

¿Asisto a un anciano maltratado?

Carles Espinosa Mondaza
Diplomado en Podología

Correspondencia:
Carles Espinosa Mondaza
Clínica del peu
Constitució 38, bxs. D. 08980 Sant Feliu de Llobregat (Barcelona)
E-mail: Karlosem11@hotmail.com

Resumen

La preocupación sobre cómo podemos sospechar situaciones de maltrato al anciano y cómo podemos actuar es evidente en los servicios hospitalarios y residencias, y debería serlo en nuestras consultas.

El trabajo para la prevención del problema del abuso y maltrato al anciano conlleva la atención tanto del anciano como de su cuidador, teniendo en cuenta que en estas situaciones puede ser víctima cualquiera de los componentes de este binomio y, por tanto, los dos son sujetos susceptibles de ser demandantes de atención. El maltrato a los ancianos es un asunto grave que recibe muy poca atención. Su reconocimiento y debate público ha seguido una trayectoria similar a la que siguió el maltrato infantil en los años sesenta y a la progresiva aceptación de la existencia de la violencia familiar en los ochenta.

Con la siguiente revisión se pretende exponer las líneas generales del maltrato al anciano (segmento de la población habitualmente desprotegido), así como concienciar al profesional de un problema existente en nuestra sociedad, que podemos encontrarnos en nuestras consultas, visitas domiciliarias o en centros residenciales debido al elevado número de personas que visitamos y que pertenecen a esta tercera edad.

Palabras clave: Anciano. Maltrato. Cuidador. Sociedad.

Summary

The worry on how we can suspect mistreatment to the elder, and how we can act, is evident at hospital services, residences, and it should be also in our consultations.

The work for the prevention of the problem of the abuse and mistreatment to the elder bears the attention, so much of the elder as of his/her keeper, considering that these situations both could be victims and, therefore, both as susceptible of needing attention.

The mistreatment of the elders is a serious matter that receives very few attentions. Its recognition and public debate has followed a path similar to which it followed the infantile mistreatment in the sixties, and to the progressive acceptance of the existence of the domestic violence in the eighties.

With the following review it is tried to expose the general lines of the mistreatment to the elder (habitually an unprotected segment of the population), as well as to arouse the professional of an existing problem in our society that we could face in our consultations, in domiciliary visits or in residential centers, due to the high number of people that we visit and who belong to the third age.

Key words: Elder. Mistreatment. Keeper. Society.

Introducción

El anciano es una persona que no siempre puede valerse por sí misma, y es a la hora de recibir los cuidados y atenciones necesarias cuando surgen los problemas. Si además el anciano padece alguna enfermedad discapacitante, se incrementa el riesgo de sufrir maltrato que, puede ser físico (causar daño o dolor físico, abuso sexual y/o contención física), psicológico (infringir angustia mental) o negligencia activa (rechazo o incumplimiento de la aceptación de las obligaciones de los cuidados) por parte de su familia o por el personal apto para su cuidado¹.

El propio término “maltrato” está cargado de connotaciones negativas que lo han convertido en tabú: no se habla del problema, se evita o no se reconoce, y así no existe. En los últimos años se han ido dejando de lado los prejuicios y miedos que este tema entrañaba y se han hecho avances en la denuncia, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y en la concienciación social del problema. Pero, sin duda, todavía queda mucho por conocer y bastante más por hacer en el asunto de la defensa del anciano.

Consideraciones generales. Aproximación teórica al maltrato

Lo primero a tener presente cuando pretendemos profundizar en el tema del maltrato al mayor, es la escasez de bibliografía y de datos epidemiológicos *reales* con los que contamos. A pesar de ello, objetivamente, este fenómeno no es nada reciente ya que se ha ido desarrollando propiamente junto con el ser humano, siendo uno de los problemas más bien escondidos dentro del seno familiar.

Profesionales de Gran Bretaña, investigadores de EE.UU. y Canadá, fueron pioneros y esbozaron el perfil del fenómeno del maltrato a los ancianos y de aquellos que lo perpetraban. Los primeros estudios norteamericanos y canadienses se realizaron en la década de los 70, mientras que en Inglaterra se empezó a demostrar interés por el maltrato a partir de los 80. Shell, fue el autor de la primera investigación que sobre el tema se llevó a cabo en 1982 en Manitoba (Canadá). En 1991 el *Canadian National Advisory Council on Aging* (Ministerio de Salud y Bienestar), publicó un informe sobre los malos tratos a los ancianos. En Boston (EE.UU.) Pillemer y Wolf hicieron lo mismo, recogiendo datos a lo largo de 15 años

de estudio clínico y describieron las diferencias entre maltrato/maltratante/maltratador, así como la valoración de los síntomas reflejados en los pacientes ancianos¹⁻³.

Según algunos estudios publicados en diferentes comunidades autónomas, estiman que entre un 2% y un 10% de los ancianos reciben algún tipo de maltrato⁴. No se debería entrar en un debate sobre cifras, ya que son discutibles y son teorías que alejan el problema de su solución. Pero sí hay hechos indiscutibles que se pueden resumir en:

- No existe un mecanismo eficaz para detectar la incidencia real del maltrato en la población anciana.
- El anciano maltratado recibe más de un tipo de maltrato y mayoritariamente será maltratado más de una vez.
- Independientemente de la incidencia en la población, es un problema grave.
- El maltrato se puede producir en cualquier tipo de contexto social, ya sea el domicilio, clínica o residencia de ancianos, independientemente del nivel cultural del perpetrador.
- Existen situaciones en que la propia sociedad maltrata insensiblemente al anciano.
- Sólo se pueden detectar situaciones de maltrato o negligencia si se tienen presentes estas posibilidades.

Evidentemente ningún tipo de maltrato es justificable, pero tampoco sería justo no tener en cuenta las condiciones en las cuales se encuentran las personas encargadas del cuidado del anciano, frecuentemente sometidos a escasez de recursos y desconocimiento de posibilidades de apoyo (ante un anciano cada vez más demandante y dependiente) viéndose incapaz para realizar sus actividades mínimas personales generando al cuidador más aislamiento social por necesidad de dedicación, más gastos económicos, etc. que pueden desencadenar situaciones de desesperación que finalicen en hechos de maltrato.

A diferencia de otros tipos de maltrato, en éste que nos ocupa puede darse la circunstancia de no haber una distinción clara entre víctima y agresor, puesto que muchos ancianos son real y legalmente seres humanos autónomos. Por tanto, la responsabilidad del maltrato puede ser difícil de determinar porque ¿es responsabilidad de un hijo adulto imponer hábitos de limpieza a un anciano legalmente competente, cuando éste desea no estar limpio? o ¿quién es víctima y quién responsable en situaciones en las que un anciano, igualmente competente, rechaza actuar en su

propio interés? Se da, por tanto, una situación confusa, en la que los actos de acción y omisión se mezclan y en los que los propios ancianos pueden estar, en parte, involucrados en la construcción de las situaciones de maltrato.

Pero ¿es el maltrato un problema sanitario? Evidentemente no; es un problema de la sociedad actual, y como miembros de ella deberíamos poseer un conocimiento amplio del mismo aunque resulte muy complicado “diagnosticar” un desprecio, una coacción, una manipulación financiera de bienes,...etc. y claro está, no quedando impune de responsabilidades el resto del entorno que se relaciona con la persona, demás familiares, agentes sociales, vecinos...

Es básico igualmente, distinguir el maltrato a los ancianos de otras formas de violencia familiar. Por ejemplo a menudo se compara el maltrato a ancianos con el maltrato infantil, hasta el punto que, en EE.UU., los mismos organismos se ocupan de estos dos problemas sociales. Esta situación es el resultado de la propia relación entre el cuidador y el anciano que, a menudo, posee un carácter paterno-filial, dada la frecuente dependencia de los ancianos, que es en su mayor parte una necesidad afectiva^{1,2,5,6}.

Perfil de la víctima

Durante el transcurso de los años han sido varios los estudios sociológicos que determinaban diferentes perfiles sobre las víctimas de malos tratos. Por ejemplo Hell (1988) descubrió en un estudio realizado en Manitoba (Canadá) que dos tercios de las víctimas eran mujeres de edades comprendidas entre los 80 y los 84 años, que habían vivido con una familia por períodos de 10 años. Por el contrario, Pillemer, Wolf y Finkelhorf concluyeron que el número de hombres maltratados superaba al de las mujeres en cuatro puntos porcentuales y lo relacionaban con la mayor calidad de vida de la mujer/esposa respecto a su pareja. Tomlin (1989) en el informe *British Geriatrics Society* sobre el maltrato al anciano, sugiere que los mayores más vulnerables son aquellos que tienen dificultades para comunicarse y muestran discapacidades tales como enfermedad de Parkinson o demencia senil^{1,2,3}.

En la actualidad, se citan como factores de riesgo que la víctima sea de sexo femenino, que tenga una dependencia física y/o emocional, la enfermedad o discapacidad aguda o crónica, la dependencia económica del cuidador y determinadas

circunstancias psicológicas y emocionales, como el sentimiento de culpa con el cuidador y el temor a posibles represalias que incluirían incluso su institucionalización. La invalidez mental no es una condición exclusiva para ser maltratado, los ancianos sin incapacidad mental también son víctimas, pero sí es verdad que con frecuencia callan o simplemente asumen su condición de dependientes. Es cierto también, que la víctima, en muchas ocasiones no percibe que es objeto de malos tratos por estar poco predispuesta para darse cuenta o simplemente por desconocimiento. De todas formas, parece indiscutible y lógico que el mayor riesgo de recibir maltrato lo tiene un anciano/a incapacitado, dependiente, avanzada edad y a cargo de un cuidador único desde hace tiempo o por personal poco o nada cualificado para la labor^{4,7-9}.

La OMS resume el perfil de la persona víctima de abusos en 11 puntos:

- *Mujer.*
- *Mayor de 75 años.*
- *Físicamente impedida.*
- *Con disminución mental y comportamiento infantiloides.*
- *Socialmente aislado/a.*
- *Deprimido/a con actitud hipercrítica.*
- *Predispuesto/a a adoptar el papel de enfermo/ a.*
- *Repetidos intentos frustrados de recibir ayuda en el pasado.*
- *Maltratado/a en el pasado por un progenitor.*
- *Sin recursos económicos para vivir independiente.*
- *Testarudo/a.*

En otro orden, en el ejercicio de nuestra profesión podemos detectar unos signos de alerta. Es obvio que los signos de maltrato dependen del tipo del mismo y que son las lesiones físicas las más fácilmente detectables (aunque en raras ocasiones llegarán hasta nosotros en primera instancia), como pudieran ser magulladuras inexplicables y simétricas, historia clínica incongruente con las lesiones que presenta, hematomas en distintos estadios de evolución... Pero hay signos que traducen descuido (o negligencia) por un mal estado higiénico, desnutrición, deshidratación, anemia, actitudes instintivas de defensa, ropa inadecuada para la temporada, penetrante olor a orina, llanto injustificado del anciano, úlceras por presión, mal cumplimiento terapéutico, aislamiento... También hay que atender o prestar atención especialmente a las justificaciones reiteradas como “se golpea con facilidad”, “se cae cada dos por tres”, máxime cuando el anciano está incapacitado

y depende de los demás para moverse.

Depresión, paranoia, baja autoestima, miedo en su ambiente natural, miedo a sus cuidadores,... podrían reflejar realidades de abuso psicológico. Dicho esto, hay que tener presente la posibilidad de que estemos delante de un anciano que está siendo agredido y dedicar tiempo en la conversación cuando observemos algunos de los aspectos anteriormente descritos.

Perfil del agresor

Es muy difícil establecer un perfil de la persona agresora a un anciano. En principio cualquier persona puede producir un maltrato a otra aunque pase poco tiempo junto a ella. Pero, claro está, que cuantas más horas se dediquen al cuidado del anciano, mayor es el riesgo de agresión o negligencia. Las publicaciones americanas señalan que los hombres causan potencialmente más maltrato que las mujeres y hacen mención a una serie de factores de riesgo como pueden ser el abuso del alcohol y las drogas, tener dificultades económicas o ser cuidador único².

Posiblemente en nuestro entorno estas características del perpetrador o agresor no sean exactamente como las anteriormente descritas ya que la mayoría de nuestros cuidadores habituales o eventuales son mujeres con algún tipo de parentesco con la víctima. Además, en nuestra cultura, tradicionalmente ha sido la mujer quien ha asumido la función del cuidado del enfermo (sobre todo la generación que forma el grueso de población de la tercera edad actualmente)¹⁰.

Insisto una vez más en la dificultad de encontrar estudios epidemiológicos fiables que nos ayuden a cuantificar con precisión la dimensión real del problema. Dicho esto, hay pequeños estudios que se refieren a una edad del agresor superior a los 60 años, residente en medio urbano, de nivel educacional medio o bajo y con una vinculación con la víctima en primer grado. Por otra parte, estos maltratadores vivían con el anciano desde hacía más de un año y dedicaba al cuidado del mismo más de 12 horas diarias. Igualmente referían, en su mayoría, que la atención al anciano había interferido o interrumpido su vida laboral, su relación de pareja o con el resto de familiares. Los sentimientos predominantes que manifestaron, en relación con su labor de cuidador, fueron los de tristeza y rabia seguidos de impotencia y frustración, junto con la sensación de desesperanza y pérdida de expectativas. Definían su estado de

salud como regular o malo y habían necesitado tratamiento psiquiátrico durante el tiempo que duró el cuidado del mayor^{4, 11-13}.

Podríamos completar este punto con las afirmaciones de la OMS sobre el perfil de la persona que ejerce el abuso:

- *Familiares que han estado cuidando de un anciano durante muchos años (promedio de 9 años y medio); de este grupo, el 10% ha estado ocupándose de una persona mayor durante más de 20 años.*
- *El 75% vive con la víctima.*
- *Tipo de parentesco: 40% cónyuge, 50% hijos o nietos.*
- *El 75% ha cumplido más de 50 años; el 20% más de 70.*
- *Parientes extenuados por el estrés, el 48% necesita el dinero de sus víctimas, y/o el 50% necesita su casa.*
- *Socialmente aislados y generalmente desempleados.*
- *Problemas económicos.*
- *Salud mental: antecedentes de deterioro reciente o de depresión o ansiedad (91%), alcoholismo (63%) o adicción a otra sustancia (68%).*
- *Comunicación inexistente.*
- *En la infancia hostilidades entre padres e hijos.*

Sobre víctimas y agresiones en centros asistenciales, residencias y hospitales, es poca la información documentada. Se señalan como posibles desencadenantes los efectos que pueden tener las condiciones estresantes de trabajo, el agotamiento profesional, la insatisfacción, la naturaleza de los conflictos entre paciente-personal cuidador, las actitudes personales ante el envejecimiento y, por último, la falta de recursos.

Para finalizar este punto, recordemos que hemos recalado que el problema base del maltrato es del conjunto de la sociedad, por tanto cabe pensar que así evolucione ésta, el perfil de víctima/agresor se verá igualmente modificados. Actualmente, por ejemplo, debido al incremento del número de población anciana y a la incorporación de la mujer al mundo laboral, se ha elevado el número de ancianos asistidos por personal no cualificado, siendo así la alternativa a otros servicios, bien públicos pero escasos o privados pero económicamente muy costosos, constituyendo en sí mismo no sólo un maltrato sino un delito. Igualmente, avances en cuestiones sociales pueden suponer también una mejora en la calidad de vida de estas personas y, en consecuencia, ejercer una

“prevención” en referencia al maltrato, como pudiera ser por ejemplo la *Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia* (conocida popularmente como “ley de dependencia”) publicada en el BOE el 15 de Diciembre de 2006 que se encarga de establecer prestaciones específicas para cuidados de los ancianos por personas del entorno familiar y contempla los servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio y centros de día; avance claro está, siempre que presupuestariamente se dote de forma adecuada^{4, 10, 14, 15, 16}.

Lugares del maltrato

En un principio, el maltrato puede ser recreado en cualquier escenario. El sitio de más difícil acceso es el domicilio, allí puede ocurrir de todo sin que prácticamente trascienda nada al exterior.

Pillemer y Wolf manifestaron que era mayor el riesgo de sufrir maltrato si el anciano habitaba en una institución residencial¹⁻³. En muchas ocasiones es por todos conocidos sitios donde la atención que se brinda al anciano no es del todo la ideal, independientemente de si las residencias son de mayor o menor prestigio o cuentan o no con el personal más cualificado. En estos lugares el tipo de maltrato cambia su frecuencia, su estilo, su dinámica y sus manifestaciones. Pero afrontando el problema del maltrato (no sólo físico, ni psicológico sino también la negligencia), todos conocemos el maltrato sutil a un anciano incapacitado cuando llega a un servicio de urgencias hospitalario o a una planta, con limitaciones para la movilidad o incontinencias varias (lo cual implicaría cambios posturales e higiene escrupulosa varias veces al día), lleno de úlceras, necesitando cambios posturales continuos, y es calificado despectivamente como “puro” por el personal hospitalario. ¿Y en nuestras consultas? Cuando acuden a nosotros en demanda de tratamiento por deformidades articulares, ungueales,...etc. y emitimos el diagnóstico de “es normal para su edad”, o cuando consideramos que el paciente es demasiado mayor para someterse a un determinado tratamiento o procedimiento quirúrgico o farmacológico, sin apenas ofrecerle la oportunidad de discutir dicho tratamiento; o cuando nos llevamos una decepción al consultar la agenda de visitas y ver el nombre de un paciente al cual ya habíamos visitado y le habíamos previamente colocado la etiqueta de “pesado” o “plomo” e intentamos liquidar la visita en el menor tiempo posible...

Pero también maltratan las barreras arquitectónicas, la inaccesibilidad de los colchones antiescara, las limitaciones en la obtención de pañales, restricciones farmacológicas,... y es que parece que a la “sociedad del bienestar” quizá le pesen mucho los ancianos.

Posibilidades de actuación

Como en cualquier problema donde la sanidad está presente, el abordaje global del maltrato a las personas mayores exige actuaciones a nivel de prevención primaria (evitar que se produzca), prevención secundaria (evitar la repetición del suceso) y prevención terciaria (minimizar las consecuencias). Existe consenso en considerar a la atención primaria como el nivel asistencial óptimo para la detección y prevención de este problema, así como considerar que esta prevención se debe abordar a nivel social, comunitario y familiar:

- *Concienciación y educación de la sociedad:*
 - Mejorar la imagen social de los mayores.
 - Crear conciencia de la existencia del maltrato a las personas mayores.
 - Potenciar las relaciones intergeneracionales.
 - Educación en la escuela primaria.
 - Promover campañas de sensibilización a la opinión pública.
 - Educación a personas mayores y familiares (correcto diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, simplificación de la medicación...).
 - Educación y formación de profesionales (conocer factores de riesgo y modos de actuación).
- *Apoyo a la familia y a los cuidadores con servicios de cuidados de larga duración*, incluyendo la detección de situaciones de riesgo y el apoyo al cuidador (tratamiento de cuadros depresivos, formación e información...).
- *Prevención del aislamiento social y físico* de las personas mayores (servicios de atención domiciliaria, centros de día...).
- *Investigación, concienciación, divulgación de resultados y actuación.*

La actuación a nivel primario debe ser multidisciplinar: médico, personal de enfermería, trabajador social y, en general, todos aquellos profesionales que de una forma u otra tienen relación con el trato del mayor, entre ellos claro está, el podólogo como posible “puerta de entrada” o

“descubridor” del problema. Recordemos el elevado número de pacientes que visitamos en nuestras consultas que son ancianos, sin olvidar a los profesionales que acuden a residencias geriátricas a prestar asistencia o a las visitas domiciliarias que se realizan, es decir, nos podemos convertir en testigos directos de este problema. Recalcando además, que se ha demostrado sobradamente que en las áreas donde los profesionales están mejor formados y motivados, es mayor la detección de personas mayores maltratadas.

Este nivel de actuación, se fundamenta en el conocimiento de los factores de riesgo y posibilidades de actuación sobre ellos. Estas posibilidades, en muchos casos se quedarán fuera del alcance de la atención primaria de salud (situaciones de pobreza, malas relaciones familiares previas...) pero en muchos otros casos sí será posible la intervención: tratamientos de cuadros depresivos tanto del anciano como de su cuidador, correcto diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de las personas mayores, minimizando así su incapacidad y dependencia... etc.

En cuanto a la prevención secundaria, diremos que se basa en la detección de personas que hayan sufrido uno o varios tipos de maltrato, y se apoya en el ya mencionado conocimiento de los factores de riesgo y en el de los indicadores de alarma. Las pautas de actuación serán diferentes en cada caso y en la actualidad no existe consenso entre los expertos para recomendar la denuncia policial en todos los casos, a pesar de que existe una exigencia legal para ello. Se recomienda el estudio detenido (en equipo multidisciplinar) del caso, valorando sobre todo la relación perjuicio/beneficio para la víctima del maltrato y teniendo en cuenta la voluntad del anciano, siempre que éste no se encuentre incapacitado para la toma de decisiones. La atención continuada, el apoyo al cuidador y la disponibilidad de recursos sociales y sanitarios son fundamentales para evitar la repetición de casos. Hay que informar a los cuidadores para reducir su estrés a través de medidas como el compartir el cuidado con otros miembros de la familia o facilitar, si fuera preciso, cambios al domicilio de otro familiar más capacitado. También se puede contactar con grupos de apoyo (voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares de enfermos, etc.) y garantizar períodos de descanso al cuidador (facilitando personas de apoyo de atención al domicilio procedentes de servicios sociales o voluntarios, estancias en centros de día o centros de corta estancia...)^{14,16-19}.

Breve mención haremos a la prevención terciaria, ya que se basa en la correcta actuación ante las consecuencias tanto físicas, como psicológicas y sociales que pueda sufrir el anciano maltratado y que deben ser atendidos como se ha expuesto anteriormente por un equipo multidisciplinario con formación específica.

En el momento actual no existe una estrategia establecida de atención a la persona maltratada que se pueda recomendar de forma global. Entre las causas de estas carencias podrían estar:

- Escaso reconocimiento del problema tanto social como por parte de los propios profesionales (falta de formación específica, escasez de recursos, frecuente aislamiento social de las personas mayores...).
- Complejidad intrínseca del problema del maltrato (frecuentemente escondido incluso por los propios maltratados).

En la práctica médica asistencial, la sospecha o evidencia de maltrato debe llevar a la cumplimentación de un parte de lesiones y envío de copia al fiscal, según exige la ley. Este documento será siempre emitido independientemente de la posterior denuncia por parte del anciano o de sus familiares. Cuando el caso así lo requiera se tomarán medidas urgentes de protección al anciano, que puede incluir la hospitalización, institucionalización o utilización de otros recursos sociosanitarios. Además, se debe informar al trabajador social con el fin de poner en marcha la correspondiente investigación, personal, sobre el terreno y en contacto con el resto de los recursos sociales de la comunidad.

Sin embargo, en la práctica asistencial diaria se produce con frecuencia una dificultad en la toma de decisiones, fundamentalmente por la escasez de recursos y falta de agilidad en el sistema judicial, consideraciones éticas derivadas fundamentalmente de la fragilidad y frecuente dependencia económica y emocional del anciano maltratado. Es frecuente, por tanto, encontrar personas mayores que han sufrido diferentes formas de maltrato y, a pesar de todo, prefieren continuar en su domicilio. Ello es debido a que, demasiadas veces, a la denuncia judicial sigue irremediadamente la ruptura de los lazos familiares y la institucionalización definitiva del anciano que, como demuestran dos amplios estudios dirigidos a conocer valores, creencias y expectativas del anciano en relación al problema del maltrato a las personas mayores, consideran dicha institucionalización una forma de maltrato^{4,6,10}.

Pero, ¿cómo debe actuar el podólogo frente a la sospecha o evidencia de encontrarse delante de un anciano maltratado?; de entrada debemos adoptar una actitud positiva y de escucha ante los problemas de las personas mayores, evitando actitudes que lleven a trivializar, ignorar o incluso a achacar a la edad estos mismos problemas. Durante la conversación mientras visitamos al anciano, podemos obtener información del paciente sobre su estado de salud, alimentación, si le han amenazado, empujado, sobre su situación de dependencia económica con el cuidador, etc. Igualmente, si está presente su cuidador habitual, podemos descubrir su grado de implicación en el cuidado con el anciano, expectativas sobre su propio rol de cuidador, si deja sola en casa a la persona durante muchas horas, conductas anormales (abiertamente hostil, poco autocontrol, culpabilización del anciano...). Es fundamental, siempre y cuando sea posible, ofrecer la información que poseamos tanto al paciente como a su cuidador acerca de los recursos sanitarios de apoyo como:

- Ayudas públicas de la consejería de familia y asuntos sociales de las comunidades autónomas donde se prestan diferentes ayudas económicas para el apoyo a las familias en domicilio, así como para estancias temporales en residencias. Muchos ayuntamientos también disponen de servicios sociales para casos de necesidad como lavandería, comida, auxiliares de hogar, etc.
- Servicios de teleasistencia que permite a las personas mayores que pasan tiempo solas estar en contacto con un centro de atención especializada tan sólo pulsando el botón de un medallón o pulsera que llevan consigo las 24 horas del día.
- Hay organizaciones de voluntarios que ayudan a las personas mayores sin suficientes

recursos a través de visitas a domicilio, acompañamiento a la visita médica, etc.

- Información sobre Centros de día, unidades de rehabilitación, servicios de geriatría, etc. localizados en nuestra ciudad.

Registraremos las impresiones obtenidas en la historia clínica de nuestra consulta y deberíamos establecer contacto con el trabajador social y servicios sociales de nuestro centro de atención primaria para ver si están al tanto del caso, y si no es así, ponerlo en conocimiento para que se encarguen de realizar un estudio individualizado del mismo. Así mismo, nuestra obligación es establecer un seguimiento, manteniendo contacto con dicho asistente social. En el supuesto de no obtener una relación de hecho/causa satisfactoria, nos deberíamos dirigir directamente a la fiscalía para dar conocimiento de los hechos. A ser posible, en visitas sucesivas se debe extremar la precaución y el seguimiento continuado del paciente.

Nosotros no debemos hacer un diagnóstico prematuro de maltrato, no es nuestra labor, debemos contactar con otros profesionales para obtener información adicional y en todo caso hay que tener prudencia, conocimiento del contexto y tener en cuenta la voluntad del paciente (cuando conserve sus facultades) puesto que son factores importantes en la toma de decisiones.

Se han expuesto, por tanto, los principios que deben guiar de forma general la actuación ante el problema del maltrato: valoración integral, trabajo en equipo, continuidad con los cuidados, formación y descarga de los cuidadores, utilización de los diversos recursos sociales y sanitarios, mejor formación y cambio de actitud de los profesionales.

La situación actual es problemática, y debemos tomar conciencia de que todos estamos destinados a ir envejeciendo en el transcurso de nuestras vidas.

Bibliografía

1. González Ceinos M, Buján Garay I, López Saiz G, Longa García I, Cacho Blanco L. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2004;20.
2. Pillemer K. Risk factors in elder abuse: result from a case control study, elder abuse: conflict in the family. *Archivos Internos de Medicina* 1997;147: 484-8.
3. Wolf R. El problema de los abusos a los ancianos: una tragedia familiar. *Revista de Gerontología* 1994;4:13-138.
4. <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/JURI006.pdf>
5. Caballero García JC, Remolar Ribes ML. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 2000;10:177-88.

6. Garay J. Maltrato en el anciano. *Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología* 2001;16:10-5.
7. Carrillo M. Depresión y ansiedad, claves para detectar el maltrato en el anciano. *Revista Diario Médico* 2001;4:1-3.
8. Decalmer P. *El maltrato a las personas mayores*. Madrid: Ed. Paidós 2000:241-301.
9. Jones J. Elder abuse and neglect, responding to a national problem. *Annals of Emergency Medicine* 1999;23:845-8.
10. <http://www.imsersomayores.csic.es>
11. Adelman RD, Breckman R. *Malos Tratos. Manual Merck de Geriátría*. Barcelona: Ed. Doyma 1992;97:1207-15.
12. Pichardo Fuster A. Síndrome del viejo maltratado. *Revista de Gerontología* 1996;7:37-120.
13. Torres P, Espada FJ. *Violencia en casa*. Madrid: Ed. Aguilar 1996;26-31.
14. Beaver ML, Millar DA. *La práctica clínica el trabajo social con las personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria*. Barcelona: Paidós 1998;317-27.
15. Kingston P, Penmale A. Elder abuse and neglect: issues in the accident and emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 1999;21:325-412.
16. <http://www.boe.es>
17. Florez JA, Adeba J, García MC, Gómez M. Psicopatología de los cuidadores habituales del anciano. *¿ANO* 1997;1281:53-4.
18. Larrión JL. El síndrome del anciano maltratado. *Med Clin* 1994;102:216-9.
19. Pzsemiarower S, Pzsemiarower NP. Ancianidad y derechos humanos. *Revista de Geriátría y Gerontología* 1999;10:1-9.