78 años. No obstante, otros estudios se enfocaron en grupos más jóvenes, con una media de edad por debajo de los 65 años (21–24). Y solo un estudio no especificó la edad de los participantes. (25).

De los 18 estudios revisados, solo seis mencionan la etnia de los participantes. En cuatro de estos estudios (14,16,18,21) la mayoría de los participantes se identifican como blancos hispanos, mientras que en los dos estudios restantes se identifican predominantemente como afroamericanos (15,17).

En cuanto a la distribución de género en los estudios es heterogénea, incluyendo tanto hombres como mujeres en todas las muestras. Sin embargo, en nueve estudios (12–17,19,21,22) cuentan con una mayor representación femenina en comparación con la masculina, lo que podría influir en la generalización de los resultados.

Respecto al estado civil de los participantes de los 18 estudios incluidos en esta revisión, solo 8 de ellos especifican el estado civil. De estos, cuatro estudios reportaron que la mayoría de los participantes estaban casados (16,20,26,27) mientras que en los otros cuatro, la mayoría eran viudos (11,12,15,19).

Por último, referente al nivel educativo fue especificado concretamente en 12 artículos, agrupándose en tres categorías: los que no completaron la educación secundaria (11,12,16,20,21,27), los estudios en los que los participantes alcanzaron al menos el nivel de secundaria y algunos estudios adicionales (15,23,24,26); y en solo dos estudios (14,18) donde la mayoría de los participantes contaba con estudios universitarios.

Las condiciones de salud presentes en la muestra incluyen demencia, autonegligencia (15) sin una patología específica, depresión y/o ansiedad, y abuso o violencia doméstica. Se observan adultos mayores con demencia (14,16,18,24), algunos de ellos con agitación/agresión (16), así como personas con diagnóstico depresivo o estado de ánimo depresivo (11,17,19). También se observan casos de personas mayores con antecedentes de abuso y violencia doméstica (20,23).

4.3 Tipos de maltrato/abuso

Esta revisión bibliográfica permitió identificar diferentes tipos de abuso y agresión abordados en la literatura revisada. En total, se encontró la siguiente distribución temática:

Agresión física: definida, según el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (INA) como “*cualquier acto que causa daño corporal al adulto mayor, incluyendo golpes, empujones y bofetadas*”. De los 18 estudios incluidos, en 9 de ellos se produce la agresión física (14,17,21–23,26,27). También se considera agresión física la restricción involuntaria de su libertad, como el confinamiento en una habitación o el uso de restricciones (13).

Abuso financiero: según el INA, involucra el “*mal uso o robo de dinero y bienes de los adultos mayores*”. Entre las prácticas más comunes se encuentran la falsificación de cheques y la apropiación de beneficios por jubilación o del Seguro Social además del uso no autorizado de cuentas bancarias y tarjetas de crédito. De los 18 estudios incluidos en 7 de ellos se produce abuso financiero. (17,20,21,23,25–27).

Abuso psicológico: definido como “*palabras hirientes, gritos, amenazas o ignorar repetidamente al adulto por parte del cuidador, así como impedirle a esa persona a ver a sus amigos y familiares cercanos*”(INA). Se identifican en 6 de los 18 artículos seleccionados, que abordan este tipo de abuso en detalle (17,20,22,23,26,27).

Autonegligencia o abandono: refiriendo cuando “*el cuidador no intenta responder a las necesidades del adulto mayor, o cuando el propio adulto mayor no quiere hacerse cargo de su tratamiento*” (según el INA (28))La negligencia puede incluir ignorar las necesidades físicas, emocionales y sociales, o negarle alimentos, medicamentos o acceso a la atención médica. El abandono es cuando se deja solo o sin planificar su cuidado a un adulto mayor (28). De los 18 estudios seleccionados, en 4 tratan la autonegligencia o abandono (15,17,26,27).

Abuso sexual: Implica “*obligar a un adulto mayor a observar o ser parte de actos sexuales*” (28). Cuatro artículos de los incluidos en esta revisión exploran el abuso sexual (21,23,26,27).

Abuso verbal: incluye insultos e intentos de asustarte, aislarte o controlarte (29). En 2 de los 18 artículos seleccionados para el estudio se trabaja con el abuso verbal (14,18)

Maltrato en general: consiste en “*uno o varios actos repetidos que le causan daño o sufrimiento o la no adopción de medidas apropiadas para evitar otros daños, cuando se tiene con dicha persona una relación de confianza*” (30). Un artículo de los 18 se ocupa del abuso de manera amplia, abordando varias formas de abuso sin hacer una distinción específica (19).

4.4 Tipos de intervención

En dicha revisión se diferenciaron cuatro tipos de intervención principalmente: educativa, psicoeducativa, psicosocial y psicológica. A continuación, se describen cada una de ellas:

4.4.1 Intervención educativa

Se centran en proporcionar información y formación a los participantes y/o cuidadores para aumentar su conocimiento sobre un tema específico (31), en este caso el maltrato hacia las personas mayores. Estas intervenciones van dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida (32).

En este tipo de intervenciones podemos encontrar:

COACH (“Comprehensive Older Adult and Caregiver Help”)

Esta intervención solamente fue llevada a cabo por el estudio de Gassoumis et al (2023) en el que utilizaron el Grupo Control (GC) y un Grupo de Intervención (GI). El GC solamente recibía información para determinar la eficacia preliminar de la intervención. En cambio, GI recibió 12 sesiones donde entrenadores y cuidadores se reúnen para escuchar sus preocupaciones y guiarlos. Durante estas sesiones, se les proporcionan herramientas de cuidado y estrategias de afrontamiento, abordando las necesidades emocionales y prácticas de los cuidadores. (21). Como resultado, la intervención COACH mejoró significativamente la reducción del maltrato en personas mayores, demostrando su efectividad en este grupo poblacional (21).

Programa de Actividades Personalizadas (TAP)

El estudio de Gitlin et al (2021) hizo uso de TAP. Impartido por terapeutas ocupacionales, el TAP se divide en tres fases: (1) evaluación de las habilidades preservadas de la persona con demencia, (2) implementación de actividades personalizadas, y (3) generalización de las técnicas aprendidas. Puede consistir en hasta 8 sesiones de 1 a 1.5 horas. A lo largo de estas sesiones, los cuidadores reciben educación sobre la demencia y prácticas de estrategias y técnicas para reducir el estrés. Este enfoque está centrado en la persona, diseñando actividades en función de sus intereses y habilidades (16). En este estudio, el GC solamente recibió 8 sesiones en el hogar de 1.5 horas en las que los cuidadores recibieron educación sobre enfermedades y consejos sobre seguridad en el hogar. La intervención TAP mejoró la dependencia funcional de las PcD, así como el bienestar y la confianza de los cuidadores, permitiéndoles brindar menos asistencia y promoviendo mayor autonomía (16).

Capacitación RCT

Esta intervención se centra en Educar a los profesionales novatos para detectar abusos financieros. En el estudio de Harries et al (2014) separan a profesionales novatos y expertos para examinar 43 escenarios relacionados con el abuso financiero. Los participantes deben identificar siete tipos de señales de abuso, que incluyen factores relacionados con el identificador del abuso (profesional, familiar, amigo o persona mayor) y problemas financieros como robo o anomalías en las finanzas. También se evalúa la capacidad mental y física del individuo (25). Con la capacitación RCT se mejoró la capacidad de decisión mediante un entrenamiento efectivo en la toma de decisiones (25).

Mapeo de Intervención (MI)

Esta intervención es utilizada por Oveisi et al (2021) y va dirigido a familiares de mujeres mayores. El MI es una estrategia para desarrollar intervenciones basadas en la teoría y la evidencia, específicas para las necesidades de esta población. El proceso incluye varios pasos: evaluación de necesidades, identificación de objetivos de comportamiento, desarrollo de estrategias de implementación, y planificación de evaluación de resultados. Las sesiones, que duran aproximadamente 45 minutos, abordan temas como: (1) definición de conceptos relacionados con la enfermedad de Alzheimer y sus consecuencias, (2) información sobre procesos comunes asociados al envejecimiento y tipos de abuso, (3) evaluación de las ventajas y desventajas de cambiar el comportamiento y mejora de la confianza, y (4) revisión de temas previos, entrega de folletos informativos, juegos de rol y estrategias para mantener nuevos comportamientos (27). En general, el MI mostró su efectividad al reducir los informes de negligencia y abuso psicológico en mujeres mayores (13).

En el estudio de Estebansari et al (2018), se capacitó a profesionales de la salud mediante una intervención educativa de 20 sesiones de aproximadamente 45 a 60 minutos de duración. Esta capacitación se impartió en centros de salud, enfocándose en la actividad física, recreación y entretenimiento, sueño, nutrición, relaciones interpersonales y apoyo social, responsabilidad por la salud, salud mental y manejo de estrés de los adultos mayores. Los resultados mostraron que la intervención mejoró la promoción de la salud y redujo el riesgo de abuso (26).

4.4.2. Intervención psicoeducativa

Estas intervenciones combinan elementos de educación y psicología para ayudar a los participantes a comprender y gestionar sus emociones y comportamientos. Su propósito es mejorar el bienestar emocional y psicológico de los participantes.

Entrenamiento en prevención de la agresión (APT):

En el estudio de Kunik. M (14), el GC recibía atención primaria habitual frente al GI que recibía el entrenamiento. Esta intervención se centra en la educación sobre la demencia, la identificación y manejo del dolor, así como en la mejora de las habilidades comunicativas y la activación conductual a través de actividades positivas. Las sesiones se hicieron durante 3 meses incluyen componentes didácticos, desarrollo de habilidades, discusión y juegos de rol (14). A pesar de la intervención, no hubo cambios significativos en el dolor, los aspectos positivos del cuidado ni en la carga del cuidador. La depresión y los problemas de relación cuidador – PcD respondieron más a intervenciones no farmacológicas que al dolor (18).

Manual START:

Este manual fue utilizado en el estudio de Claudia Cooper et al. (22). El GC recibía el tratamiento habitual mientras que al GI les proporcionaban START. Consta de 8 sesiones que se llevan a cabo en el hogar de los participantes. Este programa se basa en la intervención de afrontamiento individual para cuidadores familiares de personas con demencia. Durante estas sesiones, terapeutas y cuidadores identifican dificultades y desarrollan estrategias para manejarlas, incluyendo técnicas de relajación, manejo de comportamientos inútiles, replanteamiento positivo, acceso a apoyo emocional y planificación de eventos agradables (22). START demostró reducir la ansiedad y depresión en los cuidadores, contribuyendo a su bienestar emocional (22).

PROTECT:

Esta intervención fue utilizada por dos estudios (17,19). Este programa combina psicoterapia de resolución de problemas con técnicas de manejo de la ansiedad, y ofrece psicoeducación sobre el impacto de los síntomas depresivos y de ansiedad en la toma de decisiones para resolver el maltrato. Se imparte en 8 sesiones, comenzando con una sesión cara a cara, seguida de sesiones donde se utilizan hojas de trabajo de resolución de problemas, completadas en persona o por teléfono (17). En otro estudio relacionado, se realizó una sesión de evaluación y 8 sesiones clínicas posteriores, donde los participantes

identifican actividades placenteras y revisan sus planes de acción para alcanzar objetivos relacionados con el abuso (19). PROTECT, al integrarse en un entorno de abuso de ancianos, aborda tanto el abuso como las necesidades de salud mental (17), mostrando mejoras significativas en la gravedad de la depresión a lo largo de su aplicación (19).

Prevención de la agresión de personas mayores con demencia (PAVED)

Esta intervención solamente fue utilizada para el estudio de Kunik et al (2017). El GC recibía la atención habitual mientras que el GI recibía este programa que incluye de 6 a 8 sesiones semanales de visitas domiciliarias de 45 minutos. Consta de 4 sesiones semanales “cúcleas” que abordan el reconocimiento del dolor, la respuesta al dolor y la angustia, la mejora de la comunicación y la promoción de las actividades de la vida diaria (AVD) agradables. Además, se incluyen dos sesiones electivas elegidas por el paciente y/o cuidador, que pueden tratar temas como tratamientos médicos o estrategias de descanso y relajación (18). PAVED ha demostrado ser una intervención efectiva, con un impacto positivo en la capacidad de decisión (18).

Intervención de trabajo social familiar con enfoque cognitivo – conductual

Esta intervención fue utilizada en el estudio de Khanlary et al (2016). Basada en la familia, consta de 5 sesiones. La primera está destinada a motivar a todos los miembros de la familia a participar y comprender el concepto de abuso en personas mayores. La segunda sesión se centra en el abandono de estas personas, la tercera en concienciar a la familia sobre los principios de cuidado y las dos últimas sobre técnicas para manejar conflictos (20). Esta intervención ha demostrado reducir el abuso de las personas mayores, incluyendo la negligencia financiera, restricción de la vida personal, autonomía y abuso psicológico (20).

Harmony in the Bush:

Solamente fue utilizada por Isaac et al (2021). Utiliza una intervención de psicoeducación para co – diseñar atención personalizada con residentes, sus familiares y el personal de atención a personas mayores. Esta intervención incluye actividades de música y artes, con objetivos como capacitar al personal, identificar actividades artísticas preferidas por los residentes con demencia, implementar planes de atención personalizados e integrar programas de música y arte, y evaluar la efectividad de

estos planes (12). Harmony in the Bush ha demostrado ser efectivo para reducir la agitación en PcD, así como para disminuir significativamente los niveles de estrés del personal en hogares de ancianos (12).

4.4.3. Intervenciones psicosociales

Los estudios que trabajan con este tipo de intervenciones están orientados a mejorar el bienestar integral de las personas mayores y sus cuidadores, abordando aspectos de salud física, mental, social, y en algunos casos, brindando herramientas educativas para fomentar el autocuidado y la autonomía.

En el estudio de Liao et al (2022), el Modelo de Atención Integrada incluye una intervención en la que las enfermeras, capacitadas específicamente en este modelo, gestionan casos y brindan atención tanto en la comunidad como en el hogar de los pacientes. La intervención es integral y centrada en el paciente, trabajando no solo para resolver los problemas de salud y mejorar la movilidad, sino también para promover el bienestar espiritual y mental. Además, proporciona recursos de bienestar social y atiende aspectos de prevención de abusos hacia personas mayores. Este enfoque no solo busca mejorar la calidad de vida a nivel físico, sino también atender el bienestar emocional y social, apoyando así a las personas mayores en las AVD. Este modelo de Atención Integrada ha demostrado reducir eficazmente la depresión, los síntomas psicológicos y la ideación suicida, mejorando además la satisfacción vital entre los pacientes mayores que viven en comunidad (11).

En estudio de Booker et al (2018), la intervención se centra en proporcionar recomendaciones de distintos profesionales, incluyendo médicos y trabajadores sociales, complementadas por la atención habitual de los servicios de protección para adultos. Este modelo asegura que las necesidades de salud y de seguridad de los mayores sean cubiertas de manera integral y coordinada. La combinación de servicios de salud con la protección social asegura un respaldo amplio que no solo se preocupa por la atención médica, sino también por aspectos de protección y apoyo legal, brindando una base sólida de seguridad y cuidado. Los participantes en este estudio expresaron satisfacción con el tipo, la calidad, el alcance y la eficacia de los servicios que recibieron de atención habitual (15).

Por último, en el estudio de Zwigmann (24) se desarrolla la Gestión de la Atención de la Demencia (DCM), basada en un modelo de atención colaborativa que pretende individualizar y optimizar tanto el tratamiento como la atención de personas con demencia, enmarcado en el sistema de servicios sociales y de salud. Esta intervención aborda tres áreas específicas: la gestión de medicamentos, la gestión del tratamiento y la atención, y el apoyo y educación para el cuidador. Al centrarse en estos puntos, se busca que tanto los pacientes como sus cuidadores puedan mejorar su calidad de vida y afrontar con mayor efectividad los desafíos del cuidado. Además, el enfoque incluye la integración social, el cuidado de la salud mental y física, así como los aspectos sociales, legales y financieros, cubriendo todos los factores que inciden en la vida de las personas con demencia y de quienes los cuidan. DCM reduce la carga

objetiva y subjetiva de los cuidadores, especialmente frente a cambios de comportamiento en personas con demencia, demostrando su eficacia en disminuir la carga en diversas dimensiones (24).

4.4.4. intervención psicológica

En el estudio de Ferrari et al (2018), se ha trabajado mediante una intervención psicológica. Los participantes del GE de este estudio recibían el apoyo habitual sumado a la intervención psicológica de un defensor o trabajador de apoyo con capacitación adicional, como puede ser un abogado psicológico especializado mientras que los del GC solamente recibían el apoyo habitual. Constaba de 8 sesiones de 1 hora alternada con sesiones regulares de defensa y de refuerzo. Aborda temas como el estrés postraumático, la ansiedad, baja autoestima, depresión, ira no resuelta y manejo de pérdidas. Con esta intervención, se redujeron la angustia psicológica, los síntomas de depresión y el estrés postraumático (23).

4.5. Funcionalidad de la persona mayor maltratada

En cuatro de los dieciocho estudios seleccionados se han medido las actividades de la vida diaria utilizando diversas herramientas y escalas, como el Índice de Katz (13), el índice de Barthel (12), la escala de Estadio de Evolución funcional (18) y la escala de agitación de Cohen y Mansfield (CMAI)(12,18). Los resultados indicaron mejoras en la satisfacción vital de las personas mayores (11,20), en su autonomía (20) y en la reducción de los síntomas conductuales (12).

5. DISCUSIÓN

Con esta revisión se ha analizado la evidencia científica existente de los últimos 10 años sobre el maltrato en las personas mayores. Es importante destacar que la gran mayoría de los estudios incluidos son ECA (n= 15), estudios que representan la información científica de más alto nivel de evidencia clínica.

Los estudios revisados muestran que el maltrato hacia las personas mayores es prevalente y se manifiesta en diversas formas, incluyendo agresión verbal, física, autoabandono, abuso emocional, sexual, financiero y psicológico. Como dice Kunik et al (2020) en su estudio, la prevención de la agresión hacia las personas mayores es una alta prioridad, especialmente considerando la carga física y emocional que esto implica para los cuidadores.

De los dieciocho artículos revisados, ocho realizaron su intervención sobre personas de edad adulta con diagnóstico de demencia (14,16,18,22,24) y depresión (11,16,19). Esto podría deberse a que son enfermedades neurológicas más frecuentes y, más concretamente, a que tanto la demencia como la

depresión son enfermedades neurológicas comunes que hacen que la persona que la padece sea más vulnerable. La coexistencia de ambas patologías es frecuente, lo que hace que las intervenciones se enfoquen en tratar ambos aspectos simultáneamente, mejorando así el bienestar tanto cognitivo como emocional de las personas mayores.

La mayor parte de los estudios incluidos centran sus estudios en mejorar la calidad de vida de las personas mayores, particularmente aquellos con demencia. Intervenciones como COACH (21), START (22) y TAP (16) buscan reducir la agresión, el abuso y el autoabandono y la carga del cuidador (14,16,19–22,24). Además, se ha evaluado el impacto de la educación y el entrenamiento en los cuidadores para mejorar su capacidad para detectar abusos y gestionar el comportamiento de las PM (26). Otros estudios también han explorado la viabilidad de implementar servicios de salud mental y exámenes rutinarios (17), así como la efectividad de enfoques psicológicos para tratar a sobrevivientes de violencia doméstica (15,23). A través de estas intervenciones, se ha buscado mejorar tanto el bienestar físico y emocional de las PM, como la eficacia del cuidado, y facilitar la detección temprana de problemas, como el abuso financiero y la restricción de la libertad.

Afortunadamente, existen intervenciones educativas, psicosociales, psicoeducativas y psicológicas que trabajan tanto con las personas mayores como con sus cuidadores. Estas intervenciones buscan brindarles información relevante sobre el cuidado adecuado, detalles sobre enfermedades asociadas a la vejez (16,21,27), estrategias de afrontamiento, herramientas para el cuidado y técnicas de resolución de problemas (17,19,21) entre otras cosas. Además, se abordan aspectos emocionales y psicológicos como la depresión, la ansiedad, la calidad de vida y la autoestima (12,17–19), promoviendo así una mejora en el bienestar general de las personas mayores y un apoyo integral para sus cuidadores. Este tipo de intervenciones han demostrado ser efectivas en la prevención del maltrato, proporcionando a cuidadores y a personas mayores herramientas y conocimientos necesarios para mejorar la calidad de la atención y el manejo de situaciones difíciles (26).

La mayoría de los estudios muestran resultados positivos en la mejorar de la calidad de vida social de los participantes (21), así como en la satisfacción con los servicios recibidos (15). También se observaron mejoras en la autoeficacia, el apoyo social y los comportamientos que promueven la salud (26). Además, se lograron avances en la reducción de la frecuencia de abuso psicológico, la negligencia financiera y la restricción de la autonomía (20,25,27). En cuanto a los cuidadores, se observó una reducción de la carga percibida (15), mejorando su bienestar emocional (16), así como una disminución de la depresión y los síntomas psicológicos (11,27), lo que a su vez mejoró la satisfacción vital de las PM con depresión (11).

Por otra parte, la duración e intensidad del tratamiento parecen influir en la efectividad de las intervenciones. Programas como COACH (21), con 12 sesiones semanales, son beneficiosos para mejorar las estrategias de cuidado, mientras que intervenciones más cortas, de 4 a 6 sesiones (14), se

centran en áreas específicas como manejo del dolor o detección de abuso financiero. Intervenciones de mayor duración, como las centradas en el empoderamiento de las personas mayores o programas como PROTECT (17), que constan de 8 a 9 sesiones, abordan de manera integral aspectos como actividad física y seguridad. En general, las intervenciones más largas tienden a tener un impacto más sostenible en el bienestar de las personas mayores y sus cuidadores.

Estos hallazgos sugieren la importancia de implementar y fortalecer tales intervenciones para reducir el maltrato y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Reconocer las características sociodemográficas puede ayudar a personalizar las estrategias de intervención y a abordar de manera más efectiva las necesidades específicas de diferentes grupos dentro de la población mayor, haciendo énfasis en los beneficios que tienen estas prácticas tanto en el bienestar físico como emocional o psicológico de los afectados.

Desde una perspectiva subjetiva, la limitada evaluación de los aspectos relacionados con las actividades de la vida diaria podría explicarse por la escasa visibilidad del maltrato hacia las personas mayores en determinados contextos. Además, esta situación podría estar influenciada por la falta de sensibilización y recursos destinados a destacar el papel de la Terapia Ocupacional en la prevención y abordaje de esta problemática.

Evaluar estos aspectos en profundidad no solo visibiliza la importancia de la intervención de la terapia ocupacional, sino que también resalta la necesidad de formar a los profesionales para que puedan identificar y responder adecuadamente a estas situaciones. Además, abordar este tema contribuye a desarrollar estrategias preventivas y programas de formación que pueden ser implementados en múltiples contextos de atención geriátrica, ayudando a reducir situaciones de abuso y mejorando el bienestar de las personas mayores.

Limitaciones del estudio

No obstante, un aspecto preocupante que se ha identificado en esta revisión es la escasez de artículos dedicados al estudio del maltrato hacia las personas mayores. Esto sugiere que el tema aún no ha recibido la atención investigativa que merece, lo cual limita nuestra comprensión de la magnitud y la naturaleza de este problema.

Además, existen otras limitaciones en esta revisión. En primer lugar, la gran variabilidad en los tamaños muestrales de los estudios revisados dificulta la comparación de los resultados y limita la capacidad de generalizar los hallazgos a una población más amplia. Esta limitación sugiere que futuras investigaciones deberían abordar este aspecto para fortalecer la validez de los hallazgos.

Adicionalmente, el hecho de haber realizado la búsqueda únicamente en inglés y español. Podría haber ocultado otros artículos relevantes que podrían contribuir al entendimiento del maltrato hacia las personas mayores.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Para las futuras investigaciones, sería recomendable indagar más en las posibles señales de alerta que indique que una persona mayor se está sintiendo incómoda o que cierta situación no le está agradando. Además, sería interesante investigar cómo trabajar con personas mayores que han sido maltratadas, así como proporcionar apoyo a sus cuidadores.

Asimismo, podría ser útil utilizar otros tipos de escalas propias de terapia ocupacional que evalúen diferentes ítems, lo que permitiría obtener una mayor cantidad de información sobre el maltrato en el contexto de esta disciplina. Esto podría enriquecer el entendimiento del fenómeno y facilitar el desarrollo de intervenciones más efectivas.

6. CONCLUSIÓN

A lo largo de esta revisión bibliográfica, se ha podido constatar que el maltrato hacia las personas mayores es un problema complejo y multidimensional que se manifiesta de diversas formas y afecta a una población vulnerable con características particulares. En primer lugar, el análisis de la evidencia científica de los últimos diez años muestra una creciente concienciación y sensibilización hacia este fenómeno, aunque persisten limitaciones en cuanto a la visibilidad y comprensión de ciertas formas de abuso, como el maltrato psicológico o financiero, que tienden a ser menos documentadas.

Existen distintos tipos de maltrato, destacando el maltrato físico, emocional, financiero, auto negligencia, sexual, psicológico y verbal, cada uno con características y patrones específicos que afectan de manera diferente a los mayores, así como determinadas realizadas por distintos profesionales de la salud, revelando una variedad de estrategias, desde la identificación y evaluación del riesgo hasta la implementación de planes de intervención multidisciplinaria. Estas intervenciones tienen como objetivo principal fomentar la autonomía y el bienestar en la vida diaria de las personas mayores, promoviendo una mejora significativa de su calidad de vida. Sin embargo, también se pone de manifiesto la necesidad de mejorar la capacitación de los profesionales y de establecer protocolos más sólidos que permitan una respuesta efectiva y coordinada. Por ello sería necesario que futuras investigaciones exploren enfoques más diversificados y con mayor enfoque en la detección temprana de señales de abuso, lo que permitirá personalizar las estrategias y mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. junio de 2014;25(2):57-62.
2. Stark S. Elder abuse: Screening, intervention, and prevention. *Nursing (Lond)*. 2012;42(10):24-9.
3. Marco Francia MP. Los malos tratos en la tercera edad en España. La invisibilidad como factor de vulnerabilidad. *Trayectorias Humanas Trascontinentales [Internet]*. 23 de mayo de 2019 [citado 4 de enero de 2024];(5). Disponible en: <https://www.unilim.fr/trahs/1449>
4. TorontoDeclaracion_Espanol.pdf [Internet]. [citado 7 de enero de 2024]. Disponible en: http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf
5. Estebansari F, Dastoorpoor M, Mostafaei D, Khanjani N, Khalifehkandi ZR, Foroushani AR, et al. Design and implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*. 2018;13:669-79.
6. Acharya SR, Suman BK, Pahari S, Shin YC, Moon DH. Prevalence of abuse among the elderly population of Syangja, Nepal. *BMC Public Health*. 8 de julio de 2021;21(1):1348.
7. Jiménez García A, Lorenzo Russell OM. la terapia ocupacional. *Med Integral*. 1 de julio de 2000;36(3):105-8.
8. Honarvar B, Gheibi Z, Asadollahi A, Bahadori F, Khaksar E, Faradonbeh MR, et al. The impact of abuse on the quality of life of the elderly: A population-based survey in Iran. *J Prev Med Pub Health*. 2020;53(2):89-97.
9. Dialnet-CrisisEconomicayDisfuncionOcupacionalEfectosYPropu-4893460 (2).pdf.
10. Fang B, Yan E, Yang X, Pei Y. Association between Caregiver Neurotic Personality Trait and Elder Abuse: Investigating the Moderating Role of Change in the Level of Caregiver Perceived Burden. *Gerontology*. 2021;67(2):243-54.
11. Liao SJ, Chao SM, Fang YW, Rong JR, Hsieh CJ. The Effectiveness of the Integrated Care Model among Community-Dwelling Older Adults with Depression: A Quasi-Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 11 de marzo de 2022;19(6):3306.
12. Isaac V, Kuot A, Hamiduzzaman M, Strivens E, Greenhill J. The outcomes of a person-centered, non-pharmacological intervention in reducing agitation in residents with dementia in Australian rural nursing homes. *BMC Geriatr*. 20 de marzo de 2021;21:193.
13. Capeletto C da SG, Santana RF, Souza LM da S, Cassiano KM, Carvalho ACS de, Barros P de FA. Physical restraint in elderly in home care: a cross-sectional study. *Rev Gaúcha Enferm*. 19 de abril de 2021;42:e20190410.
14. Kunik ME, Stanley MA, Shrestha S, Ramsey D, Richey S, Snow L, et al. Aggression Prevention Training for Individuals with Dementia and their Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. junio de 2020;28(6):662-72.
15. Booker JG, Breaux M, Abada S, Xia R, Burnett J. Assessment of older adults' satisfaction with adult protective services investigation and assistance. *J Elder Abuse Negl*. 2018;30(1):64-74.
16. Gitlin LN, Marx K, Piersol CV, Hodgson NA, Huang J, Roth DL, et al. Effects of the tailored activity program (TAP) on dementia-related symptoms, health events and caregiver wellbeing: a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 20 de octubre de 2021;21:581.
17. Sirey JA, Berman J, Salamone A, DePasquale A, Halkett A, Raefar E, et al. Feasibility of Integrating Mental Health Screening and Services Into Routine Elder Abuse Practice to Improve Client Outcomes. *J Elder Abuse Negl*. 2015;27(3):254-69.
18. Kunik ME, Snow AL, Wilson N, Amspoker AB, Sansgiry S, Morgan RO, et al. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399341>. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. febrero de 2017;25(2):144-54.
19. Sirey JA, Solomonov N, Guillod A, Zanotti P, Lee J, Soliman M, et al. PROTECT: A Novel Psychotherapy for Late Life Depression in Elder Abuse Victims. *Int Psychogeriatr*. mayo de 2021;33(5):521.
20. Khanlary Z, Maarefvand M, Biglarian A, Heravi-Karimooi M. The effect of a family-based intervention with a cognitive-behavioral approach on elder abuse. *J Elder Abuse Negl*. 2016;28(2):114-26.
21. Gassoumis ZD, Martinez JM, Yonashiro-Cho J, Mosqueda L, Hou A, Han SD, et al.

- Comprehensive Older Adult and Caregiver Help (COACH): A person-centered caregiver intervention prevents elder mistreatment. *J Am Geriatr Soc.* 2024;72(1):246-57.
22. Cooper C, Barber J, Griffin M, Rapaport P, Livingston G. Effectiveness of START psychological intervention in reducing abuse by dementia family carers: randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr.* junio de 2016;28(6):881-7.
23. Ferrari G, Feder G, Agnew-Davies R, Bailey JE, Hollinghurst S, Howard L, et al. Psychological advocacy towards healing (PATH): A randomized controlled trial of a psychological intervention in a domestic violence service setting. *PLoS ONE.* 27 de noviembre de 2018;13(11):e0205485.
24. Zwingmann I, Hoffmann W, Michalowsky B, Dreier-Wolfgramm A, Hertel J, Wucherer D, et al. Supporting family dementia caregivers: testing the efficacy of dementia care management on multifaceted caregivers' burden. *Aging Ment Health.* 3 de julio de 2018;22(7):889-96.
25. Harries P, Yang H, Davies M, Gilhooly M, Gilhooly K, Thompson C. Identifying and enhancing risk thresholds in the detection of elder financial abuse: a signal detection analysis of professionals' decision making. *BMC Med Educ.* 30 de diciembre de 2014;14:1044.
26. Estebansari F, Dastoorpoor M, Mostafaei D, Khanjani N, Khalifehkandi ZR, Foroushani AR, et al. Design and implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging.* 17 de abril de 2018;13:669-79.
27. Oveisi S, Stein L, Olfati F, Jahed S. Program development using intervention mapping in primary healthcare settings to address elder abuse: A randomized controlled pilot study. *Brain Behav.* 4 de mayo de 2021;11(6):e02153.
28. National Institute on Aging [Internet]. 2023 [citado 1 de noviembre de 2024]. Elder Abuse. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/elder-abuse/elder-abuse>
29. Abuso emocional y verbal [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/other-types/emotional-and-verbal-abuse>
30. Maltrato de las personas mayores [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
31. Universidad Virtual. | UNIR Ecuador - Maestrías y Grados virtuales [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2024]. ¿Qué es la intervención educativa? Claves y objetivos. Disponible en: <https://ecuador.unir.net/actualidad-unir/intervencion-educativa/>
32. Menor Rodríguez M, Aguilar Cordero M, Mur Villar N, Santana Mur C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. *MediSur.* febrero de 2017;15(1):71-84.