

## **MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES**



**Valladolid 2011**

## **MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES**

El envejecimiento de la población es un hecho manifiesto que se inicia a mediados del siglo pasado, y que ha aumentado de un modo paralelo a los cambios sociales asociados al progreso experimentado en los países desarrollados. El maltrato a las personas mayores ha emergido como problema social hace pocos años, aunque probablemente ya existiera y, en estas últimas décadas ha alcanzado dimensiones que ensombrecen los niveles de bienestar y de confort que el desarrollo debería haber garantizado a las sociedades más avanzadas. Con frecuencia víctima y agresor comparten vínculos familiares, hecho que dificulta la denuncia de los malos tratos por la víctima. A veces las personas mayores no quieren reconocerlo por temor a represalias, o al confinamiento en instituciones, o simplemente porque prefieren negar la realidad, ya que el maltratador es casi siempre una persona de la familia o del entorno próximo; por otra parte, los familiares o los cuidadores, no van a dar facilidades para la detección por razones obvias. El desconocimiento y la falta de sensibilidad por parte de los profesionales sanitarios y de la sociedad hacia este tipo de maltrato han constituido quizás la barrera más importantes para su reconocimiento como problema socio-sanitario hasta no hace muchos años.

### **Definición:**

En la Primera Conferencia de Consenso<sup>1</sup> sobre el anciano maltratado, celebrada en España en 1995, se acuerda definir maltrato al anciano como: *“Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”*

### Formas de maltrato:

Se establecieron inicialmente cinco tipos de maltrato con clara similitud con el abuso al menor salvo, como es obvio, el abuso económico. Pero la OMS<sup>2</sup> y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores (INPEA: International Network for the Prevention of Elder Abuse)<sup>3</sup>, recogen además otras formas de maltrato al anciano mas circunstancial a nuestro tiempo: “el maltrato estructural y social” y “ la falta de respeto y prejuicios contra el mayor” (Tabla 1)

<b>Tabla 1: tipos de maltrato</b>	
<b>1.Negligencia</b>	- Física: No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos -Emocional: Consiste en la negación de afecto, desprecio, aislamiento, incomunicación.
<b>2.Maltrato físico</b>	Acciones que voluntariamente realizadas provocan o puede provocar daño: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.
<b>3.Maltrato psicológico</b>	Manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones
<b>4. Abuso económico</b>	Impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.
<b>5. Abuso sexual</b>	Cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.
<b>6. Maltrato estructural y social:</b>	Es el maltrato ejercido desde los gobiernos e instituciones , entendido como la discriminación en las políticas hacia los ancianos, la falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos y de alojamiento. Se considera que da origen a otros tipos de maltrato.
<b>7. Falta de respeto y prejuicios contra el mayor:</b>	Los prejuicios y los estereotipos sobre las personas mayores se traducen en actitudes irrespetuosas y maltrato verbal y emocional, es decir, una actitud social negativa hacia el anciano.

### Magnitud del problema:

Hasta hace poco carecíamos de estudios con base poblacional que nos permitieran estimar la magnitud del problema en nuestro país, aunque algunos estudios locales han investigado tanto aspectos epidemiológicos, así como la búsqueda de herramientas diagnósticas y de factores de riesgo. Pero sus resultados no son extrapolables a la población general ni tampoco están validadas

las escalas utilizadas<sup>4, 5,6</sup>. Algunos datos de estos estudios muestran que las cifras mas altas de maltrato corresponden a personas ancianas atendidas por los servicios sociales (35 %)<sup>7</sup> y en hospitalizados (8,5%)<sup>8</sup>. En otro estudio sobre prevalencia de sospecha de malos tratos a anciano obtienen una prevalencia de 11,9 %, pero se trata de sospecha sin confirmación del abuso<sup>5</sup>. Un estudio realizado a través de las auxiliares de ayuda a domicilio en cinco municipios del País Vasco, Andalucía y Canarias en personas mayores que precisan atención en el domicilio se obtuvo que 4,7 % de ellos , sufría una situación de maltrato siendo el 81 % mujeres. Solo en una cuarta parte de los casos el agresor fue alguien ajeno a la familia<sup>9</sup>. El nivel de denuncia es muy bajo se estima que se denuncia 1 de cada 5 casos. Se desconoce la incidencia de los malos tratos de los personas mayores en instituciones.

En junio del 2008, el Centro Reina Sofía presentó los resultados de un estudio<sup>10</sup> cuyo objeto ha sido conocer la situación actual del maltrato contra personas mayores en la familia en España. Para ello ha entrevistado a 2401 personas mayores de 64 años *población general* (con o sin dependencia) y a 789 *cuidadores de ancianos dependientes física o intelectualmente* a través de un cuestionario estructurado para cada grupo. Los resultados obtenidos en ambas encuestas, aunque van en la misma dirección, no son totalmente equivalentes. En la encuesta dirigida a los ancianos obtienen que 0,8% declara haber sido víctima de maltrato intrafamiliar en España a lo largo del año previo(2005); esto supone que a escala nacional cerca de 60.000 ancianos sufren maltrato cada año. Este porcentaje se duplica entre los ancianos dependientes y se cuadruplica entre las personas mayores que presentan una dependencia grave (aquellos que requieren de ayuda al menos cinco horas al día). Sin embargo en los resultados obtenidos de la encuesta a los cuidadores el porcentaje aumenta, declarando que 5 de cada 100 cuidadores reconoce haber maltratado al anciano a su cargo en alguna ocasión a lo largo del mismo año. En cuanto a los tipos de maltrato, víctimas y cuidadores coinciden en que el maltrato psicológico es uno de los que presenta mayor

prevalencia. La dependencia parece ser un factor de riesgo con especial peso en el abuso económico, puesto que entre los ancianos dependientes la tasa de este tipo de maltrato aumenta desde el 0,2% hasta el 0,9%, superando así incluso la tasa de negligencia y de maltrato psicológico. Por sexo la prevalencia es mayor entre las mujeres (0,9%) que entre los hombres (0,7%). Otros factores de riesgo para la víctima son el aislamiento social y la depresión. Para el agresor/a los factores de riesgo recogidos en este estudio son el aislamiento social, la dependencia económica del agresor respecto a la víctima, la presencia de psicopatología (los trastornos más comunes son los afectivos y de la ansiedad, en un 25% cada uno), el consumo de sustancias tóxicas, la relación familiar con la víctima (la pareja y los hijos se encuentra un porcentaje muy importante de estos casos) y el estrés (el 72,2% de los cuidadores que incurren en maltrato siente que la situación le sobrepasa, frente al 53,8% de los cuidadores que no maltrata).

A nivel internacional hay pocos estudios epidemiológicos a escala nacional comparables con el estudio del Centro Reina Sofía. En EEUU<sup>11</sup>, Canadá<sup>12</sup> y Reino Unido<sup>13,14</sup> cifran en un 3-6% de maltrato físico, psíquico o abandono; datos recientes del INPEA encuentran cifras entre el 4-6% en el ámbito familiar y se desconocen las cifras en el ámbito institucional. Los agresores eran, el 66% los propios cónyuges y el resto los hijos. En otro estudio<sup>15</sup>, el 45 % de los cuidadores domésticos admitía haber tenido conductas consideradas como maltratantes. Sin embargo muchas de las víctimas no las consideraban como abuso o maltrato. Estas cifras difieren con el resultado español del Centro Reina Sofía con una incidencia anual de maltrato del 0,8 % manifestada por las personas mayores. Las autoras del estudio, dan como posibles explicaciones 3 reflexiones: la primera es que realmente esta sea la prevalencia de maltrato a los mayores en España; como segunda que las personas maltratadas no sean conscientes de la situación de maltrato y la tercera la ocultación del problema por la vergüenza, tristeza e impotencia que esta situación les genera y por las consecuencias sociales que el estigma del maltrato acarrea sobre la familia maltratadora en

una sociedad con la española donde la institución familiar tiene tan alta consideración. Como dato indirecto, sin olvidar que las poblaciones de mayores estudiadas no son comparables, tenemos la prevalencia informada de los cuidadores y que reflejaba un valor de conductas maltratantes 5 veces mayor.

### **Causas:**

Las causas del maltrato en el anciano son complejas. El cambio de valores en nuestra sociedad actual en la que la juventud, la productividad, la salud son valores en alza; el anciano, enfermo con frecuencia dependiente e improductivo, es infravalorado y a veces resulta una “carga ” para familias nucleares con dificultades para cuidar al anciano. Sin duda los factores sociales y culturales están implicados, pero también otros, familiares e individuales, como el estrés del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar etc., pero se consideran **factores de riesgo** mas que propiamente causales, ya que no siempre su existencia condiciona la aparición del problema, sino solo aumenta la probabilidad de que este aparezca.

Los malos tratos se ejercen generalmente sobre las personas mas vulnerables del ámbito doméstico, en el caso de la mujer con el propósito de dominio y sometimiento por parte del agresor; en el caso del anciano aunque también pueden existir estas mismas razones (violencia de pareja en los ancianos), pero se cree que con mayor frecuencia son la respuesta a una situación de rechazo hacia las personas mayores, consideradas como carga para la familia. Se han identificado factores asociados a maltrato como son , situación de dependencia física, el estrés por sobrecarga del cuidador, problemas sociales red familiar o social escasa, antecedentes de violencia familiar en la propia familia, problemas económicos, dependencia económica del cuidador respecto al anciano, etc, Hoy se concede una gran importancia es el *estrés del cuidador*, ya que la necesidad de cuidados de una persona dependiente, puede condicionar la sobrecarga física y emocional del cuidador/a.

### **Factores de riesgo:**

En distintos estudios <sup>10,16, 17 ,18, 19, 20</sup> se ha observado una asociación estadística entre maltrato y algunos factores de riesgo y se han clasificado en tres categorías: los que se refieren al anciano como víctima, los que afectan al agresor (cuidador) y los factores situacionales o del entorno que confieren una mayor vulnerabilidad. Algunos autores han considerado como los factores más importantes en el anciano para sufrir maltrato la dependencia psicológica con el agresor<sup>21</sup> y las características de la persona agresora<sup>9</sup>. Pero no hay que olvidar que la prevalencia de maltrato entre las personas mayores dependientes es mayor que en las que no tienen esa condición<sup>10</sup>. Los factores de riesgo más significativos se recogen en la Tabla 2. Identificarlos permitirá poder llevar a cabo actuaciones en prevención primaria y secundaria.

**Tabla 2.-Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctima de malos tratos.**

#### **Para el anciano:**

- Sexo: en la mayoría de los estudios hay un mayor porcentaje de mujeres entre las víctimas y con abusos más graves tanto físicos como psicológicos.
- Edad avanzada
- Deficiente estado de salud
- Incontinencia
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta
- Dependencia física y emocional del cuidador
- Aislamiento social
- Antecedentes de malos tratos

#### **Para el agresor (cuando es el cuidador):**

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales)
- Padecer trastornos psicopatológicos
- Abuso de alcohol u otras toxicomanías
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa.
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados

#### **Situaciones de especial vulnerabilidad**

- Vivienda compartida
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor
- Falta de apoyo familiar, social y financiero

- Dependencia económica o de vivienda del anciano

### **Consecuencias:**

**Lesiones físicas:** lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras e intoxicaciones. En ancianos con maltrato y negligencia en sus cuidados, presentan una supervivencia más corta<sup>22</sup>.

**Consecuencias psicológicas:** Tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y pseudodemencias.

**Sociales:** aislamiento físico, psicológico o social.

Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios; el aumento de la frecuentación, y de las hospitalizaciones condicionadas por la morbilidad asociada a la negligencia, el abandono o la violencia física.

### **Prevención de los malos tratos:**

Existe una mayor sensibilidad de los profesionales sanitarios frente al problema del maltrato al anciano y cada vez se demanda más formación específica, pautas de actuación consensuadas y recursos asistenciales que ayuden no solo a tratar los casos diagnosticados sino a prevenir su aparición<sup>23</sup>.

#### **1. Prevención Primaria:**

La complejidad de las causas hace difícil las intervenciones en prevención primaria. Se trataría de incidir sobre **las causas sociales y culturales del problema**, que es una tarea educativa a nivel de la familia, la escuela, los medios de comunicación y de la sociedad, fomentando el reconocimiento y el respeto a las personas mayores así como apoyo al cuidador principal, cuya capacidad puede



verse desbordada al tener un anciano discapacitado a su cargo, mediante el desarrollo de programas dirigidos a la *atención al cuidador familiar en la comunidad*.

Las intervenciones de los profesionales sanitarios en prevención primaria serían las siguientes:

- Detectar los factores de riesgo del anciano y del cuidador y las situaciones de mayor vulnerabilidad para que el maltrato se produzca.
- Canalizar las intervenciones para modificar los factores de riesgo.
- Apoyar a los cuidadores: identificar, y actuar preventivamente ante situaciones de estrés y sobrecarga física y emocional que pueden influir en la aparición de conductas violentas, mediante el desarrollo de programas de atención al cuidador.

Otras acciones preventivas que deberían poner en marcha la administración y los gobiernos serían:

- El desarrollo de programas educativos para niños y jóvenes orientados al respeto y al reconocimiento a las personas mayores y discapacitadas, en la familia, en la escuela, en los medios de comunicación y en la comunidad.
- El desarrollo de programas de ayuda social a los ancianos y a las familias por parte de las instituciones públicas y una mayor dedicación de recursos para los cuidados psicosociales de la familia.
- Cambios en la normativa laboral facilitando limitación de jornada en condiciones económicas dignas cuando se tiene a cargo ancianos dependientes.

Aunque no conocemos estudios que hayan demostrado la efectividad de estas medidas, se sabe que medidas de apoyo social y familiar contribuyen al buen trato al anciano y evitan situaciones de vulnerabilidad

## 2. Prevención secundaria.

**Instrumentos para la detección<sup>24</sup>:** tras el análisis de distintos instrumentos de cribado, no disponemos en la actualidad de cuestionarios cuya utilidad clínica este validada y tampoco disponemos de ninguno capaz de cuantificar y estandarizar la valoración del riesgo; por tanto se debe continuar la investigación en este campo.

### **Recomendaciones de organizaciones internacionales:**

La Asociación Médica Americana (AMA) recomienda que los médicos interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato<sup>25</sup>. La *U.S. Preventive Services Task Force* (USTF)<sup>26</sup> y la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*(CTF)<sup>27</sup> consideran respecto a la utilización rutinaria de instrumentos de cribado para la detección de maltrato en ancianos que no hay evidencias científicas suficientes en el momento actual que permitan aconsejar o rechazar la utilidad de cuestionarios para el cribado rutinario de maltrato en el anciano (*Recomendación tipo C*); no obstante aconsejan estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con maltrato y negligencia y sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta ordinaria para detectar riesgos o signos de maltrato, tratando de identificarlos precozmente a través de la entrevista y la exploración<sup>28,29,30 31</sup>, dando prioridad a aquellas personas con factores de riesgo o situaciones de mayor vulnerabilidad.

### **Pautas de actuación<sup>29, 30, 31, 32</sup>**

a. **Realización de la entrevista clínica a las personas mayores** por el profesional. Se considera un instrumento clave para la detección y hay algunas normas para facilitar el desarrollo de la entrevista ante sospecha de maltrato se enumeran en la tabla 3.

**Tabla 3: Pautas de entrevista:**

Normas para facilitar la entrevista:

- Entrevistar al paciente solo y con el cuidador
- Analizar la relación y cambios de actitud en su presencia
- Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos
- Garantizar la confidencialidad
- Hablar con lenguaje claro y sencillo
- Hacerle algunas preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema
- Preguntar por factores de riesgo

La A.M.A sugiere 5 preguntas:

- 1.-¿Alguien le ha hecho daño en casa?
- 2.-¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?
- 3.-¿Le han amenazado?
- 4.-¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?
- 5.-¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por si mismo?

Para explorar los diferentes tipos de maltrato se pueden utilizar preguntas exploradoras dirigidas hacia cada uno de ellos<sup>38</sup>.

**b. Explorar cuidadosamente signos físicos y explorar actitudes y estado emocional:**

- **Explorar cuidadosamente signos físicos** como lesiones o hematomas; detectar incongruencias entre las lesiones y las explicaciones sobre como se produjeron; desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, caídas reiteradas, demora en la solicitud de atención, visitas frecuentes a urgencias por motivos cambiantes, contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y el agresor.

- **Explorar actitudes y estado emocional:** miedo, inquietud, inhibición. Explorar síntomas psíquicos: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión etc.

Si diagnosticamos un trastorno depresivo, o por ansiedad, o insomnio, ser cautos en la indicación de psicofármacos. Valorar siempre el riesgo de suicidio, el acceso a los medicamentos y la vigilancias de las tomas.

- **Investigar señales de alerta** a través de indicios, actitudes, signos clínicos o síntomas de maltrato (Tabla 4)

**Tabla 4.- Señales de alerta y signos de maltrato**

- Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones
- Retraso en solicitar la asistencia
- Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes
- Administración involuntaria de medicamentos
- Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados
- Mala evolución de las lesiones (úlceras) tras aplicación de las medidas adecuadas.
- Desnutrición sin motivo aparente, deshidratación
- Caídas reiteradas
- Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador
- Actitud de miedo, inquietud o pasividad
- Estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión.
- Negativa del cuidador a dejar solo al anciano

### **3. Prevención terciaria.:**

#### **Actuación ante una situación de maltrato.**

Si hemos llegado al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato la primera actuación es *la valoración integral, en la que además de explorar el estado físico y psicológico de la persona, resulta imprescindible una completa valoración de la situación social, para poder hacer una plan de actuación integral y coordinado.*

*Tras la valoración podemos encontrarnos en diversas situaciones, y nuestra actuación puede diferir en función de la situación de la persona y del contexto.* Nos ayudará en la toma de decisiones tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1.- Gravedad de la situación.: si existe riesgo para la vida o no
- 2.-Capacidad de decisión de la persona : si tiene capacidad legal o está incapacitada.
- 3.-Valoración de la situación socio-familiar (particularmente del agresor, sobre todo cuando pertenece al ámbito familiar o es el cuidador)

#### **1. Gravedad de la situación**

##### **a. Situación de riesgo vital inmediato o peligro extremo:**

- i. **de tipo físico** motivado por: lesiones por traumas directos, estados carenciales originados por negligencia en los cuidados (desnutrición grave,

deshidratación), ausencia de administración de medicamentos imprescindibles para su vida, intoxicación por fármacos incorrectamente administrados de forma dolosa o negligente con riesgo para su vida, infecciones graves por falta de cuidados e higiene etc); en estos caso debe actuarse sin demora y remitir al hospital a la persona en peligro, en medio de transporte seguro.

- ii. **riesgo vital inmediato de tipo psíquico** (riesgo autolítico) Se considera que el riesgo es alto sobre todo si la persona declara su intención de quitarse la vida, lo tuviera planeado incluso lo haya intentado en otras ocasiones . Hay un tipo de maltrato denominado *autonegligencia* que se caracteriza porque el comportamiento del propio anciano amenaza su salud y su vida. Se caracteriza la negación de sus propios cuidados básicos en la alimentación, vestido, vivienda, seguridad, medicación e higiene personal.

En ambas situaciones, en las que puede existir un riesgo para la vida de la persona se requiere una intervención de urgencia para preservar la seguridad del anciano. En general se debe:

- Remitir al hospital.
- Asegurar la llegada de la víctima al hospital con traslado en ambulancia si fuera necesario.
- Comunicar al hospital el envío de la paciente.
- Comunicar al juez los hechos a través del parte judicial

En el hospital se iniciará el tratamiento y se pondrán en marcha las medidas necesarias para dar la respuesta adecuada a su problema a través del trabajador/a social y contando con servicios especializados o sociales si fuera preciso.

- iii. **Potencial riesgo de homicidio o de nuevas agresiones.** . Se considera que existe cuando se han verbalizado amenazas consistentes, y la persona mayor manifiesta miedo por su vida y seguridad.

-Debemos recoger en al historia la sensación personal de seguridad que tiene la paciente sobre su propia vida.

-Valorar si el agresor presenta factores de riesgo para un ataque brusco de violencia como son: alcoholismo, drogadicción, trastornos psiquiátricos, etc.

-Valorar con preguntas sencillas los recursos familiares de con los que cuenta la persona en caso de urgencia.

-Ponerlo en conocimiento del juzgado de guardia de forma inmediata, para garantizar las medidas de protección y la provisión de los recursos sociales necesarios

Estas actuaciones son análogas a las propuestas en el protocolo de actuación ante el maltrato a la mujer<sup>33</sup>

**b.-Si no se objetiva riesgo vital inmediato**, que es la situación mas frecuente, ¿Cómo actuar?.

Valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación, teniendo en cuenta la opinión del propio anciano, si su estado cognitivo lo permite, y del cuidador, valorando los recursos con los que cuenta. Hoy disponemos de una red de apoyo sociosanitaria, que en general el trabajador social puede poner en marcha.

-Respecto a la realización del parte de lesiones para el juzgado en este supuesto es conveniente hablar con el anciano y con la familia e intentar analizar como se ha llegado a esa situación y estudiar posibles soluciones, antes de tomar la decisión de realizar el parte que puede afectar a la relación del profesional con la persona mayor y con la familia e impedir ayudas posteriores. Esta consideración es fundamental cuando el desencadenante de la situación haya sido la sobrecarga del cuidador/a o algún trastorno psicopatológico, situaciones ambas que pueden tener una abordaje profesional diferente, sin necesidad de judicializar la situación.

## **2.- Aspectos a considerar en relación con la capacidad legal de la persona mayor.-**

Conviene tener presente algunas consideraciones en relación con la capacidad legal de la persona.

**a.-Si la persona mayor tiene plena capacidad legal**, debemos informarla y tenerla en cuenta en la toma de decisiones que vayamos a adoptar.

Es aconsejable incluir en el parte de lesiones, nuestra valoración sobre si la persona mayor está mentalmente capacitada. Para realizar la denuncia en el juzgado, el anciano capaz debe

dar su consentimiento explícito. Si existiera riesgo inminente se iniciaría la actuación de urgencia contactando directamente con los recursos policiales o judiciales, aun sin su consentimiento.

**b.- Si la persona está incapacitada legalmente** , el profesional *siempre* deberá realizar el parte judicial, y la denuncia la cursaran los servicios sociales o policiales, incluso en aquellos casos que los tutores se opongan, quedando bajo la protección del Ministerio Fiscal. El Código Civil recoge en su artículo 200 como causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias físicas o psíquicas de carácter persistente que impiden a la persona gobernarse por si misma. Sin embargo, no resulta fácil la tramitación del Expediente de Incapacidad, ya que la propia Ley establece las medidas de guarda para evitar un mal uso de la misma.

Los Servicios Sanitarios y Sociales ante situaciones de urgencia pueden hacer uso de los recursos disponibles, ingreso en hospitales de agudos, en residencias etc, mediante el tramite de expediente de emergencia social, en centros de acogida y en otros centros sociosanitarios. Para el ingreso de un *presunto incapaz* es necesaria la autorización judicial previa, excepto si la urgencia del caso exige la toma adopción de medidas inmediatas, siendo preciso comunicarlo al juez en el plazo de 24 horas.

Si existe una situación emocional o circunstancia que puede mermar la capacidad del anciano para tomar decisiones de forma transitoria, el profesional debe hacerlo constar en el parte ya que puede ser relevante para el juez.

### **3.-Valoración de la situación socio-familiar y del cuidador.-**

Es fundamental ante la detección de maltrato a una persona mayor hacer una valoración de la situación sociofamiliar. Es importante diferenciar si el maltrato está motivado por:

- Incompetencia del cuidador (enfermedad mental, agotamiento o fracaso de un cuidador previamente competente, ausencia de apoyos, incapacidad emocional, etc)
- Ausencia de persona que asuma la responsabilidad de los cuidados familiares (cuando no hay familiares directos, están ausentes o son muy mayores )
- El agresor tiene clara intención de producir daño a la persona.
- Se trata de un caso de claro maltrato.

En los primeros dos primeros supuestos, debe gestionarse individualmente cada caso desde los servicios sociales y sanitarios de forma coordinada, y buscar los recursos o apoyos más adaptados a la situación y necesidades concretas que se presenten (institucionalización de la persona en algunos casos, apoyo al cuidador a través de los programas de atención en domicilio y de respiro familiar en otros), pero en todo caso garantizar la atención adecuada a la persona mayor.

El médico debe informar al anciano de la situación y de la posible evolución del problema, así como de las posibilidades de actuación y los recursos; también debe darle la información necesaria por si desea formular la denuncia.

En los casos de cualquier tipo de maltrato producido de forma intencional, ante situación de riesgo ha de ponerse en conocimiento del juez a través del parte judicial.

Nuestra recomendación es siempre ser prudentes y valorar individualmente cada persona y situación sociofamiliar, y prestar la ayuda que en este contexto precisen tanto la persona mayor en situación de maltrato como el cuidador (cuando es el agresor)

Con frecuencia nos vamos a encontrar con el rechazo del anciano víctima de maltrato a formular la denuncia, ya que casi siempre el agresor es un miembro de la propia familia. Esta situación plantea con frecuencia un conflicto ético para el profesional con el paciente y con la familia. Una vez valorado el riesgo inmediato para el anciano, las causas, la voluntad del paciente y las posibilidades de intervención el profesional deberá tomar la decisión, de emitir el parte de comunicación al juez. En los casos de riesgo inmediato para la vida siempre habrá que remitir al hospital. Si la causa puede ser la sobrecarga del cuidador o un trastorno psicopatológico abordable (depresión, ansiedad etc), se pueden valorar las posibilidades de intervención con un seguimiento estrecho por parte de los profesionales sanitarios y el trabajador social, poniendo en marcha las medidas de apoyo sociales y médicas que fueran precisas. En todo caso. la prudencia, el conocimiento del contexto y tener en cuenta la voluntad del paciente (cuando conserva sus facultades), así como los principios de beneficencia y no maleficencia, son aspectos importantes que nos pueden ayudar en la toma de decisiones

Es preciso tener especial cuidado en aquellos casos en los que la persona mayor esté incapacitada legalmente, donde se actuará como en el caso de los menores. También se recomienda especial cautela en situaciones de graves limitaciones físicas que le pudieran dificultar la petición de ayuda.



## **Estrategias e intervenciones de ayuda al anciano maltratado<sup>34,34,36</sup>**

### **Orientadas al anciano**

- Evitar el aislamiento social mediante:
  - Servicios de atención a domicilio
  - Servicios de teleasistencia
  - Centros de día
  - Apoyo y supervisión por parte de Servicios Sociales
- Organizar la atención clínica del paciente facilitando medios, contando con la familia y con apoyo social si fuera preciso.
- Simplificar la medicación
- Evaluar la adecuación de la vivienda a las limitaciones del anciano
- Valorar la necesidad de institucionalizar al anciano si la familia no puede garantizar su atención

### **Orientadas a la persona que maltrata, cuando ésta es el cuidador o familiar.**

Intervención en los casos señalados en la tabla 2, cuando esa persona es cuidador/a de ancianos:

Reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como:

- Compartir el cuidado con otros miembros de la familia o facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar en mejores condiciones para su cuidado.
- Contactar con grupos de apoyo comunitarios (voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares de enfermos etc)

- Garantizar periodos de descanso a la persona que cuida (facilitando personas de apoyo de atención a domicilio de servicios sociales o voluntarios, estancias en centros de día, o centros de corta estancia o de respiro familiar)
  - Dar apoyo técnico y emocional al cuidador/a por parte de los profesionales del Equipo de Atención Primaria, a través del programa de atención al cuidador familiar. Un instrumento útil para valorar la sobrecarga del cuidador/a es la escala de Zarit o su versión reducida<sup>37</sup>
- Si la persona que cuida padece un problema psicopatológico o de consumo de alcohol o drogas, debe realizarse entrevista intentado conocer el estado emocional de la persona y facilitar apoyo y tratamiento de problemas psiquiátricos o toxicomanías si las hubiere.
  - Valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados

En esta dirección van dirigidos los *Servicios de atención al Cuidador y Cuidadora Familiar*, que se están empezando a implantar en Atención Primaria.

Se plantean intervenciones desde una doble vertiente: el cuidador como proveedor de cuidados y a su vez necesitado de ellos:

- Capacitando al cuidador para conseguir una mejor prestación del cuidado.
- Dirigidas a las necesidades específicas del cuidador, motivadas o favorecidas por su rol de cuidador familiar, tanto en el área física (cansancio dolores osteoarticulares,...), psíquica (depresión , ansiedad, irritabilidad,...) y social (disminución del tiempo libre, ...)

El inicio temprano de ambas actuaciones nos ayudará a alcanzar lo objetivos deseados:

- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores familiares

- Promover la participación comunitaria de los cuidadores familiares
- Evitar la institucionalización innecesaria de la persona dependiente, por claudicación familiar y/o déficit de cuidados.

Los Equipos de Atención Primaria están en una situación privilegiada para llevar a cabo actuaciones para prevenir y actuar ante la aparición del cuadro clínico del síndrome del cuidador/a. Se necesita desde la Administración la promoción y el apoyo a estos programas con el desarrollo de una atención sociosanitaria que permita dar una respuesta real a un problema cada vez más prevalente.

El maltrato a las personas mayores, es una situación en la que los profesionales del primer nivel, tienen posibilidades reales de intervención, y no solo mediante el diagnóstico precoz y un abordaje eficaz, sino en la prevención, sobre todo en aquellos casos (los más frecuentes) en los que el agresor es el cuidador familiar. Las situaciones vitales estresantes que alteran el equilibrio familiar aumentan la vulnerabilidad y actúan como desencadenantes de conductas violentas hacia la persona a la que consideran causante del deterioro de la calidad de su vida y de su aislamiento, y generando a la par sentimientos ambivalentes de culpabilidad, que producen ansiedad, agotamiento emocional, despersonalización y pueden conducir a la depresión. Estas situaciones son más frecuentes cuando no es posible la comunicación afectiva con el anciano por su deterioro intelectual como en el caso de los pacientes con demencia. El apoyo psicológico, el refuerzo, el descanso físico, el reconocimiento explícito de la importancia del trabajo que desempeña, son fundamentales para evitar la claudicación psicológica del cuidador/a.

La OMS y el INPEA optan por el contexto de la Atención Primaria al plantearse una estrategia global contra el maltrato en personas mayores, y apuestan por *“lograr que los trabajadores de Atención Primaria tomen conciencia del problema del maltrato al mayor como cuestión crucial en la prevención y/o intervención sobre el problema”*; para ello proponen la elaboración de un

programa educativo sobre el maltrato al mayor dirigido a los y las profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Bibliografía:

- <sup>1</sup> Kessel Sardinias H y col .Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado .Rev.Esp. Geriatr. Gerontol. 1996.31 (6) 367-372
- <sup>2</sup> Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, eds. World report on violence and health. World Health Organization. Geneva. 2002.
- <sup>3</sup> Missing voices. WHO(Wold Health Organizations)/INPEA(International Network for the Prevention of Elder Abuse.Views of Older Persons on Elder Abuse. Geneva,2002.
- <sup>4</sup> Larrión Z. J.L y de Paul Ochotorena J. El síndrome del anciano maltratado. Med. Clin.(Bar) 1994;102: 216-219
- <sup>5</sup> Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N y col: Violencia doméstica : prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos. Atención Primaria 2001;(27): 331-334
- <sup>6</sup> Bover Bover A, Moreno Sancho ML, Mota Magaña S, Taltavull Aparicio JM. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. Aten Primaria 2003; 32(9): 541-51.
- <sup>7</sup> Maltractementes i abusos. Activitats preventives de la gent gran.Barcelona: Generalitat de Catalunya.1999;303-309
- <sup>8</sup> Marin N, Delgado J.L. et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol. 1991 26. 1 : 40-46.
- <sup>9</sup> Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36 (1):8-14.
- <sup>10</sup> Iborra, I. (ed.) (2008): *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia. Colección Estudios sobre Violencia nº 14, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- <sup>11</sup> Pillemer K, Finkelhor D. The Prevalence of elder abuse: a random sample survey. Gerontologist.1988;28:51-57.
- <sup>12</sup> Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canadá .J.Elder Abuse Neglect.1992;4:5-58
- <sup>13</sup> Ogg J, Bennet G Elder Abuse in Britain.BMJ.1992; 305:998-999
- <sup>14</sup> O’Keeffe, M.; Hills, A.; Doyle, M.; McCreadie, C.; Scholes, S.; Constantine, R.; Tinker, A.; Manthorpe, J.; Biggs, S. y Erens, B. (2007): *UK Study of Abuse and Neglect of Older People. Prevalence Survey Report*, Londres, National Centre for Social Research y King’s College London.
- <sup>15</sup> Homer A, Gilleard C :Abuse of elderly people by their careers. BMJ.1990;301:1359-1362

- <sup>16</sup> Kosberg J .Preventing elder abuse .Identification of high risk factors prior to placement decisions. Gerontologist 1988; 28: 43-50.
- <sup>17</sup> Muñoz F, Burgos ML, Rogero P y col. Detección de factores predictores de abandono de pacientes incapacitados en la zona básica de salud. Aten. Primaria.1995 ;15: 21-28
- <sup>18</sup> Jones J.S, Holstege C et Holstege H. Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. Am. J. Emer.Med.1997; 15:579-583
- <sup>19</sup> Lachs M ,Williams C, O'Brien S et al. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine year observational cohort study. Gerontologist.1997;37: 469-474
- <sup>20</sup> González J.A, Florez FJ, González A, García D, Salgado A. “Malos tratos al anciano”. En Sanchez T (coord.). Maltrato de género, infantil y de ancianos. 2005. Salamanca. Publicaciones Pontificia de Salamanca. Temas de Psicología X; pág: 105-119.
- <sup>21</sup> Iborra, I. *Violencia contra personas mayores*, Barcelona, Ariel, Colección: Estudios sobre Violencia nº 11, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. 2005; págs. 69-85
- <sup>22</sup> Lachs M, Williams C, O'Brien S, Pillemer K, Charlson M. The Mortality of Elder Mistreatment. *JAMA*. 1998;280:428-432.
- <sup>23</sup> Coma M, Muñoz J, Ayuso M, Sierra C y Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde la atención primaria. *Gac Sanit*. 2007;21(3): 235-41.
- <sup>24</sup> Wolf R.: Risk Assesement Instruments.Special Research Review Section. National Center on Elder Abuse Newsletter. 2000. [www.elderabusecenter.org/research/risk.html](http://www.elderabusecenter.org/research/risk.html)
- <sup>25</sup> American Medical Association: Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect.. Chicago. American Medical Association 1994;4-24.
- <sup>26</sup> Nelson H, Nygren P, McInerney, Klein J. Screening Women and elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence : A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals* 2004; 140: 387-396.
- <sup>27</sup> Patterson C. Prevention secondaire des mauvais traitements infligés aux personnes âgées en: *Medicine Clinique Preventive Canadian Task Force*. 1994. 1040-1049
- <sup>28</sup> Lachs MS, Pillemer K. Reconognizing elder abuse and neglect: *Clin.Geriatr.Med*.1993;9(3): 665-668
- <sup>29</sup> Marshall C.E, Benton D y Brazier J: Abuso del anciano. Cómo identificarlo. *Modern Geriatrics*. 2000; 12 ( 6):190-196.
- <sup>30</sup> Kruger RM, Moon C H: ¿Puede descubrir los signos de maltrato de ancianos?. *Postgraduate Medicine*.2000: 4: 65-73.
- <sup>31</sup> Barker NJ y Mersy DJ en AAFP. Home Study Self Assesement. La violencia en la familia. Ed. Española. 1996: 33-46
- <sup>32</sup> Lachs MS, Pillemer K: Abuse and neglect of elderly persons. *N.Engl.J.Med*. 1995;332(7):437-443

- <sup>33</sup> Fernandez Alonso MC. Grupo de Salud Mental del PAPPS: Malos tratos a los ancianos: [www.papps.org/publicaciones/malos-tratos\\_ancianos.pdf](http://www.papps.org/publicaciones/malos-tratos_ancianos.pdf)
- <sup>34</sup> Costa AJ. Elder Abuse .Prim Care.1993;20:375-389
- <sup>35</sup> Fernández Alonso MC, [Herrero Velázquez S.](#) [Maltrato en el anciano](#): Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). [Atención Primaria](#). 2006; 37(2):113-115.
- <sup>36</sup> Tabuela M, Vicente de I. Malos tratos y vejez: un enfoque integral. VI congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social. Zaragoza. 2006. pdf.
- <sup>37</sup> Gorta AM, March J, Gómez X, De Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidado paliativos. Med Clin (Barc).2005;124:651-653.
- <sup>38</sup> Campillo Motilva, R. Violencia con el anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr*, jul.-ago. 2002, vol.18, no.4, p.293-295. ISSN 0864-2125.