

# INFORMES PORTAL MAYORES

## Número 21

### Violencia en el anciano

**Autor:** Sánchez del Corral Usaola, F, Ruipérez Cantera, I

**Filiación:** IMSALUD. Madrid.

**Contacto:** [med028689@telefonica.net](mailto:med028689@telefonica.net)

**Fecha de creación:** 01-06-2004

**Para citar este documento:**

**SÁNCHEZ DEL CORRAL USAOLA, Francisco**, RUIPÉREZ CANTERA, Isidoro. (2004). "Violencia en el anciano". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 21. [Fecha de publicación: Junio-2004]. <<http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchez-violencia-01.pdf> >

**Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003**

**ISSN: 1885-6780**

## Introducción

De los grupos sociales definidos por la edad y/o el sexo que sufren diferentes formas de violencia en la sociedad, es el de las personas mayores el que ha recibido, hasta el momento, menor atención, tanto por parte de los diversos profesionales que les atienden de forma directa, como por parte del resto de actores sociales (medios de comunicación, legisladores, educadores, policía, administradores, jueces...) cuya implicación resulta fundamental en la prevención y actuación.

Y ello, a pesar de que posiblemente sea **el colectivo en el que la prevalencia de las diferentes formas de maltrato es mayor**. Esta situación, y la expectativa de un también mayor incremento en los próximos años ha hecho sonar las alarmas y son meritorios los recientes esfuerzos de organismos internacionales como la OMS, para alertar a los países de la importancia del problema e impulsar la puesta en marcha de estudios a nivel nacional, que permitan desarrollar programas eficaces de prevención y respuesta.

En nuestro país, diversos organismos e instituciones ya se han puesto en marcha y se puede destacar, entre otros, los esfuerzos realizados por el IMSERSO y las Sociedades Españolas de Geriatría y Gerontología y de Medicina Familiar y Comunitaria, así como las propias organizaciones de personas mayores.

A pesar de todo, **nuestro conocimiento sobre la globalidad del problema es aún**

**incompleto e insuficiente** en muchas áreas, lo que en parte justifica el actual retraso en la puesta en marcha de respuestas eficaces e integrales en los diferentes ámbitos. Sin embargo, sí podemos destacar aquí una serie de características del maltrato a las personas mayores (MPM), que es importante conocer en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) para facilitar la comprensión del fenómeno, su detección y posterior actuación. Algunas de estas características son específicas del MPM.

- Se trata de un "**fenómeno oculto**", cuya detección exige el conocimiento de los factores de riesgo y asociados, un alto índice de sospecha y sobre todo, una **actitud positiva** hacia los problemas de las personas mayores.
- Como para la mayoría de los problemas que afectan al anciano, la detección y actuación se ven facilitadas utilizando los métodos y herramientas propios de la Geriátrica: **trabajo en equipo multidisciplinario** (médico, profesional de enfermería y trabajador social en el caso de la APS); **valoración geriátrica integral**, con especial énfasis en la valoración social; continuidad **de los cuidados**; conocimiento y utilización de los diversos **recursos sociales y sanitarios** que precise la persona mayor en cada momento.
- El MPM rebasa los límites de la llamada "violencia doméstica", en el sentido de que no se encuentra restringida al hogar, sino que ocurre también en las instituciones sociales (residencias, centros de día...) y sanitarias (APS, hospitales) y con frecuencia **son los propios profesionales** los que la ejercen. Algunos autores consideran, incluso, que en estos ámbitos el MPM es más frecuente que el que se produce en el domicilio.

Otros autores llaman la atención sobre el "**maltrato institucional**", que haría referencia a la escasez en la dotación de recursos tanto económicos como sociales y sanitarios que precisan las personas mayores.

- En el ámbito familiar, la mayoría de los estudios señalan al llamado "cuidador principal" como responsable más frecuente de las diferentes formas de maltrato. Sin embargo, también se reconoce la "*sobrecarga del cuidador*" como uno de los principales factores de riesgo. Esta sobrecarga, que debería verse aliviada con la provisión de recursos sociales y sanitarios, se acentúa con su escasez. Ante un caso de sospecha de MPM, se debe meditar detenidamente la actuación posterior, que no termina con la emisión del correspondiente parte de lesiones; se deben conocer además las repercusiones que pueden tener tanto sobre el anciano como sobre su cuidador la denuncia, judicial o privada de maltrato. **El "apoyo al cuidador" es, con mucha frecuencia, el instrumento más eficaz en el MPM, tanto en su prevención como en la actuación cuando éste ya se ha producido.** Los profesionales de APS debemos conocer todos los recursos existentes en nuestra Área de salud, sabiendo que su uso adecuado contribuye también a aliviar la situación de los cuidadores.
- **Nunca se deben subestimar las posibles repercusiones** sobre el *anciano frágil* de los diferentes tipos de maltrato. Incluso formas menores de abandono, negligencia o abuso psicológico se han asociado, en diversos estudios, a morbilidad y síndromes geriátricos: depresión, caídas, inmovilismo, úlceras por presión, deshidratación, desnutrición... Tras la detección de cualquier tipo de MPM, se debe realizar un seguimiento del paciente afectado.

- **La importancia de la APS** en la prevención, detección y actuación sobre el problema del MPM es capital y así lo reconocen todos los autores.

Nosotros consideramos que **su valoración se debe incluir de forma rutinaria** en los Programas de Atención al Anciano y de Atención Domiciliaria, ya ampliamente generalizados en todo el territorio nacional.

En el presente documento, pretendemos aportar una guía útil para los profesionales de APS, incluyendo también a los profesionales de enfermería y de trabajo social. Nos hemos basado tanto en la evidencia científica publicada hasta el momento, como en nuestra experiencia profesional de no pocos años en los ámbitos de la Geriátrica y de la APS. **Pretendemos también presentar un enfoque positivo:** al menos en nuestro país, la mayoría de las personas mayores son muy queridas por sus familiares y atendidas adecuadamente, a pesar de las crecientes dificultades de todo tipo con que se enfrentan, con demasiada frecuencia, familiares y cuidadores. **Nos gustaría que se hablara y se reconociera más el “Buen Trato” hacia las personas mayores.**

Respecto a los diferentes ámbitos donde se produce el MPM, abordamos aquí el medio comunitario. El maltrato por profesionales y el institucional, no es objeto del presente trabajo, a pesar de su enorme trascendencia.

## Epidemiología

Los estudios recientes indican que la prevalencia de los distintos tipos de MPM puede ser superior a la que se produce sobre otros colectivos, al menos en los países desarrollados. Ello es debido al progresivo envejecimiento de la población y a otras causas más profundas a nivel social, cultural, político y económico.

La falta de consenso en las definiciones, la escasa investigación desarrollada hasta el momento y la variedad de formas de MPM y ámbitos donde se produce, dificulta encontrar cifras de prevalencia e incidencia mayoritariamente aceptadas. Sí se acepta que **al menos cinco de cada seis casos no serán reconocidos** (fenómeno del *iceberg*).

Las cifras más aceptadas de la bibliografía mundial indican una prevalencia global entre el **3% y el 12%** de la población mayor de sesenta años, correspondiendo las cifras más altas a las personas **más ancianas y que sufren mayores grados de dependencia**. En nuestro país, no existen en la actualidad cifras fiables de prevalencia.

Respecto a los diferentes tipos de maltrato, en general se consideran más frecuentes la **negligencia, el abandono y el abuso psicológico**, que suponen en diversos estudios más del 70% de los casos. Hay que destacar que en más de un 30% de los casos un mismo paciente sufre **dos o más tipos diferentes de maltrato**.

En cuanto al responsable del maltrato en el entorno, **son los hijos en un 55%** y el cónyuge en aproximadamente el 10%. También es relativamente frecuente que los responsables del maltrato sean **dos o más** personas del entorno.

Al igual que sucede con el maltrato al niño y a la mujer, el MPM es un fenómeno que ocurre en todas las culturas y clases sociales; sin embargo, es **más frecuente en los estratos sociales más desfavorecidos**.

## Conceptos y términos

Aunque no existe en la actualidad un consenso internacional en la definición tanto de lo que se considera globalmente MPM como de cada tipo específico de éste, presentamos a continuación las dos definiciones más utilizadas en la bibliografía internacional:

Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano (1995): *"cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente"*.

Red Internacional para la Prevención del Abuso contra los Ancianos (INPEA, 1995): *"acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor"*.

Aunque ambas definiciones pueden dar lugar a discusión, deseamos resaltar aquí la inclusión en ambas, de formas de **maltrato por omisión de cuidados**, así como la posibilidad de daño físico y psíquico. Además, **las dos incluyen el MPM que se produce fuera de ámbito familiar y social.**

## Causas

Entre las diferentes teorías que intentan explicar la naturaleza y dinámica del MPM, desarrolladas desde la gerontología social y desde los estudios sobre la violencia familiar, destacan las siguientes:

1. **Estado psicológico del responsable del maltrato:** hace énfasis en los problemas de personalidad de éste, lo que al parecer es más frecuente en el maltrato de personas mayores que en el maltrato a niños o cónyuges.
2. **Estrés externo** (accidentes, enfermedades, problemas económicos...) que actuaría como factor precipitante, en presencia de factores predisponentes.
3. **Relaciones de dependencia e intercambio:** la dependencia del cuidador hace al anciano más vulnerable. La teoría de intercambio sugiere que al aumentar la dependencia, se desequilibra el intercambio de refuerzos positivos en la relación con los cuidadores, que pueden percibir que el esfuerzo que realizan es excesivo para el beneficio, hasta el punto de llegar a la ira y a la violencia.

4. **Aislamiento social:** aunque es difícil saber si es previo o posterior al maltrato (para mantenerlo oculto). También se ha demostrado que el apoyo social disminuye el estrés familiar. La interacción regular con vecinos y amigos previene el maltrato.
5. **Trasmisión intergeneracional del comportamiento violento,** como respuesta a la ira y a la frustración. En el momento actual, no existe evidencia de que los responsables del MPM hayan sido víctimas de maltrato de su infancia.

En la base de todas estas teorías se acepta la **importancia del grado de dependencia** de la persona mayor y de la **falta de apoyo y recursos** de todo tipo: económicos, de tiempo, afectivos...

## Tipos de violencia

Las definiciones actualmente más aceptadas de los diferentes tipos de MPM son las difundidas por el referido Centro Nacional Americano, de 1995. Son las siguientes:

- **Maltrato físico:** daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia. Como ejemplos: uso inapropiado de fármacos, alimentación forzada o falta de ella y castigo físico, incluyendo medidas de restricción (ataduras,...).
- **Abuso psicológico:** causar intencionadamente angustia o estrés mediante actos verbales o no verbales, como por ejemplo amenazas, insultos, intimidaciones, humillaciones... ; incluye tratar al anciano como un niño, aislamiento de la familia, entorno, amigos y de sus actividades habituales, someterle a "*tratamiento de silencio*"

(no considera sus opiniones, no hablar con él... ).

- **Negligencia:** rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar cualquier parte de las obligaciones o deberes a un anciano, de forma voluntaria o involuntaria. Incluye no aportar medidas económicas o cuidados básicos como alimentación, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, medidas de confort, seguridad personal; incluidos en una responsabilidad implícita o acordada.
- **Abandono:** deserción o abandono por un individuo que ha asumido el papel del cuidador o por la persona que tiene la custodia física. Algunos autores incluyen el abandono como una forma de negligencia del cuidador.
- **Explotación financiera:** uso ilegal o inapropiado de fondos, propiedades y otros recursos del anciano. Incluye el dinero, sin autorización o permiso, falsificación u obligación a firmar algún documento y uso inapropiado de tutela o curatela.
- **Abuso sexual:** contacto sexual de cualquier tipo intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar su consentimiento. Como ejemplo, tocamientos, fotografías...
- **Encarnizamiento terapéutico:** actuación dirigida a prolongar la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal, con medios técnicos desproporcionados y beneficio nulo o que el paciente entiende que son extraordinarios y los rechaza por considerarlos molestos o dolorosos.

Consideramos que la adaptación a nuestra cultura de estas definiciones exige un profundo debate y posterior consenso. Así por ejemplo, con frecuencia resulta difícil la distinción, ante un caso concreto, de negligencia y abandono. Los siguientes dos tipos de maltrato, también descritos por el referido Centro Nacional Americano, precisarían también de un debate desde el punto de vista bioético (principio de Autonomía):

- **Autonegligencia:** comportamiento de un anciano que amenaza su salud o seguridad ; generalmente se manifiesta como rechazo o fallo para alimentación adecuada, hidratación, vestido, cobijo, higiene personal, medicación o seguridad. Se excluye al anciano mentalmente competente que es autonegligente como elección personal.
- **Rechazo a intervención terapéutica:** paciente que, habiendo sido informado de la conveniencia de recibir tratamiento físico o farmacológico o prevención de un proceso o problema, lo rechaza. Se excluyen los pacientes con demencia y aquellos cuyo entorno familiar (cuidadores) impide el acceso a dichas intervenciones.

A pesar de no ser el objetivo del presente trabajo, insistimos aquí en que todos estos tipos de maltrato **pueden producirse también por los propios profesionales** (por ejemplo, el médico de cabecera que no realiza visitas domiciliarias a pacientes inmovilizados a pesar de los repetido requerimientos por parte de los familiares).

## Factores de riesgo

Se han descrito en la literatura múltiples factores que asociados a la presencia de los diferentes tipos de MPM. Aunque no existe unanimidad entre los diferentes autores, a continuación se presentan los más citados. Se han dividido clásicamente en los siguientes apartados:

### Factores del agresor

- **Sobrecarga de cuidador**
- **Depresión**
- **Abuso de alcohol, fármacos o drogas**
- **Enfermedad mental**
- **Trastornos de personalidad**
- Enfermedad física crónica
- **Dependencia de la víctima: económica, vivienda...**
- Aislamiento social
- Pobreza

### Factores de la víctima

- **Deterioro físico**
- **Dependencia financiera**
- **Dependencia física**
  
- Dependencia emocional

- Aislamiento social
- Antecedentes de maltrato doméstico
- Edad mayor de 75 años
- Sexo femenino
- Viudedad
- Deterioro reciente de la salud
- Depresión
- **Demencia**
- Baja autoestima
- Cambio frecuente de domicilio y de centro sanitario

## **Factores circunstanciales**

- **Mala relación familiar previa**
- Problemas económicos
- Falta de recursos sociales de apoyo
- Recibir ayuda social
- Sobrecarga laboral de los profesionales sanitarios
- Falta de iniciativa de los profesionales sanitarios

Se presentan en negrita aquellos factores en los que existe más consenso

entre los diferentes autores. Globalmente, los factores más ampliamente reconocidos son la **sobrecarga de los cuidadores y las distintas formas de dependencia del anciano.**

## Consecuencias

Se han descrito diversos **cuadros clínicos y síndromes geriátricos** que, en ausencia de una causa conocida que lo justifique, pueden estar en relación con la presencia de los diferentes tipos de maltrato, no solo con el físico. Hay que recordar que el proceso de envejecimiento conlleva una reducción de la capacidad de recuperación. *"El anciano que ha sido víctima de malos tratos puede no llegar nunca a recuperarse del todo de la experiencia sufrida"*. Entre las diversas consecuencias, se puede citar:

- Cuadros depresivos
- Cuadros confusionales
- Síndrome de desgaste
- Caídas de repetición
- Úlceras por presión
- Desnutrición y deshidratación
- Baja autoestima ("inutilidad asumida")
- Aislamiento
- Mayor pérdida de autonomía y dependencia
- Todo tipo de lesiones físicas

Diversos estudios han evidenciado que el MPM se asocia a una **mayor**

**mortalidad.** Por todo ello, es necesario insistir de nuevo en la necesidad de un seguimiento cuidadoso de todos aquellos pacientes en quienes se haya producido o sospechado MPM.

Existen también consecuencias para la sociedad: **el MPM aumenta los costes sanitarios y la frecuencia de institucionalización.**

## Prevención

Como todos los problemas de salud, el abordaje global del MPM exige actuaciones a nivel de prevención primaria (evitar que se produzca), prevención secundaria (evitar la repetición del suceso) y prevención terciaria (minimizar las consecuencias). Dadas las características del MPM y, al igual que ocurre con el maltrato al niño y con la violencia de pareja, existe consenso en considerar a la **APS como el nivel asistencial óptimo** para la prevención y detección este problema. Recientemente la OMS, por medio de la Unidad de Envejecimiento y Curso de la Vida expone la siguientes **recomendaciones para la prevención del MPM:**

- Desarrollar una herramienta de despistaje y valoración para su uso en APS
- Desarrollar un módulo formativo sobre MPM para profesionales de APS
- Desarrollar y difundir un "kit" de metodología de investigación sobre MPM
- Desarrollar una base mínima de datos sobre violencia y ancianidad

- Asegurar la divulgación de los hallazgos de las investigaciones a través de medios científicos
- Promover cambios políticos
- Desarrollar un inventario global de buena práctica para la prevención
- Movilizar a la sociedad civil aumentando el alerta sobre la gran magnitud del problema del MPM
- Promover estudios piloto intergeneracionales

Resulta obvio, y así se reconoce tanto por los organismos supranacionales como por todos los expertos, que la prevención del MPM **se debe abordar a nivel social, comunitario y familiar:**

- **Concienciación y educación de la sociedad:**
  - Mejorar la imagen social de los mayores
  - Crear conciencia de la existencia del MPM
  - Potenciar las relaciones intergeneracionales
  - Educación en la escuela primaria
  - Promover campañas de sensibilización a la opinión pública
  - Educación a personas mayores y familiares
  - Educación y formación de profesionales

- **Apoyo a la familia y a los cuidadores** con servicios de

cuidados de larga duración, incluyendo la detección de situaciones de riesgo y el apoyo al cuidador

- **Prevención del aislamiento** social y físico de las personas mayores
- Investigación, concienciación, divulgación de resultados y actuación

En este documento nos hemos centrado en la actuación desde APS, bien entendido que la actuación debe de ser **multidisciplinar** (médico, profesional enfermería, trabajador social), debiendo contar con **otros recursos de apoyo** en aquellos casos y momentos en que sean necesarios: servicios de geriatría, unidades de rehabilitación, ayuda social a domicilio, centros de día, plazas de residencia para casos urgentes... así como ágil acceso a los servicios policiales, judiciales, de defensoría y de tutela.

- **Prevención primaria:** se basa fundamentalmente, en el conocimiento de los **factores de riesgo** o asociados descritos más arriba; y, por supuesto, en las **posibilidades de actuación** sobre ellos. Obviamente, estas posibilidades quedarán en muchos casos fuera del alcance de la APS (situaciones de pobreza, malas relaciones familiares previas...); sin embargo, en muchos otros casos sí será posible la intervención: despistaje y tratamiento de cuadros depresivos tanto en el anciano como en su cuidador, formación e información a los cuidadores, intervención social con diversas prestaciones, correcto diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de las personas mayores, minimizando así la incapacidad y dependencia...

- **Prevención secundaria:** la detección de personas que hayan sufrido uno o varios tipos de maltrato se apoya en el ya mencionado conocimiento de los **factores de riesgo** y en el de los **indicadores de alarma**, que se describen en el siguiente apartado. Se requiere, además, un **elevado índice de sospecha** y una **actitud positiva y de escucha** ante los problemas de las personas mayores, evitando las llamadas "*actitudes ageístas*", que llevan a trivializar, cuando no a ignorar o incluso a achacar a la edad estos mismos problemas. Las pautas de actuación serán diferentes en cada caso y en la actualidad, no existe consenso entre los expertos para recomendar la denuncia policial en todos los casos, a pesar de que existe una exigencia legal para ello. **Se recomienda el estudio detenido, en equipo multidisciplinar**, de cada caso **valorando sobre todo la relación perjuicio/beneficio** para la víctima del MPM y sin olvidar **tener siempre en cuenta la voluntad del anciano**, siempre que éste no se encuentre incapacitado para la toma de decisiones. **La atención continuada, el apoyo al cuidador y la disponibilidad de recursos sociales y sanitarios** son fundamentales para evitar la repetición de los casos de MPM.
- **Prevención terciaria:** se basa en la correcta actuación ante las consecuencias, tanto **físicas como psicológicas y sociales** que puede sufrir el anciano maltratado y que se han expuesto más arriba. Incidir aquí en que la actuación debe ser **precoz**, dado que son "*personas mayores de riesgo*" y que van a requerir con frecuencia el concurso de recursos sanitarios del nivel especializado y sociales ya descritos.

## Detección precoz

Debemos aquí insistir en la necesidad de una **actitud positiva, un**

**elevado índice de sospecha y de una formación específica.** Se ha demostrado que en las áreas donde los profesionales están mejor formados y motivados, es mayor la detección de personas mayores maltratadas.

Con mucha frecuencia el Equipo de APS no tendrá seguridad plena de encontrarse ante un caso de MPM; en estos casos, el diagnóstico será de "*sospecha de maltrato*", aunque la experiencia demuestra que la mayoría de las veces se ha producido el tipo de violencia sospechado y con frecuencia, más de uno. Esta sospecha exige que los profesionales extremen la precaución y el seguimiento y, por supuesto, proporcionen al anciano y a sus cuidadores toda la atención y recursos que puedan requerir.

Además del conocimiento de los factores de riesgo y asociados expuestos, se han descrito diversos signos y síntomas cuya presencia debe hacer sospechar de inmediato la existencia de un posible maltrato. Estos indicadores se suelen asociar específicamente con algún tipo de MPM y su detección se basa fundamentalmente en la realización de una historia clínica y exploración física detalladas y completas. Los principales indicadores serían los siguientes:

- **Maltrato físico y sexual:**
  - o Magulladuras inexplicables y simétricas
  - o Caídas repetidas
  - o Historia clínica incongruente con las lesiones que presenta el paciente
  - o Hematomas en distintos estadios de evolución

- o Fracturas múltiples
- o Comentarios de otros pacientes
- o Enfermedades de transmisión sexual
- o Heridas o dolor en zona genital
- o Alopecia parcheada
- **Negligencia y abandono:**
  - o Apatía
  - o Depresión
  - o Mala higiene
  - o Malnutrición
  - o Deshidratación
  - o Vestido inapropiado
  - o Comentarios de inseguridad por parte del paciente
  - o Úlceras por presión
  - o Deterioro progresivo de la salud, sin causa evidente
  - o Mal cumplimiento terapéutico
  - o Número de medicamentos excesivo o insuficiente en relación a los problemas de salud
  - o Situaciones de riesgo físico
  - o Aislamiento
  - o Enfermedades de cualquier tipo no tratadas, especialmente psiquiátricas
  - o Estés familiar

- **Explotación financiera:**
  - o Pérdida inexplicable de dinero, cheques o pensión
  - o Evidencia de que se han tomado bienes materiales a cambio de cuidados
  - o Tomar los efectos personales del anciano sin su autorización
  - o Preocupación del anciano por su estado económico
  - o Desconocimiento del estado económico propio
  - o Cobros de cheques por otras personas
  - o Alimentación insuficiente
  - o Medicación inadecuada
  
- **Abuso psicológico:**
  - o Confusión y desorientación del anciano
  - o Paranoia
  - o Depresión
  - o Miedo a los extraños
  - o Miedo en su ambiente natural
  - o Miedo a los cuidadores
  - o Baja autoestima
  - o Búsqueda de atención y afecto
  - o Cambio de carácter cuando está presente el posible agresor

En el momento actual, no existe un instrumento de detección eficaz y eficiente para su uso en APS, universalmente aceptado, que permita la identificación de la población en

riesgo. Se encuentran en diferentes fases de estudio diversos cuestionarios, que deberían poseer las siguientes características, según la OMS: ser aplicable en el entorno del anciano, utilizado preferiblemente desde APS y consumir un tiempo razonable.

Se pueden citar, sin embargo, dos iniciativas interesantes, el cuestionario de despistaje de la "*Canadian Task Force*" y una ayuda nemotécnica que recoge cinco factores de riesgo consistentemente citados en los estudios:

- **Cuestionario de despistaje (Canadian Task Force)**

- ¿Le han pegado o hecho daño?
- ¿Le han cogido cosas suyas?
- ¿Le han regañado o amenazado?
- ¿Tiene miedo a alguien en casa?
- ¿Ha firmado documentos que no comprendía?
- ¿Está solo a menudo?
- ¿Alguna vez no le han ayudado cuando lo necesitaba?
- ¿Le han tocado sin su consentimiento?
- ¿Le han obligado a hacer cosas que no quería?

Entre diversos expertos españoles se considera que estas preguntas, demasiado directas, probablemente sean inaceptables en nuestro entorno.

- **SAVED: ayuda nemotécnica**
  - **S:** estrés del cuidador por sucesos externos al cuidado
  - **A:** alcoholismo/drogas en el ambiente doméstico
  - **V:** violencia en relaciones pasadas entre la víctima y el responsable del maltrato
  - **E:** riesgo de claudicación del cuidador, falta de recursos emocionales
  - **D:** dependencia de cualquier tipo: económica, emocional, física entre la víctima y el responsable del maltrato

## Actuación

En el momento actual, no existe a nivel de APS ningún Protocolo o Programa de actuación que se pueda recomendar de forma global, a pesar de las graves repercusiones del MPM, tanto a nivel personal y familiar como social. Entre las causas de esta carencia, se pueden citar las siguientes:

- **Escaso y aún reciente reconocimiento del problema,** tanto a nivel social como por parte de los propios profesionales:
  - **Cierta tolerancia social** y dejación de las responsabilidades del Estado en las familias
  - **Cierta tolerancia familiar,** por desconocimiento y/o dejación
  - **Falta de formación** específica de los profesionales sanitarios y de servicios

sociales; frecuentes actitudes de discriminación por la edad

- **Escasez de recursos** adecuados para abordar el problema, tanto en los ámbitos sanitario y de servicios sociales, como en el policial, judicial y legislativo
- **Frecuente aislamiento social** de las personas mayores, en función de las situaciones de dependencia
- **Complejidad intrínseca del MPM**, que es frecuentemente escondido incluso por los propios ancianos maltratados

Ya se ha expuesto, a lo largo de todo el capítulo, los principios que deben guiar de forma general la actuación ante el problema del MPM: valoración integral, trabajo en equipo, continuidad de los cuidados, formación y descarga de cuidadores, utilización de los diversos recursos sociales y sanitarios, mejor formación y cambio de actitud de los profesionales.

La sospecha o evidencia de maltrato debe llevar a la cumplimentación de un **parte de lesiones** y envío de copia al Fiscal, según exige la ley. Este documento debe ser siempre emitido, independientemente de la posterior denuncia por parte del anciano o de sus familiares. Además, se debe informar al trabajador social y realizar un **seguimiento**. Cuando el maltrato es evidente, se deben tomar además **medidas urgentes para la protección** del anciano, que pueden incluir la hospitalización, institucionalización, recurso a la protección de

otros familiares o utilización de diversos recursos sociosanitarios. Cuando el paciente se encuentra **mentalmente incapacitado**, las medidas de protección y seguimiento

deben **extremarse**.

Sin embargo, en la práctica asistencial diaria se produce con frecuencia una **dificultad en la toma de decisiones**, sobre todo cuando se plantea la posibilidad de denuncia judicial. A las limitaciones impuestas por la escasez de recursos y la falta de agilidad de nuestro sistema judicial, se añaden consideraciones éticas derivadas fundamentalmente de la fragilidad y frecuente dependencia económica y emocional del anciano maltratado y de la obligación ética impuesta por los principios de *No Maleficencia* y de *Autonomía*; es frecuente encontrar personas mayores que han sufrido diferentes formas de maltrato y, a pesar de todo, prefieren continuar en su domicilio. Ello es debido a que, demasiadas veces, a la denuncia judicial se sigue irremediamente la **ruptura de los lazos familiares y la institucionalización definitiva del anciano**. Recientemente, dos amplios estudios dirigidos a conocer los valores, expectativas y creencias de las personas mayores en relación al problema del MPM han puesto de manifiesto que muchos ancianos consideran la propia institucionalización como una forma de maltrato.

Al igual que otros muchos autores, nosotros **no disponemos de una regla de decisión** aplicable a todas las situaciones de conflicto entre las exigencias legales y la voluntad de las personas mayores. Consideramos un deber de los profesionales profundizar en su formación

tanto sobre el problema del MPM como sobre los aspectos éticos que deben regir su actuación. Sin duda, de esta formación y del estudio individualizado de cada caso

surgirán respuestas adecuadas para estas situaciones.

**En todo caso, creemos que la familia española que cuida a sus mayores es mucho más subsidiaria de ayuda y apoyo que de denuncias.**

Dadas las diferencias en la disponibilidad tanto de recursos sociales como sanitarios, de defensoría, de voluntariado, policiales... que existen tanto a nivel de todo el territorio nacional como incluso entre áreas sanitarias y distritos, recomendamos la elaboración de un listado de teléfonos y direcciones de los recursos disponibles en cada Centro de Salud. Lo ideal sería que ese listado fuera elaborado por todos los miembros del Equipo de Atención Primaria.

## Bibliografía

- Rosenblatt CE, Kyung-Hawn C, Durance PW. Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:65-70
- Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Sole M, Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria* 2001;27:331-4
- Moya A, Barbero J. Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38:177-85
- Organización Mundial de la Salud, INPEA. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37: 319-31
- Lachs MS, Williams C, O'Brien S. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist* 1997;37:469-74
- Fulmer TT. Mistreatment of elders. Assessment diagnosis and intervention. *Nurs Clin North Am* 1989;24:707-16