

VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DEL MALTRATO FÍSICO SOBRE EL ANCIANO EN EL CONTEXTO INTRAFAMILIAR

FORENSIC ASSESSMENT OF PHYSICAL ABUSE OF THE ELDERLY IN THE DOMESTIC CONTEXT

Adam A
Verdú F

Unidad Docente de Medicina Legal
Universitat de València. España

Correspondencia: Aurora.Adam@uv.es

Resumen: La violencia intrafamiliar es una de las más frecuentes en todas las sociedades, siendo el hogar uno de los contextos más favorables para el estallido de la agresividad. Aunque existen formas de violencia intrafamiliar intensamente denunciadas y perseguidas por nuestra legislación, los ancianos siguen siendo los más olvidados en este problema. Su protección, que en muchos casos es absolutamente necesaria por la frecuente vulnerabilidad que sufren debido a enfermedades o por el propio paso del tiempo, sigue adoleciendo de ineficacia. Dentro de esta violencia, se pueden observar múltiples formas, siendo el maltrato físico una de las más importantes.

Desde el contexto médico legal se debe destacar la importancia de la detección del problema, con una minuciosa descripción de las lesiones, siendo tan importante en la realización del parte de lesiones como en la elaboración del informe pericial. En este trabajo se repasan los aspectos más importantes a destacar de la intervención médica y pericial en estos casos de maltrato físico a ancianos.

Palabras clave: maltrato, anciano, violencia intrafamiliar, parte de lesiones, informe pericial.

Abstract: Domestic violence is one of the most common types of violence in all societies, being home one of the most favorable contexts for the outbreak of aggression. Although there are forms of domestic violence strongly denounced and persecuted by our legislation, the elderly remain the most forgotten in this problem. Their protection, which in many cases is absolutely necessary for the frequent vulnerability suffered due to diseases or the passing of time, still suffers from inefficiency. Within this violence, different kinds can be observed, physical abuse being one of the most important. From the forensic context, it must be emphasized the importance of the detection of the problem with a detailed description of the injuries, being this as important in the realization of the injury report as with the development of the expert report. In this work are reviewed the most important aspects to note of the expert and medical intervention in these cases of physical elder abuse.

Key words: abuse, elder, domestic violence, injury report, expert report.

INTRODUCCIÓN:

La Desde que somos niños, en nuestra sociedad, se nos enseña la importancia del respeto hacia nuestros mayores. Al menos esa es, a priori, una idea que perdura en nuestra cultura, aunque el paso del tiempo y los cambios en los modelos educativos, sociales y familiares han podido influir en la pérdida de este concepto. Además, existe un hecho incontestable: vivimos cada vez más tiempo, lo cual debe tomarse como algo positivo. Esta situación ha sido determinante en el incremento de problemas de índole intrafamiliar, como la violencia hacia las personas de mayor edad (1).

La violencia intrafamiliar se caracteriza por ser un conjunto de diferentes tipos de víctimas que pueden ser afectadas por la superioridad con la que se muestran otros sujetos con los que conviven, en el contexto del hogar y la familia. La característica que tienen en común todas estas víctimas, por diferentes circunstancias, es que son personas en una situación de vulnerabilidad. Tal vez, el tipo de violencia intrafamiliar más conocido en los últimos años, gracias especialmente a su denuncia social y a los cambios legislativos, es la violencia hacia la pareja, especialmente hacia la

mujer. La vulnerabilidad, en este caso, se ve representada en la desproporción física y en la dependencia emocional o económica hacia su agresor.

Otro modelo de violencia es la que se ejerce contra los menores. La situación de dependencia hacia sus padres u otros sujetos dentro de este ámbito, especialmente la de los más jóvenes, les convierte en víctimas fáciles para sus agresores. En el mismo sentido, puede hablarse de los enfermos, especialmente los que padecen algún tipo de alteración psíquica que les impide poder cuidarse y desarrollarse por sí mismos, precisando de la ayuda de terceros, lo que les convierte en dependientes de los mismos.

Finalmente, el último grupo entre las víctimas más vulnerables en el contexto intrafamiliar es el de los ancianos. Aunque la edad no debe ser un elemento fundamental al valorar la vulnerabilidad de un sujeto, cabe tener en cuenta la situación con la que se encuentra en el momento de su exploración. Así, es muy frecuente encontrar a personas que padecen enfermedades degenerativas que les hacen ser dependientes de otros en su propio hogar. La enfermedad y la dependencia es lo que les vuelve más vulnerables a cualquier tipo de violencia, convirtiéndoles en sujetos indefensos ante los abusos de otros. Y cada vez es más frecuente que estos abusos se produzcan dentro de su propio hogar.

Aunque se trata de un problema que ha acusado la humanidad en todas sus épocas y sociedades, no siempre se le ha dado la importancia que realmente tenía. Tan solo se empezó a estudiar de forma rigurosa el fenómeno de la violencia intrafamiliar en la segunda mitad del siglo pasado, especialmente con la Declaración de Derechos Humanos, junto a las diferentes definiciones del problema aportadas por distintas organizaciones internacionales. Sin embargo, el maltrato al anciano ha quedado relegado a un plano muy secundario hasta hace muy poco (2).

En las últimas décadas ha ido adquiriendo una mayor relevancia, especialmente desde creación de diferentes instituciones en Estados Unidos, como el Comité Nacional para la Prevención del Maltrato de los Ancianos, el Centro Nacional para la Prevención del Maltrato a los Ancianos y la Asociación Nacional de Administradores de los Servicios Estatales de Protección de los Ancianos, todas ellas fundadas a finales de la década de los años 80. Tras la formación de estas organizaciones en el país norteamericano, vinieron muchas otras en el resto del mundo, como la Red Internacional para la Prevención de los Malos Tratos a los Ancianos, o INPEA, en 1997.

Ya en 2002, en la Convención de Toronto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define el problema como 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 (3). En España también son diversos los acuerdos que se alcanzan respecto a este concepto. En 1995 se realizó la Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado, definiéndose este tipo de violencia *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*. (4)

Son diversas las formas de maltrato al anciano, no teniendo todas la misma frecuencia de presentación. La OMS diferencia el maltrato en físico, psíquico o emocional, sexual y económico, distinguiendo también entre actos negligentes o intencionales (5).

En el caso del maltrato físico, se pueden producir contusiones, quemaduras, zarandeos, empujones, entre otros, que llevan a lesiones físicas que abarcan desde lesiones leves, como equimosis, a lesiones más graves, como fracturas (6).

Para el maltrato psíquico suelen utilizarse insultos, humillaciones, rechazo amenazas o intimidaciones, que llevan al anciano a sufrir diversos problemas emocionales, como ansiedad, miedo, tristeza o depresión, así como

trastornos del sueño o del apetito. El trato de forma infantil a la persona de edad avanzada también podría considerarse en este apartado (7).

Por otro lado, en el caso del maltrato sexual, puede producirse cualquier atentado contra la libertad sexual, desde violaciones hasta diferentes formas de abuso, como tocamientos, besos inadecuados o acoso, que conduce a problemas como enfermedades de transmisión sexual y diferentes lesiones físicas. Y, para el maltrato económico, es frecuente que se produzcan situaciones como el robo, el mal aprovechamiento de sus recursos o la utilización de su firma para obtener algún beneficio, lo que lleva a una disminución de su capacidad económica, incluso llegando a adquirir deudas que no tenían, así como a ver muy deteriorada su calidad de vida (6).

La negligencia también es uno de las formas más frecuentes de maltrato, en el que suelen producirse omisiones en el cuidado del anciano, ya sea en su alimentación, en su higiene o en sus tratamientos médicos. En estos casos suelen darse problemas con la administración de fármacos, por exceso o defecto en las dosis o errores en la elección del fármaco a administrar (7, 8).

LAS CIFRAS DEL PROBLEMA

Se considera que, en nuestra sociedad, este tipo de violencia tiene una prevalencia entre un 4 y un 6% (9), aunque hay estudios que hablan de sospecha de más del 11%, sin confirmación de abuso (10), lo que demuestra su alta frecuencia pese a los pocos recursos que al combate se destinan.

Aunque el maltrato físico no sea el más frecuente sí que tiene una prevalencia alta que cada día va en aumento, como en el resto de formas de agresión a las personas de edad avanzada.

Se trata, por tanto, de una situación relativamente frecuente con la que puede encontrarse cualquier médico. Pero ello no quiere decir que sea una situación de evidente diagnóstico.

En España, aunque no contamos con datos muy realistas y fiables, sabemos a través de diferentes estudios, que la mayor parte de las víctimas son mujeres (11), que los agresores más frecuentes son los hijos y que el tipo de maltrato más utilizado es el psicológico (10). Las cifras son variables, pero destacan la importancia del problema. Si se trasladan los datos internacionales a la situación en nuestro país, es posible situar las cifras de maltrato de ancianos en, aproximadamente, 350.000 casos, entre violencia oculta y la denunciada (7).

En nuestro país se han realizado diversos estudios de prevalencia en los últimos años, a través de cuestionarios y entrevistas, que tratan de sacar a la luz la realidad del problema, con tasas de riesgo o sospecha de maltrato de casi el 45% en el estudio de Pérez-Cárceles et al (2008) (12) o el trabajo de Iborra para el Centro Reina Sofía (2008) (13), que establece cifras de un 0'8% de ancianos que declaran haber sido sometidos a alguna forma de maltrato y un 4'5% de cuidadores que dicen haber maltratado en alguna ocasión. Como se puede observar en este último trabajo, hay una importante disparidad entre los datos según los ancianos y según los cuidadores. Las tasas son más altas en el caso de las declaradas por los cuidadores en todas las situaciones de maltrato, excepto para el abuso sexual. En el caso del maltrato físico, lo sitúa entre el 0'1% y el 0'3%.

Otros datos importantes que arroja este estudio, es que la prevalencia del maltrato aumenta conforme lo hace el grado de dependencia de la víctima, así como su edad. Y también evidencia la clara tendencia hacia el sexo femenino.

LA VALORACIÓN MÉDICO LEGAL DEL MALTRATO FÍSICO A ANCIANOS

Son diversos los aspectos que deben tenerse en cuenta para la valoración de una posible situación de maltrato a un anciano. Lo primero que hay que tener en cuenta, a la luz de las estadísticas mostradas, es que se trata de un delito muy poco denunciado por las víctimas. Al contrario que con otros casos de violencia intrafamiliar, como la violencia de género o el maltrato infantil, no existen estadísticas oficiales en nuestro país con cifras reales que arrojen luz sobre la magnitud del problema, aunque sí se cree que entre 5 y 7 de cada 8 casos no se detectan, pudiendo hablarse de un

fenómeno iceberg en el que solo llegamos a conocer un mínimo porcentaje de los casos que existen en la realidad (14). Esta ocultación por parte de la propia víctima se produce, especialmente, cuando el maltrato se da en el contexto intrafamiliar, habitualmente por el miedo a las represalias por parte del agresor o, más frecuentemente, por no querer provocar un daño hacia sus hijos, nietos o cónyuges, que a la vez son sus agresores. En algunas ocasiones, es la propia vergüenza y el miedo a la reacción social, lo que les impide admitir el problema (15), mientras que en otras, las dificultades para denunciar provienen de la situación de aislamiento a la que se ven sometidos en su propio hogar (16) y que puede estar agravada por las propias condiciones físicas y/o psíquicas del anciano maltratado.

Ello propicia una situación de indefensión, a la que contribuye la propia víctima, tratando de evitar otros males. Este fenómeno es propio de todos los tipos de violencia intrafamiliar, en el caso de los delitos contra los menores, por encontrarse en una situación claramente de desventaja y dependencia hacia los adultos, así como en el caso de la violencia de género, con la frecuente dependencia económica y/o emocional de la víctima hacia su agresor. Esto lleva a que estas situaciones terminen permaneciendo en el ámbito de lo íntimo. Tratándose de delitos, uno de los objetivos más importantes para afrontar la violencia hacia el anciano es sacarla de este contexto, que deje de quedarse el problema en la intimidad para que los estamentos públicos puedan intervenir en pro de la protección de la víctima.

Este mismo cometido debe establecerse desde la primera atención que se realiza al anciano. Frecuentemente esta asistencia inicial es dada por los servicios médicos de Urgencias Hospitalarias o por los servicios de Atención Primaria. En este momento es cuando el médico entra por primera vez en contacto con el paciente agredido y maltratado. Y es en este punto donde también va a empezar la primera valoración médico legal, a través de la realización del parte de lesiones.

EL PARTE DE LESIONES

Es un documento médico legal utilizado muy frecuentemente en la práctica clínica, cuya finalidad es la de poder poner en conocimiento de la Justicia toda lesión que haya podido ser el resultado de un delito público, esto es, aquél que es perseguible de oficio. Nuestro Código Penal, en su título III, en el artículo 147.1 considera, sobre el delito de lesiones, que se produce cuando un tercero por cualquier medio o procedimiento causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental (17).

El maltrato es una de estas situaciones que deben ser denunciadas cuando existe la sospecha de dicho origen delictivo de las lesiones.

La entrevista clínica y la anamnesis se tratan de pasos fundamentales en esta valoración. De la misma se va a poder obtener el relato de la víctima, pudiendo iniciarse o constatarse las sospechas a raíz de la visualización de las lesiones.

Es muy frecuente que, durante la entrevista clínica, se produzcan dudas, mentiras o, incluso, simulación por imputación de las lesiones a otros mecanismos lesionales diferentes a la agresión, habitualmente accidentales, como leves contusiones mediante mecanismos pasivos o caídas.

Entre los aspectos fundamentales, a la hora de valorar la agresión física del anciano, hay diferentes elementos que son imprescindibles.

Por un lado, la localización de las lesiones es de obligada observación y descripción. Es extremadamente frecuente que estas no sean del todo visibles a primera vista, si no que se encuentren en zonas tapadas por las ropas, por lo que saber localizar las mismas y explorarlas va a ser fundamental. Las lesiones que puedan ser visibles, como equimosis o hematomas en la zona orbitaria, suelen generar sospecha inmediata de maltrato, algo que debe de ser contrastado con el mecanismo lesional que relate el sujeto, por tanto, debiendo valorarse la relación de causalidad de las lesiones.

Otro elemento imprescindible a la hora de elaborar el parte de lesiones es la descripción de las mismas. En el maltrato es muy habitual que se produzcan lesiones de carácter leve, que, por tanto, desaparecerán en muy poco tiempo. Su descripción minuciosa puede ser un elemento decisivo para la valoración médico legal. Cabe tener en cuenta, que salvo que las lesiones sean vistas durante una guardia, cuando vayan a valorarse por un médico forense ya habrán desaparecido. Su descripción completa y con todo detalle va a ser fundamental (18), especialmente en el caso de las equimosis. Detalles a incluir en esta descripción serán la localización, la morfología y contorno, que puede llegar a reproducir la forma del objeto con el que se ha contundido a la víctima, la coloración de las mismas, que puede dar una idea aproximada de su antigüedad, fundamentalmente si aparece el color amarillo, que denota la presencia de la lesión desde hace varios días. Aunque no existen muchos estudios al respecto, parece que lo más frecuente, por encima de la utilización de objetos, es usar las propias manos o los pies para contundir (16). Aunque se produzca más en otros contextos institucionalizados, como en las residencias, la utilización de ligaduras o de elementos de contención físicos, así como intoxicaciones con fármacos para conseguir la inmovilidad del sujeto, también pueden presentarse en el ambiente intrafamiliar (8).

También pueden aparecer heridas incisivas o punzantes, frecuentemente realizadas con elementos del propio hogar, como tijeras, cuchillos de cocina o destornilladores. Otro tipo de lesiones frecuentes en el maltrato físico a los ancianos son las quemaduras, como lo son también en el maltrato a menores. La utilización de cigarrillos, fricción de objetos o planchas son habituales. También las escaldaduras por agua excesivamente caliente, especialmente en los casos de ancianos que necesitan la ayuda de terceros para su aseo personal, y en las mucosas, debido a la introducción de la comida en la boca con un exceso de temperatura. Durante la alimentación forzada, pueden producirse otro tipo de lesiones, como erosiones en las encías o fracturas de las piezas dentarias.

Otras lesiones que pueden encontrarse son las fracturas múltiples, que se ven favorecidas por posibles patologías osteoporóticas.

También es muy frecuente la aparición de estas lesiones en las zonas de defensa, es decir, aquellas áreas que la víctima utiliza para intentar defenderse de una agresión, como la cara externa de los antebrazos o de los muslos.

Una vez descritas las lesiones, debe exponerse el tratamiento que se le ha realizado al sujeto, así como su pronóstico médico, si va a necesitar otras intervenciones o asistencias facultativas, así como otros tratamientos. Esta información es necesaria para poder valorar el pronóstico médico legal de estas lesiones, pues de ellos se pueden derivar situaciones diversas, que la afectación sea considerada como un delito, en el caso de una lesión grave, o una falta, si la lesión es leve (17). Esta diferenciación se produce teniendo en cuenta la existencia de tratamientos posteriores, es decir, más allá de una primera asistencia facultativa, ya sean médicos o quirúrgicos, y la estabilización de la lesión en forma de secuela. Si existe este tratamiento posterior o se produce una secuela, la lesión será considerada grave y si solo ha sido necesaria la primera asistencia facultativa y no quedan secuelas, la lesión será considerada leve.

Por último, se debe considerar la situación en la que el anciano se niegue a que este parte se realice y, por tanto, que se informe a las autoridades judiciales de ello. Sin embargo, la Ley de Enjuiciamiento Criminal (19) permite que el parte se realice y se comunique sin la autorización del lesionado. Si esto no se produjese de esta manera, en un número enorme de casos, la protección del anciano maltratado sería imposible por su negativa a denunciar.

EL INFORME PERICIAL

En el contexto legal, tras haberse impuesto la correspondiente denuncia y al ponerse en marcha el mecanismo judicial, el juez podrá solicitar al médico forense su intervención para esclarecer cualquier circunstancia necesaria, tanto sobre la víctima como sobre el agresor. Habitualmente esta intervención se realiza tras llegar la denuncia al Juzgado de Guardia, por lo que la exploración de la víctima, frecuentemente, se realiza poco después de la agresión. Pero no

siempre es así, dependiendo del tiempo que la víctima haya tardado en denunciar van a ir tomando gran importancia los informes médicos anteriores y el parte de lesiones.

En el caso de la valoración de la víctima, el primer paso importante va a ser la recogida de toda la información necesaria sobre ésta, como el atestado policial, informes de los servicios sociales que pudiesen haberla atendido en alguna ocasión y los informes médicos. Entre estos últimos es posible obtener datos de la historia clínica, como informes del Servicio de Urgencias donde pudiese haber sido atendido, o de otros servicios. Y entre éstos informes se encontrará el parte de lesiones, cobrando más importancia la descripción que se realizase de dichas lesiones en su momento.

Así, una vez estudiada la información correspondiente, de la que deberá dejarse constancia en el informe pericial de los datos más importantes extraídos de la misma, así como su origen, pasará a producirse la entrevista y exploración del lesionado. Ello permitirá comprobar la correspondiente evolución de las lesiones entre su primera exploración médica y la actual y, por tanto, la relación de causalidad, entre la posible causa lesional y las alteraciones finalmente sufridas. La descripción de las mismas debe ser igual de minuciosa que lo explicado para el parte de lesiones.

No solamente será importante la descripción de las propias lesiones y del mecanismo más probable que se les atribuye, sino también el seguimiento de las mismas, para poder establecer el momento en que ya se encuentran estabilizadas. Deberán reflejarse los tratamientos que han sido necesarios, ya que como se ha reflejado en el apartado del parte de lesiones, serán fundamentales para valorar el pronóstico médico legal de la lesión. También se describirán los días que se han precisado para la curación o estabilización de las lesiones, diferenciando entre días de hospitalización, días improductivos para las tareas habituales del sujeto y los días no improductivos para las mismas.

Es posible que se produzca la restitución ad integrum, o que queden secuelas, que deberán también ser minuciosamente descritas. Hay que tener en cuenta que estamos ante personas que suelen padecer importantes patologías previas a la lesión, por lo que evaluar su estado anterior será fundamental para valorar las secuelas, pues en algunas ocasiones pueden deberse a agravaciones de estados patológicos previos.

Aunque nos encontremos ante un caso de maltrato físico, no hay que olvidar que suele acompañarse habitualmente de otras formas de maltrato, especialmente el psicológico, que suele ser el más frecuente (16). Tampoco debe obviarse que, en muchas ocasiones, el anciano, por su situación clínica, ya sea física y/o mental, se trata de una persona especialmente vulnerable, incluso que puede que el perito se encuentre ante una persona incapaz. Por lo que las lesiones psicológicas pueden llegar a dejar graves trastornos, en ocasiones de nueva génesis y, en otras, agravando el estado anterior de la víctima.

En otras situaciones, el perito debe responder ante una petición que le realiza el juez para la valoración del presunto agresor. La evaluación puede versar sobre las bases psicobiológicas de la imputabilidad, es decir, si era consciente de sus actos y actuó voluntariamente, de acuerdo a dicha consciencia. También sobre el estado mental del sujeto o la valoración de posibles lesiones físicas.

Dentro de estas últimas, es posible que se encuentren lesiones provocadas en actos de defensa de la víctima. Es importante tener en cuenta también la localización y el tipo de lesiones, como erosiones o escoriaciones en las manos o en la cara por arañazos de la víctima o contusiones, todas ellas durante la defensa del anciano ante el ataque de su agresor. En estos casos es frecuente que estas lesiones sean de muy poca intensidad, debido a la desproporción de fuerzas entre víctima y agresor. También hay que tener en cuenta que puede darse el caso que el propio anciano presente conductas violentas sobre su cuidador, frecuentes en enfermedades como algunos tipos de demencia, provocándole lesiones y, a su vez, siendo el desencadenante de la agresión del cuidador hacia el anciano (13).

La petición de la valoración psíquica es muy frecuente, tanto para la evaluación de las bases psicobiológicas de la imputabilidad como para determinar el estado mental del sujeto, algo que también suele producirse inmediatamente tras la denuncia en el Juzgado de Guardia. En los casos de maltrato intrafamiliar no es raro que existan diferentes problemas, como trastornos mentales del agresor o que consuma drogas de abuso, especialmente alcohol, que actúen como detonante o agravante de la situación de violencia (8, 20, 21). La depresión es el principal factor de riesgo en estos casos y suele verse favorecida por el estrés que le supone al agresor el cuidado de su familiar, llegando a producirse un síndrome de *burnout*, es decir, encontrándose quemado por la situación (13).

CONCLUSIONES

El abuso sobre el anciano es uno de los principales problemas de nuestra sociedad actual y uno de los menos estudiados, a diferencia de otras formas de violencia intrafamiliar.

En este caso existe una gran carencia de datos que den una idea del alcance real del problema, algo que no sucede con otros tipos de violencia intrafamiliar, como la violencia de género o el maltrato infantil, en los que es sabido que existe una cifra oculta de casos, pero sí se manejan estadísticas oficiales de denuncias y de condenas. Ello se debe a que, en nuestro país, existen recursos judiciales dedicados concretamente a estos episodios, como los juzgados de violencia de género o de menores, así como observatorios nacionales que estudian estos delitos de forma exclusiva.

Sin embargo, los recursos son escasos en el caso de la violencia hacia los ancianos. Teniendo en cuenta, por un lado, que es un fenómeno de iceberg, con una importantísima cifra oculta, y por otro, que posee la misma característica que la violencia de género, en cuanto a su tendencia a mantenerse en lo íntimo, que llevó a plantearse la adopción de medidas integrales en su contra, cabe preguntarse si, por tanto, no debería seguir el mismo camino, recibiendo la necesaria atención y recursos para su combate.

Es conocido que se están empezando a probar algunos protocolos para la detección del maltrato en personas mayores en el ámbito sanitario, por ejemplo, en el País Vasco se está probando un nuevo protocolo desde mayo de este mismo año (22).

También es conocida la importancia de los apoyos sociales e institucionales en relación con los abusos sobre los ancianos, de forma que pueden convertirse en un factor protector ante estas situaciones (23, 24).

Sin embargo, no puede olvidarse que nos encontramos muy lejos de conseguir afrontar el problema adecuadamente para poder atajarlo, pues las armas de las que disponemos hoy en día son escasas. Desde el ámbito médico es imprescindible que mejore la formación para ayudar a detectar el problema y ponerlo en conocimiento de las autoridades pertinentes, así como para la valoración del mismo a posteriori.

En este sentido, la correcta realización del parte de lesiones es un elemento necesario para afrontar este tipo de violencia, pues es fundamental detectarlo y sacarlo de su coerción en el contexto intrafamiliar, llevándolo a un ámbito público, aunque la propia víctima se niegue a ello. Sin este precepto es muy difícil conseguir la protección del anciano maltratado.

El informe pericial no tiene menos importancia para afrontar la violencia contra el anciano, ya que de una correcta valoración, tanto de la víctima como del agresor, podrán extraerse conclusiones sobre los factores de riesgo que condicionan esta violencia, así como de las consecuencias que tiene, ayudando, así, a la Justicia a afrontar este reto.

Finalmente, es preciso reclamar la necesaria intervención de las autoridades gubernamentales en esta problemática, pues se prevé necesaria una mejor legislación sobre este problema, así como la dotación de recursos a los profesionales que se enfrentan al problema a diario. También la creación de cuerpos o instituciones que estudien sistemáticamente este tipo de violencia y puedan aportar datos más realistas sobre el verdadero alcance de la misma.

No hay que olvidar que puede considerarse que una forma de maltrato al anciano es el institucional, viéndose

desprotegidos por las mismas autoridades que deberían protegerles. No se debe permitir que la pasividad de toda la sociedad ante este problema sea un elemento principal para su perpetuación y agravamiento.

REFERENCIAS

1. Bazo M. Incidencia y prevalencia del maltrato a los mayores. En: El maltrato de las personas mayores. Instituto Vasco de Criminología. 2006: 39-59.
2. De Paul J, Larión JL. El maltrato a los mayores. Algunas cuestiones generales. En: El maltrato de las personas mayores. Instituto Vasco de Criminología. 2006: 11- 21.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2002; 37 (6): 332-333.
4. Kessel H, Marín N, Maturana N. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 1996; 31 (6): 367-372.
5. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. El maltrato de los ancianos. Disponible en: www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/
6. Iborra I. Violencia contra las personas mayores. Barcelona, Ariel, Colección Estudios sobre Violencia, nº 11, Valencia, centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia. 2005.
7. De Miguel A. Maltrato de los ancianos en el ámbito familiar. En: Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales. Granada. Ed. Comares.
8. Iborra I. Factores de riesgo en el maltrato de personas mayores en la familia en la población española. Zerbitzuan, 2009; 45 (enero-junio): 49-57.
9. Moya A, Barbero J. Malos tratos en personas mayores: marco ético. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2003; 38: 177-85.
10. Ruiz A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M, Requesens N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Atención Primaria. 2001; 27: 331-4.
11. Bazo M. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2001; 36: 8-14.
12. Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereñiguez JE, Pérez-flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2009; 49: 132-137.
13. Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Valencia. 2008. Centro Reina Sofía, serie Documentos, 14. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Ficheros_Maltrato_personas_mayores.pdf
14. Moya A, Barbero, J. Malos tratos en personas mayores: guía de actuación. Madrid, 2005. IMSERSO.
15. Fernández M. C., Herrero, S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde a atención primaria (II). Atención Primaria, 2006; 37 (2): 113-115.
16. De Francisco M. L., Solano M. A. Valoración médico forense del maltrato intrafamiliar a ancianos en la subdirección de Bizkaia del Instituto Vasco de Medicina Legal durante el trienio 2009-2011. Cuadernos de Medicina Forense, 2012; 18 (3-4): 119-126.
17. Código Penal (LO 10/1995, de 23 de noviembre). Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
18. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. American Family Physician, 2014; 89 (6): 453-60.
19. Ley de Enjuiciamiento Criminal (RD de 14 de septiembre de 1982). Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1882/260/R00803-00085.pdf>
20. Fernández MC, Buitrago F, Ciurana R, Bentata L, García J, Montón C, Redondo M. J., Tizón J. Malos tratos a los ancianos. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. Protocolo PAPPs. Atención Primaria, 2007; 39 Supl 3: 88-108.
21. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of Elder abuse: a random simple survey. Gerontologist, 1988; 28: 51-57.

22. Elorza A. (2014, Mayo 5). El Gobierno probará un protocolo contra el maltrato de mayores. El País. Obtenido el 15 de julio de 2014 desde: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/05/05/paisvasco/1399291400_669271.html

23. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, Ioannidi-Kapolou E, Barros H, Macassa G, Soares JF. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. PLoS One, 2013; 30, 8 (1): e54856. Epub 2013 Jan 30.

24. Reader T, Gillespie A. Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. BMC Health Services Research, 2013; 13: 156.