

Maltrato al anciano

Autores: Martínez Pardo, Beatriz (Graduada en Enfermería por la Universidad de Oviedo, Enfermera Eventual del Área IV del SESPA); De la Lama Suárez, Lucía (Graduada en Enfermería, Enfermera en el Hospital Álvarez Buylla (Mieres - Asturias)); Lopez Fernandez, Manuel (Graduado en Enfermería, Enfermero); García Morillo, María (Graduada en Enfermería, Enfermera).
Público: Graduado en Enfermería. **Materia:** Sanidad. **Idioma:** Español.

Título: Maltrato al anciano.

Resumen

El maltrato a personas mayores es una realidad que todavía hoy sigue existiendo a pesar de haberse incluido en las preocupaciones profesionales, políticas y sociales de nuestra sociedad actual. El maltrato al anciano viene definido por patrones culturales según la comunidad de referencia, el momento histórico y el entorno sociocultural que los rodea. Además suele tener lugar tanto en el ámbito social-comunitario, institucional y familiar. En este trabajo nos vamos a centrar en definir los diferentes conceptos relacionados con el maltrato al anciano, las diferentes formas del mismo y sus factores de riesgo, y como detectarlo.

Palabras clave: Anciano, Personas mayores, Maltrato, Abuso, Familia, Atención Primaria.

Title: Abuse of the elderly.

Abstract

Elder abuse is a reality that still exists today despite having been included in the professional, political and social concerns of our current society. Elder abuse is defined by cultural patterns according to the community of reference, the historical moment and the sociocultural environment that surrounds them. In addition, it usually takes place in the social-community, institutional and family spheres. In this paper we will focus on defining the different concepts related to elder abuse, the different forms of the same and their risk factors, and how to detect it.

Keywords: Elderly. Elderly people, Maltreatment, Abuse, Family, Primary Care.

Recibido 2018-03-15; Aceptado 2018-04-06; Publicado 2018-04-25; Código PD: 094084

INTRODUCCIÓN

El maltrato al anciano, a pesar de estar presente desde hace miles de años, empieza a aparecer como problema social y a adquirir un carácter de interés científico y político hace pocos años (desde la década de los años 70 en el siglo XX) y no porque no existiera, sino porque hasta entonces ha permanecido “oculto”. Este tipo de maltrato actualmente es una realidad que cada vez es más evidente y requiere de una atención específica. Históricamente los ancianos han sido ignorados al considerar que eran personas adultas y con poder, y por tanto capaces de cuidarse por sí mismos.

El perfil de persona mayor no está incluido en los protocolos que contemplan violencia doméstica y de género, y forman un grupo de individuos afectados por ser objeto de violencia y/o maltrato por parte de otros seres humanos. La población de personas mayores de 85 años es la más vulnerable a sufrir crisis físicas, mentales o financieras, y estos factores producen una mayor necesidad de cuidado por parte de su familia o de la sociedad. El tipo de maltrato dirigido a las personas mayores puede influir, en muchos casos, en un déficit de recursos individuales, colectivos o sociales más que un acto violento.

El equipo de personal sanitario, sobre todo el de enfermería, tiene un importante papel en la detección e intervención de dicho maltrato, ya que muchas veces esto es muy difícil debido a que ellos mismos no quieren reconocerse como víctimas por temor a represalias, al ingreso en cualquier tipo de institución, o simplemente por negar una realidad insostenible para ellos. Además, los familiares o cuidadores no van a poner facilidades para detectar el problema.

Tampoco ha habido mucha sensibilidad por parte de los profesionales sanitarios en este sentido y frente a estas necesidades no tenemos unos recursos sociales preparados para dar una solución al problema, ya detectado, a pesar de que este grupo crece exponencialmente.

CONCEPTOS PREVIOS

A modo de conceptos previos, introduciremos una serie de definiciones que nos ayudarán a definir con mayor claridad la naturaleza del maltrato, como son:

- Comisión: sería el acto premeditado del abuso en sí.
- Omisión: sería la falta de provisión de los cuidados y soportes necesarios.
- Activo/intencional: sería la complicidad e intencionalidad del maltratador para cometer un acto.
- Pasivo/no intencionado: sería la circunstancia en que el abuso no se hace conscientemente, sino que es causado por una falta de conocimientos, habilidad, esfuerzos o recursos.
- Trato deficiente: sería el pobre trato que se le da al anciano.
- Maltrato: sería considerado un trato dañino que se le da al anciano.

DEFINICIÓN DE MALTRATO AL ANCIANO

El maltrato y la violencia son dos categorías distintas para agrupar las conductas dañinas que una persona causa a otra. El maltrato al anciano viene definido por patrones culturales según la comunidad de referencia, el momento histórico y el entorno sociocultural que los rodea.

Este tipo de maltrato es observado en cualquier tipo de clase social y nivel socioeconómico, pudiendo surgir en instituciones, tanto públicas como privadas, o en el domicilio, siendo los familiares y cuidadores los que con más frecuencia se encuentran implicados en dicha acción.

Distintas organizaciones y reuniones nacionales e internacionales han propuesto distintas definiciones de maltrato al anciano, aunque actualmente parece haber un acuerdo con la definición adoptada en 2002 por la Organización Mundial de la Salud en la Declaración de Toronto, propuesta en 1995 por INPEA que tuvo lugar en Madrid, y dice que:

“El maltrato de personas mayores se define 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. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.”

A partir de esta definición se establecen tres ejes que debemos tener en cuenta cuando estudiamos las conductas de maltrato que se imparten a los ancianos y diferenciarlas de otras acciones generales de violencia sobre cualquier ser humano.

- Primer eje. Se considera a la existencia de un vínculo significativo y personalizado, que el anciano percibe de la persona que maltrata. Esta expectativa es imprescindible para establecer que una conducta violenta hacia un anciano sea considerada una conducta de maltrato.
- Segundo eje. Se considera a aquellas conductas que provocan un daño o riesgo de daño importante para el anciano. Este daño o riesgo tradicionalmente ha sido categorizado en el ámbito familiar como físico, psicológico, económico, sexual y negligencia. Esta expectativa es necesaria pero no suficiente para establecer que una conducta violenta hacia un anciano sea considerada una conducta de maltrato.
- Tercer eje. Se considera a la intencionalidad de la conducta, esto quiere decir que, aunque no se haga con la intención de hacer daño al anciano, puede causarle sufrimiento psicológico, lo que dificulta la sospecha, intervención y prevención del maltrato. La falta de conocimientos en un anciano le puede impedir tomar sus propias decisiones. Esta expectativa es suficiente pero no necesaria para establecer que una conducta violenta hacia un anciano sea considerada una conducta de maltrato.

LOS MOTIVOS DEL MALTRATO. TEORÍAS

Varios autores han desarrollado una serie de teorías, debatidas en la Asamblea Médica mundial de 2000, que intentan explicar el origen de los malos tratos. Las más trascendentes son:

1. Teoría del aprendizaje social o de la violencia transgeneracional: Se basa en las conductas violentas que el individuo ha aprendido y que más tarde aplicará. De esta manera, es muy probable que niños maltratados se conviertan en maltratadores de sus padres.
2. Teoría del cansancio del cuidador: Esta teoría asocia el maltrato a factores estresantes externos y relacionados a los cuidados, los cuales superan la capacidad del cuidador. El desempleo, la falta de tiempo, presión social y otros potencian esta situación.
3. Teoría del aislamiento: Defiende que el aislamiento social es la principal causa del maltrato.
4. Teoría de la dependencia: La pérdida de autonomía y la enfermedad aumentan la carga del cuidador favoreciendo el maltrato. También puede darse el caso de que el anciano no reconozca sus limitaciones autoinfligiéndose de alguna manera el maltrato.
5. Teoría de la psicopatología del maltratador: se centra en la psicopatología del maltratador.
6. Otras teorías expuestas: relacionan el maltrato con el consumo de alcohol y otras drogas por parte del agresor y con cuestiones socioculturales.

FORMAS DE MALTRATO

Podemos clasificar el maltrato en:

- Negligencia: Consiste en la falta de provisión de las necesidades básicas, ya sea por omisión o error intencional o no. Puede ser tanto física (negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos) como emocional (negación de afecto, desprecio, aislamiento, incomunicación).
- Abuso físico: acción que causa un daño físico. Por ejemplo golpes, quemaduras, uso no apropiado de la medicación etc.
- Abuso sexual: cualquier contacto sexual sin consentimiento de la persona.
- Maltrato Psicológico: se puede dar en forma de insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, aislamiento social... Este tipo de maltrato es el más frecuente.
- Abuso económico: incluye el robo, la privación del uso y control de su dinero, la extorsión...

Es importante tener en cuenta que es muy probable que se den varias formas de maltrato simultáneas dentro del mismo paciente.

FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD EN CASOS DE MALTRATO

En las situaciones de maltrato existen unos factores de riesgo que pueden predecir en cierta manera la vulnerabilidad de algunos ancianos. Estos factores de riesgo deben ser especialmente tenidos en cuenta por el profesional sanitario con el fin de establecer la sospecha que nos pueda llevar a una detección de la situación de maltrato.

Podemos dividir los factores de riesgo en factores bien para el anciano o bien para el cuidador/a, y añadir ciertas situaciones que pueden igualmente agravar el riesgo.

Los factores de riesgo para el anciano son:

- Mujer mayor de 75 años. El riesgo aumenta con la edad avanzada.
- Deficiente estado de salud: incontinencia, alteraciones de la movilidad... o patología crónica que provoca deterioro funcional.
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta.

- Dependencia física y emocional del cuidador.
- Aislamiento social.
- Dificultad o imposibilidad para comunicarse.
- Antecedentes de malos tratos (Historia previa de violencia familiar).
- Conflicto intergeneracional.
- Anciano que no reconoce sus dependencias ni su propia vejez, que culpabiliza a los demás e infravalora los cuidados que recibe.
- Problema de alcoholismo.

Los factores del riesgo para el agresor/cuidador/a son:

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, cansancio, crisis vitales). → Signos de estrés (sentimientos de frustración, ira, desesperanza, baja autoestima, soledad, ansiedad...)
- Múltiples responsabilidades: cuidador con otras tareas de cuidado, obligaciones y responsabilidades (paternofiliales, conyugales, laborales y domésticas).
- Cuidador que se dedica en exclusiva al anciano y/o más de 8-9 años cuidando a la persona mayor.
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados.
- Cuidador/a único, inmaduro.
- Falta de preparación o habilidades para cuidar, dificultades de comprensión de la enfermedad. Inexperiencia en los cuidados.
- Padecer trastornos psicopatológicos. Situación personal de salud.
- Abuso de alcohol u otras toxicomanías.
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa (infancia...).
- Problemas económicos. Dependencia económica del anciano/a.
- Sin contactos con el exterior de la casa. Aislamiento social o familiar del cuidador/a. Escasa red de apoyo familiar y/o social para descarga.
- Sentimientos de culpa.
- Falta de empatía y comprensión de la situación del anciano.
- Expectativas no realistas. Hipercríticos.
- Experimentación de cambios inesperados en su estilo de vida y en sus aspiraciones o expectativas sociales, personales y laborales.

Las situaciones más comunes agravantes del riesgo son:

- Vivienda compartida.
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor.
- Falta de apoyo familiar, social y financiero.
- Reacios a ser cuidadores.
- Hacinamiento.
- Problemas intrafamiliares. Conflicto marital.
- Distribución de las responsabilidades no armónica.
- Discriminación por la edad.

- Imágenes estereotipadas de la vejez como una carga.

DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS AL ANCIANO

Pautas de actuación en la detección.

- Entrevista clínica: La entrevista clínica debe realizarse en un marco tranquilo, sin prisas, dando confianza y facilitando la expresión de sentimientos. Asimismo, garantiremos a la víctima una total confidencialidad. Entrevistaremos al paciente solo y con el cuidador para analizar la relación y los cambios de actitud en su presencia, utilizando un lenguaje claro y sencillo.

Para obtener la información deseada recurriremos a preguntas. Aunque hay varios modelos de entrevistas clínicas, consideramos que el más adecuado es la versión española del EASI (Índice de Sospecha de Maltrato hacia las Personas Mayores), elaborado por la OMS.

Otros modelos de entrevistas anteriores al EASI y muy similares son la de la *Asociación Médica Americana* y la de la *Canadian Task Force*.

- Exploración física: De forma general, en la exploración física atenderemos a la presencia de lesiones o hematomas, y detectaremos incongruencias entre las lesiones y las explicaciones sobre cómo se produjeron. Observaremos si hay desnutrición sin motivo aparente, deshidratación... y otros aspectos como las 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, etc.

Los indicadores físicos de maltrato más frecuentes en el anciano son las lesiones múltiples, como múltiples heridas, fracturas, contusiones, lesiones en la cabeza, quemaduras, arañazos y úlceras por presión.

- Exploración psicológica: Exploraremos síntomas psíquicos como pueden ser la alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión, miedo, inquietud, pasividad...

En el transcurso de la entrevista y de las preguntas que puedan darse durante las exploraciones física y psicológica, el anciano puede ser reacio a informar de su situación. Esto suele ser debido a varias causas, entre las que destacan:

- La negación de la situación de maltrato (“a mí no me pegan”, “nadie me grita”).
- El miedo a las consecuencias de la denuncia (“si lo digo, luego estará más furioso”, “no me dejará ir nunca más al médico”).
- La situación de dependencia con el maltratador (“no me importa lo que me haga, necesito que me cuiden, no tengo donde ir”).
- La vergüenza que experimenta al tener un familiar que lo maltrata (“qué va a pensar de mí el médico si le digo que mi hija me retira la comida”, “qué dirán mi hija y mi yerno si les digo que mi nuera me insulta”).
- Los sentimientos de culpa creyéndose responsable de dicha situación al suponer esta, por ejemplo, una carga para su cuidador (“llega tan cansado del trabajo, que es normal que se enfade conmigo porque me mancho al comer”, “es lógico que tenga que darle toda mi paga para los gastos”).
- El sistema de creencias del anciano apoyando la adecuación de la conducta de su cuidador (“si yo me porté mal con ella cuando era joven que no le dejaba salir con sus amigas, ahora es normal que ella me encierre en mi habitación cuando tiene visita”).
- El mal estado de salud física del anciano que le impide contactar con personas ajenas a su maltratador (dificultades para hablar, o para caminar, o para usar el teléfono).
- El estado cognitivo deteriorado del anciano que no permite la comunicación ni la percepción realista de la situación (demencia, depresión).
- El desconocimiento que muchos ancianos tienen de sus derechos (“como ellos son ateos, entiendo que me prohíban oír misa en la tele”, “me han quitado la puerta del baño para que la roce con la muleta y tengo que asearme sin puerta”).

- El aislamiento al que está sometido el anciano y que agrava la situación de soledad y falta de contacto social (no ve a nadie ajeno a la familia durante días o semanas; no puede usar el teléfono; tiene dificultades para caminar y no puede salir de casa).
- Las consecuencias del propio maltrato (angustia, confusión, temor, etc.) que o bien fomentan el miedo o impiden la percepción de la realidad.

Una forma muy completa y eficaz de valorar una posible situación de maltrato en un anciano es el modelo de Virginia Henderson. Este contempla varias necesidades, como son:

1. Necesidad de respirar normalmente: dificultades para respirar y si las medidas para solventarlo se realizan (uso de aerosoles, oxígeno domiciliario, ventilación inadecuada de la habitación).
2. Necesidad de comer y beber: déficit nutricional, signos de deshidratación, cambios de peso recientes, dieta inapropiada.
3. Necesidad de eliminación: incontinencia urinaria o intestinal y signos de déficit de higiene y cuidado de la zona, no facilitar el acceso al WC.
4. Necesidad de moverse y mantener la posición adecuada: dificultades en la movilidad y medidas que se adoptan para solucionar los problemas relacionados con ésta. Posición incorrecta en la cama y/o en la butaca.
5. Necesidad de dormir y descansar: características ambientales de la habitación, abrigo suficiente e higiene de la cama. Dificultad para conciliar el sueño.
6. Necesidad de vestirse y desvestirse: aspecto físico descuidado, ropas no adecuadas a las condiciones climatológicas y al estado de salud del anciano.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal: presencia de sistemas para regular la temperatura en el hogar, agua caliente y otras actividades para el control de la temperatura corporal. Hipotermia.
8. Necesidad de mantener la higiene y proteger la piel: aspecto físico descuidado, hábitos de higiene deficitarios por parte del propio anciano o del cuidador, mal estado de las uñas. Olor en el cuerpo y la ropa. Presencia de pulgas o piojos. Características generales del hogar: falta de limpieza, desorden, hacinamiento.
9. Necesidad de evitar peligros: frecuentes visitas a los servicios de emergencia, retraso entre las posibles heridas y la demanda de asistencia, caídas y accidentes recientes, presencia de elementos de riesgo en la casa y ausencia de elementos de protección. Bajo estado anímico del anciano y del cuidador, actitud poco colaboradora de la familia cuidadora. Omisión del uso de gafas o aparatos para la audición. Insuficiente demanda de atención sanitaria por parte del cuidador y/o anciano. Falta de cumplimiento del plan terapéutico, excesiva medicación, sobre todo sobredosificación, automedicación. Dejarlo solo en casa durante largos períodos. Confusión y desorientación.
10. Necesidad de comunicarse: déficits sensoriales, manifestación de sentimientos negativos o de temor hacia el cuidador y la familia. Expresión de sentimientos de cansancio y/o hostilidad hacia el anciano/a por parte del cuidador/familia. Signos de abuso sexual. Trato infantil. Evitación del contacto visual por parte del anciano. Resistencia al contacto físico o directo con otros. Miedo a los extraños. Aislamiento social.
11. Necesidad de vivir según valores y creencias: falta de respeto por parte del cuidador de las creencias, valores y expectativas del anciano y actitud del anciano ante ello. Conflictos entre los cuidados de salud actuales y las creencias y valores.
12. Necesidad de ocuparse de la propia realización: manifestaciones de baja autoestima, depresión. No adaptación a los cambios en los papeles familiares por la actividad de cuidar. Abuso financiero, falta de control sobre los bienes por parte del anciano, cambios testamentarios, firma de documentos sin su comprensión.
13. Necesidad de participar en actividades recreativas: cambios en las actividades de entretenimiento y manifestaciones de aburrimiento.
14. Necesidad de aprender: conocimientos del anciano, cuidador y familia acerca de su situación de salud y los cuidados requeridos. Actitud para aprender y resolver problemas, presencia de limitaciones mentales o psicológicas para el aprendizaje. Falta de estimulación y de información (noticias, acontecimientos, etc.).

DIAGNÓSTICO

Si se llega al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato, es preciso hacer una valoración inicial de la situación de riesgo, investigando si es una situación aguda o crónica y valorando el riesgo potencial de las lesiones, especialmente si se observa riesgo inmediato (físico, psíquico o social).

Una vez hecha la valoración inicial, es necesario establecer un plan de actuación integral, que contemple la situación física, psicológica y social del anciano, abordando cada uno de los aspectos.

Plan de actuación integral.

Diferenciaremos aquí las actuaciones en función de si tenemos sospecha o si tenemos certeza:

- En caso de sospecha, el caso se debe derivar a servicios sociales, que evaluarán la situación de riesgo y establecerán el plan de actuación. En las situaciones en las que se valoran como causa la negligencia y/o el abandono, puede ser adecuada la mediación como sistema para resolver el conflicto subyacente.

Una vez aplicado el plan de actuación, se valorarán los resultados y si persiste la sospecha de malos tratos, se procederá a la denuncia.

En cualquier caso, se debe anotar en el registro de los servicios que han intervenido la actuación llevada a cabo y su resultado.

Los servicios sociales suelen utilizar para la valoración la herramienta de la OMS SWEF (Formulario de Valoración para Trabajo Social).

- En caso de certeza, debemos valorar el riesgo potencial y la inmediatez y establecer un plan de actuación junto con las otras instituciones implicadas y se tomarán las medidas adecuadas. El caso se debe denunciar al Juzgado, a la Policía o a la Fiscalía.

Si tenemos indicios de que la persona es incapaz, hay la obligación de comunicarlo a la Fiscalía, para que se inicie un proceso de incapacitación con el objeto de protegerla. Por otra parte, si la persona está ya incapacitada, se deberá informar al Juzgado o a la Fiscalía para que se adopten las medidas oportunas, puesto que esta persona está tutelada.

Puede darse el caso de que el maltrato se produzca en el seno de una institución. El maltrato institucional hace referencia a la forma en que es atendida una persona con una estancia continuada en instituciones públicas o privadas de servicios de salud, sociosanitarios y servicios sociales (hospitales, residencias geriátricas, centros de día, etc.)

Cuando hay sospecha de malos tratos, se debe comunicar a la Dirección del Centro y/o a los Servicios Territoriales de Acción Social y Ciudadanía, quienes comprobarán su veracidad y tomarán las medidas adecuadas. Si no se demuestra, se archivará el caso y se comunicará la resolución a los Servicios de Inspección y de Registro del Departamento de Acción Social y Ciudadanía.

Posibles conflictos éticos y su resolución.

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.

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) son factores importantes en la toma de decisiones.

Dificultades de los profesionales sanitarios para actuar frente al problema.

En el año 2007, Coma y otros colaboradores realizaron el estudio “Visión del maltrato al anciano desde atención primaria”, en el que se detectaron varias dificultades por parte los profesionales para actuar frente al maltrato son múltiples. Entre ellas destacan la poca experiencia y formación frente a situaciones de valoración compleja. Ante tales dificultades, los participantes reconocieron desinterés, en ocasiones inconsciente, dada su impotencia para confirmar las sospechas.

También para la intervención manifestaron su falta de formación, y se distinguían claramente dos tipos: una preventiva, sobre las situaciones de riesgo, y otra cuando el maltrato ya se había producido. En general, se sentían obligados a intervenir en las situaciones graves, contemplando la denuncia judicial, que se valoraba como una actitud valiente pero poco resolutive, además de una fuente de problemas, ya que podía empeorar una relación conflictiva. Otra actuación posible era delegar en los servicios sociales.

Aunque en casos flagrantes de maltrato potencial o consumado consideraban que su intervención podía ser efectiva, manifestaban sus limitaciones frente a situaciones menos graves y actuaciones preventivas.

Había consenso en que en la actualidad los recursos sociales son insuficientes, lo que limitaba las posibilidades de intervención y hacía infructuosa la detección.

Entre los participantes no se plantearan dudas o inquietudes acerca de los aspectos de responsabilidad legal, tan contempladas en otros ámbitos asistenciales, así como en otros tipos de violencia doméstica (infantil, de género...).

Otra dificultad viene dada por la ausencia de legislación específica para el maltrato al anciano en España. El marco legal aplicable en estos casos debe partir de la Constitución española, el Código Penal, el Código Civil, La Ley General de Sanidad, Ley de Enjuiciamiento Criminal, y otras leyes en relación al maltrato y al abuso.

RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

Algunas recomendaciones de organizaciones internacionales son:

- Asociación Médica Americana (AMA): recomienda que los médicos interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato.
- USTF (U.S. Preventive Services Task Force) y CTF (Canadian Task Force on Preventive Health Care): respecto a la utilización de instrumentos de cribado para la detección de maltrato en ancianos, consideran 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. Aconsejan también estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con el maltrato y la negligencia. Sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta ordinaria para detectar riesgos o signos de maltrato.

Otras recomendaciones recogidas en algunos protocolos de actuación destacan:

- Impulsar la divulgación de temas relacionados con el envejecimiento a través de los medios de comunicación con el objetivo de potenciar una imagen positiva de la vejez y eliminar estereotipos y mitos.
- Ofrecer información específica al colectivo de las personas mayores mediante campañas sesiones, mesas redondas etc. Esta información permitirá a las personas mayores conocer aspectos relacionados con el proceso de envejecer y sus posibilidades y limitaciones, la salud, autonomía dependencia etc., así como sus derechos y deberes y los recursos disponibles para hacer frente a situaciones de malos tratos.
- Impulsar el desarrollo de normas jurídicas de amparo a las personas mayores con deficiencias físicas y psíquicas.

Las administraciones públicas deben diseñar procedimientos ágiles para disponer de forma inmediata de plazas para acoger los casos urgentes derivados por malos tratos.

Bibliografía

- Bover A, Moreno ML, Mota S, Taltavull JM. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Aten Primaria* 2003; 32(9):541-51.
- Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gac Sanit.* 2007; 21 (3):235-41.
- Moya Bernal A, Barbero Gutiérrez J (coord.). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación.* Madrid: IMSERSO 2005. (Colección Manuales y guías: Serie Personas Mayores).
- Vidal Domínguez MJ, Labeaga Azcona JM, Casado Durandez P, Madrigal Muñoz A, López Doblas J, Montero Navarro A, Meil Landwerlin G. INFORME 2016. *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas.* (Colección Personas Mayores: Serie Documentos Técnicos y Estadísticos).
- Paniagua Fernández R. Prevención de la violencia hacia los mayores. Tres medidas preventivas: concienciación social, formación de los profesionales y apoyo a la familia. *Miscelánea comillas*, Vol. 68 (2010), núm. 132, pp. 241-268
- Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria. Consultado a 6 de marzo de 2018. Disponible en URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706703031#!>
- OMS. Maltrato de las personas mayores. Nota descriptiva. Septiembre 2016. Consultado a 7 de marzo de 2018. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>