

### NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO

*Marta Arellano Pérez  
Marisa Garreta Burriel  
Anton M.<sup>a</sup> Cervera Alemany*

#### Introducción

El fenómeno del maltrato a los ancianos no es nuevo; sin embargo, no había llamado la atención de los profesionales sanitarios ni organismos sociales hasta los últimos años, ya que la mayoría de casos no trascienden del ámbito familiar y no han constituido un escándalo público, como la violencia contra las mujeres o los niños.

La primera referencia internacional hacia el maltrato al anciano aparece en 1989, en que se elabora la Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato de Ancianos, en la cual se reconoce que los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto y se reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los ancianos, así como velar por que reciban la atención necesaria. Se reconoce también la obligación por parte del médico de identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato, proporcionarle tratamiento de los daños, informar de toda sospecha de casos de maltrato y trabajar conjuntamente con un equipo multidisciplinar (1).

En España, en 1995, en Almería, se realiza la I Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado con el objetivo de conseguir un consenso entre diferentes expertos, dar a conocer el problema, conseguir un documento declaratorio final para remitir a instituciones del estado y promover una Ley de Protección al Mayor (2).

#### Definición

La American Medical Association (AMA), en 1987, definió maltrato como «todo acto u omisión como consecuencia del cual hay un daño o riesgo de daño para la salud o el bienestar de la persona».

La Action on Elder Abuse, del Reino Unido, define el maltrato al anciano como «un acto, único o reiterado, u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza».

#### Prevalencia

Los principales datos sobre incidencia y prevalencia de maltrato en ancianos provienen de estudios británicos y estadounidenses. Existen pocos datos sobre las cifras en nuestro país, aunque en los últimos años se han empezado a realizar estudios.

La prevalencia general de maltrato a mayores de 65 años se sitúa alrededor del 4%, con cifras que oscilan entre el 3 y el 10%. Estos datos generales infravaloran el total de maltratados, ya que se calcula que se detecta 1 de cada 14 casos de maltrato. Las posibles causas de esta detección tan baja son:

- Dificultad por parte de la víctima para denunciar: miedo a represalias o abandono, falta de conciencia de la gravedad de la situación, miedo a perder hijos, incapacidad por demencia.
- Ocultación por parte del maltratador.
- No detección por profesionales: falta de información, dudas de actuación...

Alrededor del 80% de las situaciones de maltrato detectadas se producen en mujeres, y en más del 50% de los casos los malos tratos son infligidos por los hijos. El maltrato más prevalente es la negligencia física, seguida de maltrato psicológico, el abuso económico y el abuso físico. La existencia de un tipo de maltrato no excluye la presencia de otro, ya que con frecuencia se da más de un tipo de maltrato en la misma persona. Según algunos estudios, el 70% de las víctimas sufre más de un tipo de maltrato.

#### Tipos de maltrato

Los malos tratos al anciano pueden dividirse en dos grandes grupos:

- Abuso.
- Negligencia o abandono: deficiencia, por parte del cuidador, para proporcionar los alimentos o servicios que son necesarios, en orden a evitar un daño físico, angustia o daño mental.
  - Abandono activo: existe intencionalidad.

- Abandono pasivo: existe una incapacidad por parte del cuidador para proporcionar los cuidados.

## Abuso

### *Abuso físico*

Actos de violencia que pueden producir dolor, daño, deterioro o enfermedad. Ejemplos de abuso físico serían: empujar, golpear, abofetear o pellizcar, forzar la alimentación, forzar u obligar a mantener una posición incorrecta, uso inadecuado de sujeciones mecánicas y la coacción o abuso sexual.

### *Abuso psicológico*

Conducta que provoca angustia mental en el anciano. Ejemplos de abuso psicológico serían: censura, acoso o intimidación verbal, amenazas de abandono o institucionalización, amenazas de castigo, tratar a los ancianos como si fuesen niños (infantilización), aislar al anciano de la familia, amigos o actividades y la falta de intimidad.

### *Abuso económico*

Mal uso de los ingresos o recursos de una persona anciana para ganancia económica o personal del cuidador. Ejemplos de abuso económico serían: negar al anciano la vivienda, ocultar los bienes materiales, robo de dinero o posesiones, mal uso o abuso del dinero y coartar al anciano a que firme contratos o asigne poderes notariales a alguien, compra de bienes o cambios en el testamento.

## Negligencia

### *Negligencia física*

Incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar el daño. Ejemplos de negligencia física serían: no aplicación de cuidados sanitarios, administración incorrecta de medicación, no administración de comidas e hidratación necesaria, falta de higiene, no proporcionar ayudas físicas, como gafas, audífonos o prótesis dentales, ropa inadecuada y no proporcionar medidas de seguridad.

### *Negligencia psicológica*

No proporcionar estímulos sociales a un anciano dependiente. Ejemplos de negligencia psicológica serían: dejar solo al anciano durante períodos largos de tiempo, ignorar al anciano y no proporcionarle información y utilización de silencios ofensivos.

## *Negligencia económica*

No utilizar los recursos disponibles para mantener o restaurar la salud o bienestar de un anciano. Ejemplos de negligencia económica serían: el anciano recibe cuidados subóptimos en su domicilio, a pesar de tener recursos económicos suficientes o asignación de la peor habitación de la casa.

## Factores de riesgo y perfiles

Se han identificado algunas situaciones que incrementan el riesgo de que se produzca un maltrato.

### Factores de riesgo del anciano

- Deterioro físico, mental o emocional que le produce una dependencia.
- Aislamiento social.
- Cohabitación con el agresor.
- Deterioro rápido que no permite organizarse a la familia.
- Historia previa de violencia familiar.

### Factores de riesgo del cuidador responsable del maltrato

- Cuidadores agotados, con un promedio de cinco años cuidando al anciano.
- Cuidador único sin ayudas familiares ni oficiales.
- Cuidador poco preparado.
- Cuidadores con problemas personales: laborales, de pareja...
- Problemas psíquicos en el cuidador.
- Cuidador con adicción a drogas, alcohol.
- Cuidador con dependencia económica del anciano.
- Mala relación previa entre el cuidador y el anciano.

### Factores de riesgo del entorno

- Falta de respuesta a las demandas realizadas.
- Falta de soporte tanto familiar como institucional.
- Falta de espacio en la vivienda.
- Dificultades económicas.

A partir de los factores de riesgo y de los datos aportados por los diferentes estudios, se han elaborado unos perfiles de la víctima y del cuidador responsable del maltrato, que se muestran en la tabla 1.

## Indicadores que sugieren maltrato

Existen ciertos datos de la historia clínica, exploración física y relación con el anciano y/o cuidador que

**Tabla 1.** Perfiles habituales de la víctima y del cuidador responsable del maltrato

<p><b>Perfil de la víctima</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Sexo femenino.</li> <li>— Edad superior a 75 años.</li> <li>— Estado civil: viudedad.</li> <li>— Deterioro funcional con gran dependencia del cuidador para las actividades básicas de la vida diaria.</li> <li>— Alteración de la conducta.</li> <li>— Convivencia con un familiar que es el principal o único cuidador.</li> <li>— Enfermedades crónicas discapacitantes. Las enfermedades más susceptibles de sufrir malos tratos son la demencia, el síndrome confusional, el retraso mental y la patología psiquiátrica.</li> <li>— Aislamiento social.</li> <li>— Con frecuencia existen antecedentes de lesiones inexplicables y recurrentes (58% de las víctimas han sufrido malos tratos con anterioridad).</li> </ul> <hr/> <p><b>Perfil del cuidador responsable del maltrato</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Perfil psicológico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoestima.</li> <li>• Rechazo de responsabilidades.</li> <li>• Poca capacidad de adaptación a los cambios.</li> <li>• Impulsión.</li> <li>• Relaciones sociales escasas.</li> <li>• Sentimiento de que está siendo explotado.</li> </ul> </li> <li>— Perfil general: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiar de la víctima. Únicamente el 25% de los malos tratos no son producidos por familiares cercanos (cuidadores, instituciones...).</li> <li>• No acepta el papel de cuidador o no asume la responsabilidad que comporta.</li> <li>• Depende del anciano desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima.</li> <li>• Consumidor de fármacos, alcohol o drogas.</li> <li>• Antecedentes de enfermedad psiquiátrica o de trastorno de la personalidad.</li> <li>• Pobres contactos sociales.</li> <li>• Renuncia a las ayudas médicas y sociales.</li> <li>• Sufre estrés por otras causas (pérdida del trabajo, problemas con la pareja, sufre alguna enfermedad...).</li> <li>• Historia previa de violencia familiar.</li> <li>• En las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz.</li> <li>• Demuestra una pérdida de control sobre la situación.</li> </ul> </li> </ul>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

deben hacernos sospechar que nos hallamos ante una posible situación de maltrato (3, 4).

**Datos de la historia clínica**

- Retraso inexplicado en la búsqueda de tratamiento.
- No asistencia a varias citas médicas.
- Lesiones previas no explicadas.
- Explicaciones de lesiones previas inconsistentes en la exploración.
- Constatación de la existencia de lesiones similares en otras ocasiones.

**Observaciones sobre la actitud**

- El anciano parece temeroso de algún miembro de la familia o parece reacio a contestar cuando se le pregunta.
- El anciano y un miembro de la familia dan explicaciones diferentes de un incidente.
- Un miembro de la familia tiene una actitud indiferente o está enfadado con el anciano y es reacio a proporcionarle la asistencia necesaria.
- Llegada a urgencias sin el cuidador principal.
- Falta de cooperación del cuidador.
- Un miembro de la familia está excesivamente preocupado por el coste de la asistencia médica.
- Un miembro de la familia busca evitar que el anciano hable en privado con los profesionales sanitarios.
- Síndrome del Dr. Jeckyll y Mr. Hyde: utilizado por algunos autores para describir la actitud de familiares de ancianos ingresados en hospitales en los que había certeza o alto grado de sospecha de maltrato. Despreocupación y falta de interés por recibir información sobre el estado de salud de la persona mayor, negativa al alta, número de visitas muy reducido o nulo, pero una gran exigencia al personal sanitario demandando unas atenciones continuas.

**Indicadores de abuso físico**

- Heridas y contusiones múltiples, en diferentes momentos evolutivos, localizadas en muñecas, hombros, alrededor del abdomen o en cara interna de muslos y brazos.
- Fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes.
- Lesiones en la cabeza, cara o cuero cabelludo con arrancamiento de cabello.
- Quemaduras en sitios poco frecuentes.
- Arañazos.
- Enfermedades venéreas o infecciones genitales no explicadas.

### Indicadores de negligencia física

- Malnutrición o deshidratación no explicable por patología orgánica.
- Boca séptica.
- Ropa inadecuada para la época del año o sucia, mala higiene corporal.
- Gafas rotas o falta de las mismas cuando son necesarias, falta de audífono o prótesis dentales.
- Caídas de repetición (no explicables por la condición física del paciente).
- Hipotermia.
- Contracturas articulares por falta de movilidad.
- Úlceras por presión descuidadas.
- Signos de intoxicación medicamentosa o de incumplimiento terapéutico.
- Visitas repetidas a urgencias por exacerbaciones de enfermedades crónicas a pesar de un programa de atención sanitaria y de haber proporcionado los recursos necesarios.
- Retraso entre la aparición de una enfermedad y la búsqueda de ayuda sanitaria.
- Presentación en urgencias de un paciente muy deteriorado sin que aparezca el cuidador.

### Indicadores de abuso psicológico

- Amenazas de castigo, de abandono y/o institucionalización.
- Confusión, depresión, ansiedad.
- Considerar a la víctima no capacitada en su juicio y negarle la capacidad de tomar decisiones.
- Amenazas al anciano para controlar la situación.
- Vigilancia y cautela excesiva por parte del cuidador.
- Negación de relaciones con otras personas.
- Pérdida de la capacidad de tomar decisiones por parte del anciano.
- Censura, acoso o intimidación verbal.
- Infantilización.

### Indicadores de negligencia psicológica

- Mínimas conversaciones entre la víctima y el cuidador.
- Actitud de indiferencia hacia el anciano por parte del cuidador.
- Anciano solo durante períodos largos de tiempo.
- No proporcionar información al anciano.

### Indicadores de abuso económico

- Negar al anciano su vivienda.
- Robo o mal uso del dinero.
- Anciano coaccionado para firmar contratos o asignar poderes notariales, compra de bienes o cambio de testamento.
- Transferencia súbita de bienes a miembros de la familia.

**Tabla 2.** Cuestionario para la detección de sospecha de maltrato en el anciano de la American Medical Association (AMA)

1. ¿Alguien en casa le ha hecho daño alguna vez?
2. ¿Alguien le ha tocado alguna vez sin su consentimiento?
3. ¿Alguien le ha obligado alguna vez a hacer cosas que no quería?
4. ¿Alguien ha cogido cosas suyas sin preguntarle?
5. ¿Alguien le ha amenazado alguna vez?
6. ¿Ha firmado alguna vez documentos que no entendía?
7. ¿Tiene miedo de alguien de casa?
8. ¿Está solo muchas veces/mucho tiempo?
9. ¿Alguien no le ha ayudado a cuidarse cuando lo necesitaba?

Una sola respuesta positiva al cuestionario se considera como sospecha de maltrato.

### Indicadores de negligencia económica

- El paciente recibe unos cuidados subóptimos en domicilio a pesar de tener recursos.
- El anciano parece confuso o desconoce su situación económica.

El abuso económico rara vez es detectado por el personal sanitario; generalmente es el trabajador social quien lo detecta al hacer la valoración, y quien pone sobre aviso al resto de profesionales.

La American Medical Association (AMA) propone una serie de preguntas de *screening* ante un caso de sospecha de maltrato a un anciano, en las cuales la existencia de una sola respuesta positiva debería ser considerada como sospecha de maltrato, aunque la utilidad de este cuestionario no ha sido validada en nuestro país (tabla 2) (5). Así mismo, dicho cuestionario tiene el inconveniente de que es difícil de aplicar en ancianos con deterioro cognitivo y/u otros problemas mentales.

### Maltrato institucional

Un tipo especial de maltrato en el anciano es aquel que se produce en el ámbito institucional, ya sea hospitales, centros sociosanitarios o residencias.

El maltrato institucional puede producirse por dos mecanismos:

- Consciente o intencionado (abuso):
  - Maltrato fácil de detectar.
  - Detectado por personas en contacto con el anciano: familia, profesionales...
  - Con frecuencia son abusos físicos.
- Inconsciente o no intencionado (trato inadecuado):
  - Difícil de detectar, ya que con frecuencia se consideran actitudes normales.
  - Relacionados con la atención y cuidados.
  - Con frecuencia son malos tratos psicológicos.

La persona responsable del abuso puede ser un familiar, amigo, otros residentes, los profesionales y la propia institución debido a malas instalaciones, masificación, barreras arquitectónicas. Los tipos de maltratos que pueden darse son los mismos que en ancianos que están en la comunidad.

Situaciones frecuentes en instituciones que pueden considerarse maltrato:

- Trato infantil.
- Humillaciones o insultos que pueden estar medio escondidos.
- Vulneración de los derechos como persona.
- Falta de intimidad.
- Falta de información.
- No contemplación de expectativas.
- Tratamiento no equitativo o discriminación por la edad: fármacos caros no se administran en según qué niveles asistenciales.
- Restricciones físicas.
- Aislamiento.
- Abuso de la posición de superioridad.

Factores de riesgo de la institución:

- Precaria situación laboral de trabajadores.
- *Burn-out* de los trabajadores.
- Problemas personales de los trabajadores.
- Trastornos mentales, consumo de tóxicos por parte de los trabajadores.
- Falta de profesionalidad y formación del trabajador.
- Escasez de medios: escasez de personal, déficit estructurales...

### **Qué debe hacer el profesional sanitario ante una sospecha de maltrato a un anciano**

Cuando un anciano maltratado acude a un servicio sanitario, lo hace para recibir atención sanitaria, ya sea por lesiones físicas como por otros motivos que

requieren atención y que enmascaran el maltrato al cual están sometidos. Por lo tanto, el equipo sanitario debe ser capaz de detectar tanto las lesiones físicas como las psíquicas, sean o no aparentes. Para ello se debe:

- Recibir y atender al anciano maltratado. En todo momento ha de ser respetada su intimidad y confidencialidad buscando un lugar adecuado para la entrevista. Ante la sospecha de maltrato, en pacientes sin alteraciones cognitivas en los que se puede realizar una correcta anamnesis, se ha de pedir que describa lo que le ha sucedido. No se ha de tener prisa ni se debe violentar al anciano. Se le debe informar de los recursos públicos que existen y ser respetuosos de las decisiones que tome.
- Nunca se ha de realizar ni la exploración física, ni el interrogatorio delante del supuesto agresor; en caso de dudas se debe hacer salir a todos los acompañantes.
- Realizar un informe asistencial con letra legible que certifique las lesiones objetivadas, necesario para interponer la denuncia. El informe asistencial no ha de contener la etiología de las lesiones, puesto que podríamos poner en peligro al anciano, en el caso que no quiera o no esté capacitado para interponer una denuncia.
- Rellenar la hoja del mapa anatómico para facilitar los datos asistenciales al médico forense y al juez. Se deberán describir correctamente los hallazgos, pues influirá en futuras asistencias y ayudará a las autoridades judiciales a acreditar la situación de malos tratos. Se debe realizar una anotación detallada de las lesiones incluyendo tipo, tamaño, número, localización, posible causa. En el anexo 1 se adjunta un modelo de mapa anatómico.
- Realizar un comunicado judicial. El médico, el trabajador social o el centro activará los recursos judiciales inmediatamente en caso de constatación de lesiones graves o muy graves y tendrá que enviar urgente el comunicado judicial de lesiones especificando que se trata de maltrato a un anciano. Realizar un parte al juzgado es una obligación legal de todos los trabajadores que tengan conocimiento de la existencia de algún delito. No constituye una denuncia sino una notificación.
- Informar al anciano de los recursos públicos disponibles. Una vez detectado el maltrato por el médico y avisado al trabajador social se tendrá que informar al anciano de las decisiones que tendría que adoptar, teniendo en cuenta los recursos sociales, jurídicos que pueden estar a su disposición. El conjunto de estos recursos y su utilización pretende proporcionar

## Anexo 1. Mapa anatómico para la detección de maltrato

### CENTRO ASISTENCIAL

DÍA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ ACOMPAÑANTE  Sí  No

APELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

POBLACIÓN \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_

Convivencia:  Institución  Pareja  Hijos  Solo  Otros

Antecedentes: \_\_\_\_\_

Antecedentes patológicos: \_\_\_\_\_

### Datos asistenciales

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Sospecha deterioro cognitivo:  Sí  No Desnutrición:  Sí  No

Deshidratación:  Sí  No Higiene deficitaria:  Sí  No

Úlceras por presión:  Sí  No Lesiones físicas:  Sí  No

Descripción y localización de las úlceras: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripción de lesiones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exploración física: \_\_\_\_\_

Estado psíquico actual:  Depresión  Ansiedad  Agresividad  Confusión  Otros

Exploraciones complementarias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_

Tratamiento efectuado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Derivación:  A. Primaria  Hospital  Residencia  C. Sociosanitario  Otros \_\_\_\_\_

Comunicado judicial:  Sí  No Llamada Juzgado:  Sí  No

\_\_\_\_\_

**Datos socioeconómicos**

Independencia económica:  Sí  No

Domicilio:  Propio  Cónyuge  Propietario  Alquiler  No tiene domicilio

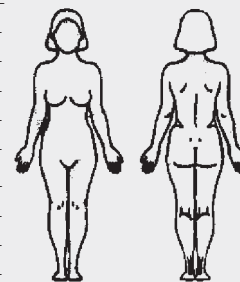
Número de familiares a su cargo: \_\_\_\_\_

Número de personas que conviven en el mismo domicilio: \_\_\_\_\_

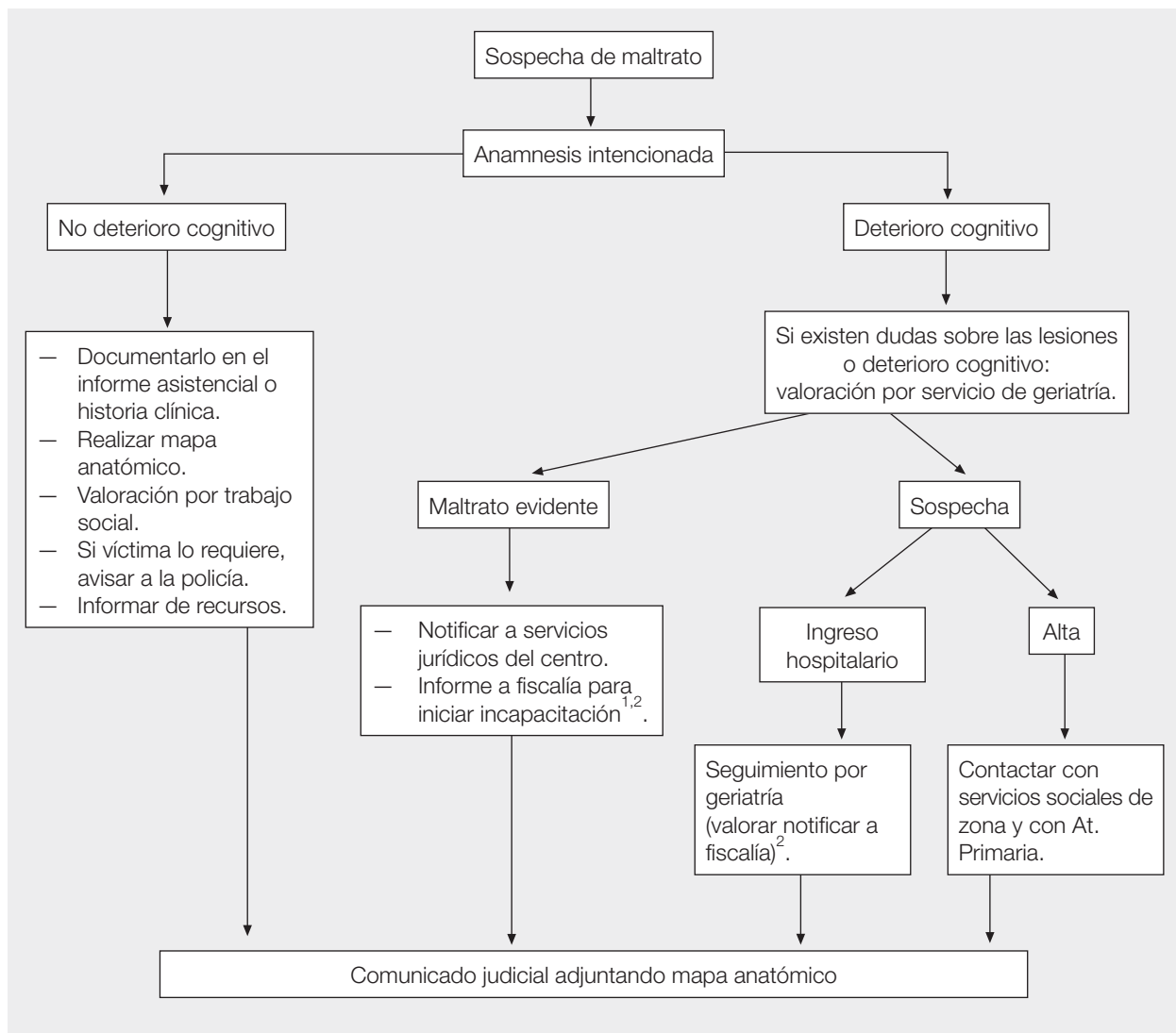
**Datos del facultativo**

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_

Núm. Colegiado: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**Anexo 2.** Algoritmo de actuación ante la sospecha de maltrato al anciano



<sup>1</sup> Es importante consensuar con los servicios jurídicos del hospital cómo se hará la notificación a fiscalía y quién será la persona responsable de la tramitación.

<sup>2</sup> Recursos intermedios en espera de la incapacitación y resolución definitiva: residencia, centro sociosanitario, domicilio de otros familiares.

a las víctimas de malos tratos una protección y/o atención integral.

- El objetivo fundamental del profesional sanitario debe ser la protección del anciano maltratado, por lo que se debe evitar la posible reacción violenta del agresor en el caso de conocer o sospechar que el paciente ha comunicado información potencialmente reveladora de malos tratos; para ello debemos evitar:

- Entregar un informe de asistencia al paciente revelador de la etiología de las lesiones cuando no quiera o no esté capacitado para interponer la denuncia y/o vuelva con el agresor.
- Facilitar la historia clínica cuando esté acompañado por el supuesto agresor.

- Guardar información potencialmente reveladora en un lugar accesible.
- Si no existe deterioro cognitivo evitar la costumbre de informar y dar la documentación a la familia y no al anciano.

Es fundamental que ante la sospecha de maltrato a un anciano se actúe de manera coordinada con el resto de profesionales, tanto del propio centro donde se está realizando la asistencia, como con el de otros recursos, tanto sanitarios como sociales y jurídicos. Para facilitar esta actuación coordinada, en los últimos años se están creando Comisiones de Atención al Maltrato y grupos de trabajo tanto en los centros sanitarios como en la administración pública. En el anexo 2 se describe un posible algoritmo de actuación.

## Dificultades específicas en caso de maltrato al anciano

### Dificultades dependientes del anciano

Los ancianos maltratados tienen dificultad para informar voluntariamente e incluso niegan los abusos por diferentes motivos:

- Alteraciones cognitivas.
- Alteraciones del lenguaje o dependencia física que le impiden solicitar ayuda.
- Motivos en relación con el cuidador:
  - Dificultad para aceptar ciertas acciones de un hijo.
  - Miedo a las represalias.
  - Dependencia física del agresor para realizar actividades básicas y para su cuidado.
- Motivos personales del anciano:
  - Por sentimiento de culpabilidad, vergüenza y humillación.
  - Ausencia de conciencia del maltrato.
  - Por no considerarse tributario de ayuda.
  - Por haber interiorizado el ciclo de la violencia (engañarse pensando que es un hecho aislado y esporádico, y que no se repetirá).
  - Por consideraciones socioeconómicas.
  - Actitud protectora con los hijos.
- Motivos del anciano en relación con el asistencial:
  - Porque piensa que no tiene interés suficiente.
  - Porque piensa que está muy ocupado y no tiene tiempo para hablar ni tratar su problema.
  - Porque piensa que no tiene los medios para ayudarle.

### Dificultades por parte de los profesionales de la Sanidad

- Falta de formación.
- Considerar que nuestra función es únicamente atender las lesiones físicas y que el resto no es específico de nuestra atención.
- Falta de intimidad en las áreas asistenciales.
- Falta de tiempo en las consultas.
- Desconocimiento de los recursos sociales y judiciales.
- Sensación de impotencia o incapacidad para arreglar la situación.
- Miedo a ofender a los pacientes.
- Por conocimiento del agresor y percepción de que éste es incapaz de cometer el maltrato.
- Temor del profesional por su propia seguridad.
- Vivencias previas por parte del médico.
- Desconocimiento de los sistemas jurídicos y las posibles consecuencias en caso de ancianos

con demencia en que se han de iniciar trámites de incapacitación e informar a fiscalía.

A pesar de las dificultades es importante recordar que el personal sanitario tiene una posición estratégica, ya que muchas veces es el primer y único contacto que los ancianos maltratados pueden establecer.

## Bibliografía

1. XLI Asamblea Médica Mundial. Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato a Ancianos. Hong Kong, septiembre de 1989.
2. Kessel Sardiñas H, Marín Gámez N, Maturana Navarrete N, Castañeda Fábrega I, Pageo Giménez MM, Larión Zugasti JL. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31 (6): 367-72.
3. Lachs MS, Pillemer K. Current concepts: Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995; 332 (7): 437-43.
4. Bradley M. Caring for older people: elder abuse. *BMJ* 1996; 313: 548-50.
5. Council on Scientific Affairs. Elder abuse and neglect. *JAMA* 1987; 257: 966-71.

## Lectura recomendada

Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. Comisión de Desarrollo Social constituida en comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. El Maltrato de las personas de edad: reconocer y responder. Nueva York; febrero 2002.

Declaration of the rights of older persons. United Nations World Assembly on Ageing. Madrid; abril 2002.

Organización Mundial de la Salud. INPEA (Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. Documento de la Asamblea Mundial del Envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (6): 319-31.

Organización Mundial de la Salud (OMS). World Report on Violence and Health. Ginebra; 2002.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Universidades de Toronto y de Ryerson, Canadá. Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano (INPEA). Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Toronto; octubre 2002.

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

Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36 (1): 8-14.

Rosenblatt D. Elder Abuse: what can physicians do? *Arch Fam Med* 1996; 5 (2): 88-90.

Elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med* 2005; 21 (2).

Sepúlveda Moya D, Ruipérez Cantera I. Aspectos éticos y legales. Consentimiento informado. Directrices anticipadas. Abuso y maltrato. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I, editores. Manual de Geriatria. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2003. p. 813-23.