

REVISIÓN

ABUSOS Y MALOS TRATOS A LAS PERSONAS MAYORES

ELDER ABUSE AND MISTREATMENT

José Manuel Ribera Casado¹; Montserrat Lázaro del Nogal²¹Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Gerontología y Geriátrica
Catedrático Emérito de Geriátrica (UCM)²Profª. Asociada Facultad de Medicina (UCM). Vocal de la Comisión contra la Violencia. Hospital Clínico San Carlos. Madrid**Palabras clave:**Abusos;
Negligencias;
Maltrato económico;
Fraudes;
Maltrato psicológico;
Maltrato físico;
Abuso sexual.**Keywords:**Abuse;
Negligence;
Financial abuse;
Frauds;
Psychological abuse;
Physical aggression;
Sexual aggression.**Resumen**

Se presentan y comentan los principales problemas derivados de los abusos, malos tratos y negligencias sobre la población de más edad, con especial énfasis en nuestro país donde el problema, siempre difícil de cuantificar, podría alcanzar al 10-20% de este grupo etario. El objetivo es poner el foco sobre el tema ante profesionales y sociedad, llamar la atención acerca de su magnitud y trascendencia, destacar algunos de los puntos más relevantes en relación con este fenómeno e invitar a todos a la reflexión en orden a poder incorporar actitudes que contribuyan a minimizarla. Se ofrecen datos de la literatura y se analizan los abusos y malos tratos económicos, psicológicos y físicos, sus formas de manifestarse, factores de riesgo y perfiles de maltratador y víctima. Por último, se sugieren posibles vías de actuación ante estas situaciones.

Abstract

With this paper authors offer a description of the main problems derived of abuse, mistreatment and negligence produced over elderly people. It is difficult to know the magnitude of the problem, but data suggests that about 10-20% of elders could be victims of this situation. Our aim is to do a call to professionals and society in order to take into account this question, and to look for ways that minimize it. We present data from medical and social publications, and we analyse the different situation of abuse, mistreatment and negligence in financial, psychological, and physical fields, its manifestations and consequences, as well as its risk factors and the profile of victims and aggressors. We offer some suggestions about the ways to procedure in these cases.

INTRODUCCIÓN

Los malos tratos y los abusos al anciano, en cualquiera de sus formas, son un fenómeno tan frecuente como poco difundido. Representan una forma de discriminación por edad apenas denunciada y se focalizan en un segmento de población muy indefenso. Ser dependiente constituye uno de sus factores de riesgo más importantes. Se trata de un problema ignorado no sólo por el conjunto de la sociedad, sino también, en gran medida, por los profesionales de la atención al anciano. Incluso, con frecuencia, es asumido por los interesados como inevitable. Una lacra menos conocida, valorada y denunciada que la correspondiente a otros colectivos, víctimas también de abusos, maltrato y discriminación por razones de género, raza, religión o situación social (1, 2)

Hasta el último cuarto del pasado siglo apenas se ha prestado atención a esta cuestión en la literatura médica o jurídica de ningún país. En España el interés se inició en la década de los 90 y, en seguida, comprometió a profesionales y a instituciones como la Sociedad

Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) o el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Muy pronto dio lugar a un número relativamente amplio de estudios y publicaciones (3-16).

Nuestro objetivo es poner el foco sobre este tema ante sociedad y profesionales, llamar la atención acerca de su magnitud y trascendencia, destacar algunos de los puntos más relevantes en relación con este fenómeno e invitar a todos a la reflexión en orden a poder incorporar actitudes que contribuyan a minimizar el problema.

1.- CONCEPTOS. ¿DE QUÉ HABLAMOS?

El diccionario de la RAE define la palabra “abuso” como el “uso o aprovechamiento excesivo o indebido de algo o de alguien en perjuicio propio o ajeno”. Por “abuso de confianza” cabría entender “el mal uso que uno hace de la confianza que le ha sido depositada”.

Autor para la correspondencia

José Manuel Ribera Casado

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.: +34 91 159 47 34 | E-Mail: jribrea.hcsc@salud.madrid.org

Encontrar una definición adecuada del maltrato al anciano ha sido más laborioso. El *National Center of Elder Abuse* lo definió en los años noventa como “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido de forma subjetiva”.

Poco desde la Declaración de Toronto, en la que participó la Organización Mundial de la Salud, matizaba algo más y establecía que “el maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza que produzca daño o angustia a una persona anciana”. Añadía que “puede ser de varios tipos: físico, psicológico-emocional, sexual, financiero o, simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión” (17). Definiciones posteriores por parte de organismos internacionales, comisiones o grupos de trabajo siempre se han establecido sobre la que acabamos de citar.

Por negligencia se entiende el “fallo de la persona responsable del cuidado para responder de manera adecuada a las necesidades que requiere la persona anciana”. El término necesidad se aplica en relación al alimento, al vestido, la habitación, las relaciones afectivas, la libertad frente al acoso o las amenazas de violencia, así como en los aspectos básicos de la vida cotidiana. Es la forma más común de abuso y maltrato. Puede ser intencionada o no. Las negligencias más habituales son los “olvidos” a la hora de prestar atención en la limpieza personal o del entorno, la alimentación y la administración y control de la medicación. En base a lo anterior se puede hablar de maltrato doméstico o de maltrato profesional.

Existen muchos tipos de maltrato. Los más habituales y estudiados son el económico, que, obviamente, incluye el robo directo, pero que, con mayor frecuencia, puede referirse al uso no apropiado o fraudulento de dinero o bienes de la víctima; el psicológico que, como veremos, se manifiesta, entre otras formas, a través de insultos, rechazo activo, aislamiento o diversas formas de abandono; y el físico, que incorpora cualquier acción, no accidental, que provoque o pueda provocar daño físico o enfermedad en el anciano. Una variante de este último sería el sexual: acoso que implica tocamiento, agresión verbal, violación, etc.

Otra forma de maltrato de la que hoy no nos vamos a ocupar es la llamada “sumisión química”, que se produce a través de agentes químicos o farmacológicos con la intención de manipular la voluntad del anciano o modificar su comportamiento con fines delictivos. Normalmente se recurre a sustancias psicoactivas que evitan que la víctima se encuentre en condiciones de prestar su consentimiento legal o de presentar resistencia a su atacante (18).

2.- ALGUNOS DATOS

Nos encontramos ante un problema global muy difícil de cuantificar. En todo caso se trata de una situación muy habitual (19), mucho más frecuente de lo que se piensa y, sobre todo, de una magnitud que rebasa en mucho los números que aparecen en los registros por haber sido denunciados. La OMS estima que el 15.7% de la población mundial mayor de 60 años ha sido víctima de alguna forma de abuso (WHO. En http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en). Algún metanálisis reciente sugiere que los países con menor prevalencia son aquellos donde se iniciaron este tipo de estudios, los Estados Unidos y, sobre todo, Canadá. De acuerdo con esta fuente el fenómeno parece más habitual en lugares como Nigeria y en buena parte de los países del continente asiático (20).

Una revisión sistemática a partir de 50 estudios seleccionados publicados en varios idiomas de abusos autorreferidos por parte de personas mayores de 60 años que viven en el mundo comunitario, destaca que 1 de cada 6 personas es víctima de abuso (14.1%). El abuso psicológico aparecería en el 11.8% de los casos, las negligencias en el 4.1%, los económicos en el 3.8%, el sexual en el 2.2% y otras formas de abuso físico en el 1.9% (21).

La denuncia es poco habitual. No existe un hábito establecido y el hecho de que muchas de las agresiones provengan de un medio muy próximo a la víctima lo hace todavía más difícil. Según un estudio de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) en España sólo se notifica uno de cada 24 casos de maltrato y abuso a personas mayores. Añadían que, en la mayor parte de los casos, el colectivo no sabe cómo denunciarlo (22). Un estudio llevado a cabo entre sus miembros por SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos Generalistas) que recoge la experiencia de más de un año señala que en más del 10% de los pacientes mayores de 65 años había sospecha de malos tratos (23).

Una vía indirecta de aproximación para cuantificar el problema puede ser el análisis de las sentencias judiciales. Una tesis doctoral de la Universidad Autónoma de Barcelona (24) analizó las sentencias de las Audiencias Provinciales españolas relacionadas con maltrato a ancianos producidas entre los años 2000 y 2013, a partir de la base de datos del Consejo General del Poder Judicial. Se revisaron 5649 sentencias. Cumplían los criterios (edad >65 a. y determinadas palabras clave en relación con el tema) un total de 338. Destacan entre sus resultados que el acto enjuiciado más frecuente era encuadrable en el epígrafe de delitos: 120 (40%), de los que 65 (21.7% del total) lo eran contra el patrimonio. Se tipificaron como faltas 89 casos (26.3%).

Otros datos de este trabajo señalaban que se produjo una resolución condenatoria en el 85% de los casos y absoluta en el 15%. La edad media de las víctimas fue de 80 años y eran mujeres el 78%. El 23% de los ancianos presentaban alguna forma de patología mental. Por su parte la edad media del maltratador

era de 44 años. Eran varones el 71%, familiar directo de la víctima el 35% y conocidos no familiares el 33%. El lugar correspondía al domicilio de la víctima en el 67% de los casos. En el 20% la agresión había tenido lugar en la vía pública y en el 13% en algún tipo de institución (residencias, hospitales).

La negligencia era el tipo de delito mayoritario (64.2%). Las lesiones llegaban al 11%, Entre los delitos económicos el 25% eran estafas. Las agresiones sexuales representaban el 3%. Los abuso físico guardaban relación con la menor edad del maltratador (p: 0.0001), el sexo masculino (p: 0.0001) y la existencia de una relación de parentesco (p: 0.0001), mientras que el abuso psicológico se relacionaba con el parentesco (p: 0.0001) y con el hecho de haber tenido lugar en el domicilio (p: 0.0001).

En otra tesis doctoral se analiza la prevalencia de maltrato físico a partir de los ingresos por fractura de cadera en mayores de 70 años producidos durante doce meses en el servicio de traumatología de un hospital terciario. Del total de 392 casos (72% mujeres) en un 12% había sospecha de malos tratos previos (25).

Una publicación española detecta 172 casos de malos tratos registrados en un servicio de urgencia hospitalario durante 3 años. Compara mayores y menores de 65 años y concluye que: 1) La urgencia médica es quizás el lugar más adecuado para detectar el problema. 2) Existe historia de violencia previa en más de la mitad de casos en ambos grupos de edad. 3) el retrato robot de la víctima muestra una mujer anciana, con importante deterioro físico y cognitivo. 4) El abuso económico y la negligencia son más frecuentes en la población anciana. 5) Fallecen al cabo de un año más de un tercio de los pacientes ancianos víctimas de malos tratos y 6) El registro hospitalario es básico para la detección y el seguimiento del maltrato en el anciano (26).

3.- ABUSOS Y MALOS TRATOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

Al igual que en otras formas de abusos y malos tratos cabe aquí también distinguir entre aquellos que tienen lugar en un plano individual y los que ocurren a nivel institucional. Entre los primeros se encuentran la utilización no consentida (o no consensuada) de los recursos materiales del anciano (domicilio, propiedades de todo tipo, etc), la utilización no consentida (o no consensuada) de su dinero (pensiones, cuantías bancarias, etc.), los abuso de confianza por parte de entidades financieras e incluso, directamente los fraudes y estafas bancarias.

En el plano que podríamos considerar de las instituciones los ejemplos son infinitos. Uno muy común es responsabilizar (culpabilizar) al colectivo de más edad de las sucesivas crisis económicas del país, basándose en el costo que suponen las pensiones, en el gasto farmacéutico elevado que genera este colectivo o en cuestiones similares. Titulares de prensa agresivos como “Crisis y envejecimiento, principales ame-

nazas del SNS, según expertos en gestión” (“Médicos y pacientes”. OMC 26.IX.2016) son relativamente frecuentes tanto en la prensa general como en la especializada.

Otros ejemplos ligados a las administraciones tienen que ver con el copago de los medicamentos, algo directamente relacionado con la edad, puesto que son los ancianos quienes los consumen de forma mayoritaria, con la exigencia abusiva de visados administrativos para adquirir determinados productos médicos (fármacos, prótesis, etc.) o con el afortunadamente fallido intento de cobrar un euro por receta.

El anciano constituye una víctima ideal para las estafas financieras, algo que tiene una repercusión indudable sobre su calidad de vida e incluso sobre su salud. Un trabajo llevado a cabo en nuestro país encuestaba a 188 víctimas de las llamadas “preferentes” o de las “hipotecas multidivisas”. La edad media de la muestra era de 66 años. Como población control equivalente para poder establecer comparaciones se recurrió a la Encuesta Nacional de Salud que publica el Instituto Nacional de Estadística cada varios años con preguntas comunes a las de dicha encuesta. Los resultados pusieron en evidencia con diferencias muy significativas que los “estafados” tenían una peor calidad de vida subjetiva, tasas más altas de depresión y ansiedad, trastornos de todo tipo muy frecuentes, intensos y variados, y, sobre todo, alteraciones muy importantes en relación con la cantidad y calidad del sueño (27).

En la misma línea, la última Encuesta de Salud de la Ciudad de Madrid incorpora algunas preguntas que permiten comparar a los sujetos víctimas de este tipo de estafa con aquellos del mismo sexo y edad que no lo habían sido. El análisis centrado en la calidad de vida y en la salud mental, muestra diferencias muy importantes en ambos parámetros en contra de la población estafada (28).

Una revisión reciente bien elaborada informa y se pregunta las razones que pueden determinar que este colectivo sea especialmente vulnerable ante conductas fraudulentas. Revisa la literatura de los últimos años y pone el énfasis en los factores de riesgo. Entre ellos cita el bajo nivel cultural, el deterioro cognitivo, el aislamiento, la confianza en el entorno y en la población encargada de orientar sus finanzas y el deseo de una vejez tranquila. Sugiere algunas formas de prevención y de atención a las víctimas (29)

Cabría preguntarse si la jubilación obligatoria no constituye una forma más de maltrato económico. En España este evento tiene lugar mayoritariamente a los 65 años. La misma edad fijada hace un siglo cuando aparecieron las primeras disposiciones al respecto. Los cambios de todo tipo en estos cien años han sido enormes. Afectan a la demografía. La esperanza de vida al nacer se ha duplicado; se ha multiplicado por cuatro la proporción de sujetos que superan los 65 años que, a día de hoy, se aproxima al 20% siendo así que hace un siglo estaba por debajo del 5%. Pero es que, además, son completamente diferentes las condiciones físicas, mentales y laborales, así como los tipos de trabajo y las capacidades de los

individuos que alcanzan esa edad. Lo son, también, las posibilidades tecnológicas que ofrece la sociedad. A todo ello habría que añadir las dificultades administrativas que se le plantean a la persona mayor para poder seguir manteniendo algún tipo de trabajo remunerado después de la jubilación.

4.- ABUSOS Y MALOS TRATOS PSICOLÓGICOS

En el plano individual la expresión más común de abusos psicológicos -o emocionales como también se les llama- es en forma de negligencias. Tienen lugar, sobre todo, en el trato diario domiciliario o institucional y suelen estar protagonizados por personas muy próximas al anciano, familiares o cuidadores. Entre los ejemplos más reiterados se pueden citar los insultos, las malas caras, los desprecios y menosprecios, los llamados silencios ofensivos, la omisión de cuidados, las amenazas, las críticas reiteradas e incluso las diversas formas de abandono.

Existen indicadores de sospecha para el abuso psicológico individual que debieran ponernos sobre aviso. Entre ellos, por parte de la víctima, la existencia de depresión, confusión o desorientación de difícil interpretación, la agitación emocional, la ansiedad o las ideas autolíticas. Por parte del eventual agresor las actitudes de extrema cautela, la imposición de aislamiento físico y/o social y las amenazas de abandono o de institucionalización. También su agitación emocional o la ansiedad, la hipervigilancia, las evasivas o la vacilación para hablar directamente

Una encuesta realizada en España en 2013 sobre discriminación por edad entre 176 profesionales de la atención al anciano (socios de la SEGG), puede orientar acerca de lo que piensan los expertos en la materia en relación con este punto. La edad media de los encuestados era de 45.4 años. El 63% eran mujeres, el 59% médicos, psicólogos el 19% y otros profesionales el 22%. Merece destacarse que la experiencia laboral media de la población encuestada en su trabajo con personas mayores era de 17.2 años

Entre los resultados destaca que un 83% de los encuestados afirmaba que es frecuente tratar a la persona mayor como si fuera un objeto (p.ej. cuando se le ducha, moviliza, o “es aparcada” en la espera de un ascensor). Un 82% considera que al hablar con y de las personas mayores se emplean términos inadecuados (p. ej., “abuelo/a”). Un 71% que al dispensar diversos servicios a menudo se muestra falta de respeto en el trato (p. ej., el tuteo). Opinaban que se realizan comentarios inapropiados cuando se lleva a cabo el aseo de personas mayores hospitalizadas un 62%. Todos estos datos expresan una opinión muy extendida por parte de los encuestados acerca de lo que cabe considerar como abusos psicológicos basados en la edad (30, 31)

La percepción del propio anciano a este respecto tampoco es muy positiva. La Unión Democrática de Pensionistas llevó a cabo una encuesta telefónica a 409 personas mayores de 65 años en el ámbito estatal (32).

El 33% señalaba que el médico atribuía sus males a “cosas de la edad”; entre un 10 y un 20% se consideraban víctimas de falta de consideración, menosprecio o “estigmatización” por la edad. Se quejaban de chistes con burlas de la persona mayor un 14%, de lenguaje despectivo (viejo, vejete, abuelo) el 11%, de intento de engaño en un banco en base a su edad avanzada el 8.6% y de “infantilización” en el trato el 8.3%

Para algunos psicólogos (Fiske) la persona mayor constituye un estereotipo social de “baja competencia y alta afabilidad”. Algo así se desprende de determinados anuncios televisivos (una forma de maltrato institucional nada inocente, muy representativa del sentir social) que periódicamente salpican nuestras pantallas. Recordaremos dos de ellos. En el primero (2017), referido a una determinada marca de embutidos, un niño de 8-10 años amenaza con que si no le dan los maravillosos productos anunciados llevará a sus padres y abuelos a una residencia. Peor fue, por provenir de una instancia oficial, el anuncio de la lotería de Navidad-2016. Aparece una mujer con aire bobalición, vestida y arreglada de acuerdo con cánones de moda del siglo XIX, marginal y marginada, que no se entera de nada y que depende de los hijos para saber que su billete premiado corresponde a otro año. Eso sí, afable, bondadosa y generosa y a la que es mejor no hacer mucho caso y permitir que viva en su error.

5.- MALOS TRATOS Y ABUSOS FÍSICOS

Los malos tratos físicos en el plano individual engloban muchas modalidades, desde las agresiones directas a las quemaduras con colillas, alimentos u otros objetos a elevadas temperaturas. Incluyen los abandonos y también los asaltos sexuales, aunque, al tratar estos temas en la literatura, no es raro diferenciar un capítulo específico con esta variedad de agresión. También los accidentes provocados, incluyendo en ellos las caídas y las intoxicaciones por alimentos o por fármacos. La denuncia de estos hechos en los medios de comunicación es excepcional y sólo suele producirse en los casos más escandalosos o sensacionalistas con la existencia de muertes de por medio.

Una revisión retrospectiva de 4 años acerca de los abusos detectados en un servicio de urgencia de un hospital terciario encuentra 136 casos de violencia física en mayores de 65 años, de los que 74 eran mujeres. Lo más habitual había sido la agresión directa (63%). Los autores consideran que estas cifras representan una proporción muy baja en relación con la realidad por los recelos del anciano para denunciarlo e incluso para acudir a un hospital en busca de ayuda (33).

Otro trabajo llevado a cabo a partir de la base de datos de la policía francesa comparaba 130 casos de agresión sexual a personas mayores de 65 años con 1699 ocurridos en el mismo periodo de tiempo a sujetos de entre 18 y 45 años. Entre sus conclusiones destaca que las agresiones contra el grupo de más edad son más violentas y tienen lugar con mayor frecuencia en el domicilio de la víctima (34)

La violencia de género también se expresa en este grupo etario. Son especialmente susceptibles a las agresiones sexuales aquellas mujeres con algún grado de deterioro cognitivo. En la mayor parte de los países existe una ausencia de protocolos de actuación. Las residencias de ancianos representan una ubicación especialmente sensible (35). Las mujeres mayores son consideradas con frecuencia por sus agresores como carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión.

El catálogo de malos tratos en base a la edad en el mundo de la salud es muy extenso, afecta a todas las especialidades médicas y quirúrgicas y, prácticamente, a cualquier forma de ejercicio médico. Se trata de algo que cabe englobar dentro del maltrato físico pero también como una forma de maltrato institucional. Físico por sus repercusiones sobre la salud individual y colectiva. Institucional por proceder muchas veces de instancias que rebasan el mero marco personal. A veces incluso aparece protocolizado, al menos inicialmente, y viene soportado por la autoridad de sociedades científicas o administraciones públicas. Además de ser una forma inequívoca de maltrato institucional supone una clara expresión de discriminación por edad (36).

Las formas de manifestarse este tipo de malos tratos son múltiples y variadas. Entre ellas una interpretación más laxa por parte de profesionales y administraciones de los programas de prevención en salud, peor aplicación de los protocolos diagnósticos y de los programas consensuados de intervención terapéutica en la práctica totalidad de las especialidades. Como ejemplo de desprecio hacia el colectivo en las medidas generales de prevención cabe recordar la denuncia aparecida hace ya años en una publicación tan relevante como el *British Medical Journal* por la exclusión de la población de más edad en los programas de lucha contra el tabaquismo de su país (37).

Un ejemplo significativo de maltrato médico repetidamente denunciado en la literatura profesional la constituye el manejo del síndrome coronario agudo, una situación con protocolos de actuación bien establecidos y prácticamente comunes en todos los países con un cierto nivel de desarrollo. Existe una evidencia no discutible de que a medida que aumenta la edad del paciente se tarda más en llevarle al hospital, se aplican peor los protocolos diagnósticos, se cuestiona con mayor frecuencia su ingreso en las unidades coronarias, se aplican peor los protocolos terapéuticos (revascularización, fármacos, ...) y se hace un seguimiento menos riguroso. La literatura al respecto es abrumadora. Recogemos aquí tan sólo un editorial reciente de la revista española más prestigiosa en el campo de la cardiología (38).

En 2017 la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía difundía un "Protocolo de atención y traslado urgente en el ataque cerebral agudo (Ictus agudo)". El documento, bastante razonable, pretendía expresamente mejorar la atención inmediata ante este tipo de problema, muy común entre las personas de edad avanzada. La cuestión se planteaba sobre su aplicación. El texto preguntaba de forma explícita "¿Cuándo activar el código ICTUS?". La respuesta establecía

como indispensables tener menos de 80 años (!!!) y ser independiente para las actividades de la vida diaria.

El tercer y último ejemplo que comentamos viene desde la nefrología. El presidente de la Sociedad Internacional de Nefrología escribía hace unos años que "... resulta una ironía que aquellos pacientes que fueron en un principio específicamente excluidos de la diálisis, los ancianos, sean ahora el grupo de población que más rápidamente ha crecido a la hora de incorporarse a esta técnica" (39). Existen infinitas situaciones equivalentes no sólo en las especialidades mencionadas sino en cualquier otra, tanto se trate de una especialidad médica: oncología, neurología, hematología, etc., como quirúrgica.

6.- PERFILES Y FACTORES DE RIESGO

Algunos indicadores que puedan sugerir la existencia de abusos y malos tratos, así como los factores de riesgo que hacen más probable su aparición han sido apuntados con anterioridad. En gran parte unos y otros -abusos y perfil de riesgo- suelen ser comunes sea cual fuere el tipo de agresión que se analice. Conviene insistir en ellos.

Entre los indicadores de maltrato físico cabe recordar las heridas de difícil explicación, la presencia de contusiones más aún si son reiteradas, las laceraciones en diferentes estadios, las quemaduras, las fracturas o luxaciones poco explicables, los hematomas, las marcas de sujeción, las sobredosis o infradosis farmacológicas (en ocasiones puede ser obligado determinar los niveles séricos de fármacos), las lesiones en el cuero cabelludo, la agudización inexplicable de procesos crónicos, los retrasos entre el momento de producirse la lesión y la demanda de asistencia, las explicaciones extrañas o contradictorias y los síntomas o signos de abuso sexual.

Como indicadores de negligencia física se consideran la observación de signos de malnutrición y/o deshidratación hipernatrémica, la mala higiene corporal o bucal, la ropa inadecuada para el tiempo y el lugar, la historia de caídas repetidas, las gafas o audífonos rotos o ausentes siendo necesarios, la existencia de contracturas articulares o la presencia de úlceras por presión descuidadas.

Se conocen numerosos factores de riesgo que pueden afectar a la víctima de maltrato físico. Además de las situaciones de dependencia y de la presencia de algún grado de deterioro cognitivo, cabe añadir la edad muy avanzada, el hecho de ser mujer, el deterioro funcional, la convivencia en el mismo domicilio que el cuidador, el aislamiento social, un ambiente familiar perturbado, la dificultad de acceso a los recursos médicos o sociales y la renta baja.

Algunos de los rasgos que pueden ayudar a componer el perfil del responsable de la agresión pueden ser: el hecho de ser familiar de la víctima (hijo/a, esposo/a), no aceptar el papel de cuidador, la dependencia económica del anciano, las muestras de pérdida de con-

trol, las situaciones de estrés ambiental o personal, la existencia de una enfermedad psiquiátrica establecida, la reincidencia, la crueldad deliberada, las ideas de represalia o de venganza, y, con mucha frecuencia, el deseo de explotación de los bienes de la víctima, etc.

Se han sugerido algunos perfiles específicos para poder dibujar mejor la figura del responsable del maltrato. Entre ellos a) LOS HOSTILES: aquellos con la sensación de haber recibido maltrato previo por parte del anciano. En muchos casos han asumido por obligación la función de cuidador; b) LOS AUTORITARIOS: personas intransigentes con las incapacidades del anciano, que tienden a adoptar la rigidez que, con frecuencia, éste les mostró desde niños; c) LOS DEPENDIENTES: inmaduros, en general solteros o separados; con una posición social inferior a sus expectativas y una economía dependiente del anciano. Son los que peor asumen la propia responsabilidad en el maltrato.

El perfil o retrato robot de la víctima se desprende de lo que llevamos dicho. Lo más habitual es que se trate de una mujer mayor de 75 años con, importante deterioro funcional y psíquico, dependiente de su cuidador. En general son personas portadoras de problemas y de conductas anómalas, que conviven con un familiar, que es, además, su principal cuidador y suelen presentar antecedentes previos de lesiones recurrentes.

7.- ¿CÓMO ACTUAR?

Lo primero que hay que reiterar en este apartado es que los profesionales sanitarios desarrollamos en este campo con mayor frecuencia de la deseada una especie de ignorancia culposa, cuando no miramos directamente hacia otro lado. Una encuesta llevada a cabo en dos hospitales universitarios italianos con profesionales de medicina interna y geriatría ahonda en esta cuestión. Entre las respuestas destaca que un 40% de los médicos y 37% de enfermeras estiman que la negligencia no constituye una forma de abuso. Además, el 47% de los encuestados consideran que no saben como denunciarlo o tratarlo. Las enfermeras consideran en mayor medida que los médicos haber sospechado o haber presenciado un abuso, pero, peor aún, en ningún caso ni unos ni otras lo denunciaron (40).

A partir de ahí los marcos de actuación pueden y deben ser múltiples. Uno de ellos sería el que tiene que ver con los medios de comunicación, tanto con los dirigidos a los profesionales como los de carácter general. También mejorar la formación de los profesionales. El boletín de la Sociedad Británica de Geriatría insistió recientemente en este punto (41) y promocionaba el movimiento AEA (*"Action on elder abuse"*). Los dos objetivos preferentes de AEA son la formación profesional a través de la elaboración y distribución de material educativo y la llamada a los médicos para investigar en la clínica del día a día en campos clínicos especialmente sensibles y que les resultan próximos, como pueden ser las úlceras de presión, las heridas, la malnutrición, las finanzas o la detección de los abusos sexuales.

En la misma línea, al igual que la británica, deben insistir otras muchas sociedades científicas involucradas en el tema, bien lo sean desde la geriatría y gerontología, desde el mundo residencial, las urgencias hospitalarias, la atención primaria, los grupos de bioética o desde las administraciones relacionadas con las personas mayores. La SEGG hace ya tiempo que estableció unas guías de actuación a este respecto (12). También el IMSERSO (14) se ha ocupado y se ocupa del tema de forma recurrente con simposios y publicaciones y son habituales las comunicaciones en congresos y simposios de la propia SEGG (42-44). Realizar estudios como los que pide la AEA que contribuyan a conocer la magnitud del problema o que recojan experiencias en la lucha contra el mismo es otra obligación de las sociedades científicas y de los profesionales.

La adopción de teléfonos u otros sistemas automáticos de ayuda, procedente del sector público o del privado, similares a los que existen en los casos de violencia de género, puede ser otra buena iniciativa ya en marcha en algunos ámbitos. La iniciativa privada, de forma aislada o en conexión con instituciones públicas, también funciona en este terreno a través de la denuncia de los casos sospechosos y de la elaboración de guías de actuación dirigidas al propio ámbito que contribuyan a paliar el problema (45). Los servicios sociales institucionales, a cualquier nivel, son otra fuente de información, detección, consejo y denuncia. Algunos de sus protocolos de actuación quedan recogidos en la tesis doctoral de la Dra. Sánchez Castellanos ya mencionada (25).

Los hospitales, sobre todo sus servicios de urgencia, son lugares especialmente adecuados para detectar este tipo de problemas. En el Hospital Clínico San Carlos se creó en el año 2006 una Comisión Contra la Violencia. Fruto de ello fue la elaboración y aprobación de un reglamento para sistematizar los trabajos de esta comisión, uno de cuyos apartados específicos estaba centrado en la población de más edad. Son trabajos que se enmarcan en el ya mencionado "Plan integral de Detección y seguimiento del maltrato en el anciano aplicable a las instituciones sanitarias" (45). Los objetivos específicos hablan de hacer protocolos, definir indicadores, diseñar un registro y de establecer un plan formativo.

Como norma y desde el punto de vista más inmediato, ante la más mínima sospecha los profesionales sanitarios debemos estar atentos para identificar los casos, efectuar una valoración geriátrica integral, aplicar alguno de los índices de valoración validados en la literatura, practicar un tratamiento adecuado a las consecuencias directas de la agresión, referir el problema a los servicios sociales y, si procede, denunciar la situación ante las autoridades judiciales.

Entre los puntos de consideración obligada se encuentra averiguar si la víctima niega o reconoce que se está produciendo el abuso, si presenta deterioro cognitivo, calibrar la severidad de los daños producidos y si estos pueden ser eventualmente letales, si se dispone de los recursos socio-comunitarios precisos y si se ha realizado ya alguna forma de intervención. La AMA (*American Medical Association*) sugiere cinco preguntas de cribado, a las que la *Canadian Task Force* añade otras cuatro más (Tabla 1) (46).

Tabla 1.- Cribado de malos tratos
PREGUNTAS PARA CRIBADO DE MALOS TRATOS
LA AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA) SUGIERE 5 PREGUNTAS
¿Alguien le ha hecho daño en casa?
¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?
¿Le han amenazado?
¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?
¿Alguien les ha puesto dificultades para que se pueda valer por usted mismo?
LA CANADIAN TASK FORCE SUGIERE AÑADIR OTRAS 4 PREGUNTAS
¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?
¿Alguien le coge cosas que le pertenecen sin su permiso?
¿Está solo a menudo?

En definitiva cabe señalar que solo a partir de un compromiso personal de todos y cada uno de los implicados y de la sociedad en general podremos contribuir a liberarnos de la enorme carga que representa para todos ese triste capítulo que conocemos bajo el epígrafe de abusos y malos tratos a las personas de mayor edad.

BIBLIOGRAFÍA

- Lachs MS, Pillemer KA.- Elder abuse. Lancet 2004; 364:1263-1272.
- Lachs MS, Pillemer KA.- Elder abuse. N Engl J Med 2015; 373:1947-1956.
- Marín N, Delgado M, Aguilar JL et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1991; 26: 40-46
- Lázaro del Nogal M.- Abuso y malos tratos en el anciano. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P (eds). Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas XI. Madrid. Edimsa. 1995: 155-173.
- Lázaro del Nogal M.- Abusos y agresiones sexuales en los ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1995, 30 (Supl 2): 43-47.
- Kessel H, Marín N, Maturana N, Castañeda L, Págeo MM, Larrión JL.- Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano Maltratado. Rev Esp Geriatr Gerontol 1996; 31:367-372.
- Lázaro del Nogal M.- El maltrato como urgencia geriátrica. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. Urgencias en Geriátrica. Clínicas geriátricas XIII. Madrid: Editores Médicos, 1997.
- Bazo MT.- Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36: 8-14.
- Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requesens Torrellas N.- Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. Atención Primaria 2001; 27: 331-334.
- Martínez Maroto A.- Malos tratos y personas mayores. Un enfoque jurídico. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38:129-131.
- Castellano Arroyo M.- Violencia en el medio familiar. En: Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 6ª edición. Masson SA. Barcelona, 2004. ISBN: 84-458-1415-X
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.- Vejez, Negligencia, Abuso y Maltrato. Ed. IMSERSO. Madrid. 2004
- Actas de los III y IV seminarios sobre "Malos tratos y abusos a personas mayores". Ed Unión Democrática de Pensionistas (UDP). Madrid. 2004.
- Moya A, Barbero J.- Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación. Ed. Ministerio de trabajo y asuntos sociales (IMSERSO). Madrid. 2005
- Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Peremínguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A.- Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: the extent and risk factors. Arch Gerontol Geriatr 2009; 49:132-137.
- Jürschik P, Viladrosa M, Botigué T, Lavedán A, Vena AB, Noguera T.- Prevalencia y factores asociados a sospecha de malos tratos en la unidad geriátrica del área de urgencias del hospital. Rev Esp Geriatr Gerontol 2013; 48:55-58.
- OMS, Universidades de Toronto y de Ryerson (Canadá), INPEA.- Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores.- Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37:332-333
- Santiago Sanz A. En nombre de la Comisión contra la violencia del HCSC.- Guía de detección clínica de la sumisión química. Madrid 2016 (ISBN: 978-84-608-7503-1). Pags:52.
- Pillemer K, Burnes D, Riffin C. et al.- Elder abuse: global situation. Gerontologist 2016; 56(S2):194-205.
- Van der Bréele AB, Dimachk M, Crandall M.- Elder abuse. Clin Geriatr Med 2019; 35:103-113.
- Yon Y, Michton Ch, Gassoumis ZD, Wilper KH.- The prevalence of self-reported elder abuse among older women in community settings: a systematic review and meta-analysis. Trauma, Violence, Abuse 2019; 20:245-259.
- CEOMA. Datos sobre maltrato a mayores. Entremayores. (Publicado el 10-10-2017).
- SEMERGEN.- Malos tratos a pacientes mayores. Médicos y Pacientes (22.octubre.2019).
- Colomé Pueyo G.- Malos tratos a las personas mayores. Sentencias judiciales en España Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Diciembre. 2018.
- Sánchez Castellano C.- Detección y clasificación

- del maltrato, la negligencia y el abuso en pacientes mayores. Propuesta de actuación preventiva. Tesis doctoral. UCM Madrid.2014
26. Lázaro del Nogal M, Fernández C, Serrano P, Santiago A, Villavicencio P, Martín T.- Detección y seguimiento de malos tratos en personas mayores en un hospital terciario: experiencia de 3 años. Rev Esp Geriatr Gerontol 2018; 53:15-18.
 27. Zunzunegui MV, Belanger E, Benmarhnia T, et al. Financial fraud and health: the case of Spain. Gac Sanit 2017; 31:313-319
 28. Sarriá E, Recio P, Rico A, et al.- Financial fraud, mental health, and quality of life. A study on the population of the city of Madrid (Spain). Int J Environ Res Public Health 2019. doi:org 103390/ijerph 16183276.
 29. Shao J, Zhang Q, Ren Y, Li X, Lin T.- Why are older adults victims of fraud? Current knowledge and prospects regarding older adults' vulnerability to fraud. Elder Abuse Negl. 2019; 31:225-243
 30. Ribera Casado JM, Bustillos A, Guerra Vaquero AI, Huici Casar C, Fernández Ballesteros R.- ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad?. Visión del profesional. Rev Esp Geriatr Gerontol 2016; 51:270-275
 31. Fernández Ballesteros R, Bustillos A, Huici Casal C, Ribera Casado JM.- Age Discrimination. *Eppur si muove* (Yet it moves). J Am Geriatr Soc 2016; 64:453-455.
 32. Unión Democrática de Pensionistas (UDP).- Encuesta publicada en la revista "Entremayores". Enero 2016.
 33. Altintop I, Tatli M.- Physical abuse of the elderly: a 4-year retrospective evaluation in the emergency department. Psychogeriatr 2019; 19:10-15.
 34. Chopin J, Beauregard E.- Elderly sexual abuse: an examination of the criminal event. Sex Abuse 2019 (23 abril); doi: 101177/1079063219843899.
 35. Smith D, Cunningham M, Willoughby, et al.- The epidemiology of sexual assault of older female nursing home residents, in Victoria Australia, between 2000 and 2015. Leg Med (Tokio) 2019; 36:89-95
 36. Ribera Casado JM.- La discriminación por edad: una lacra muy oculta. An Real Acad Nal Med 2016; CXXXIII:747-775.
 37. White C.- Older smokers are left out of antismoking policies. Br. Med J 1997; 315:1035.
 38. Sabaté M.- "No es país para viejos" con infarto agudo de miocardio y elevación del espacio ST. Rev Esp Cardiol 2017; 70:70-71.
 39. Moss AH.- Dialysis decisions and the elderly. Clin Geriatr Med 1994; 10:463-473
 40. Corbi G, Grattagliano I, Sabbà C, et al.- Elder abuse: perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals. Intern Emerg Med 2019; 14:549-555
 41. Harrington M.- Elder abuse: a call to action. BGS Newsletter 2019; 71:14.
 42. Serrano Cuesta P, Lázaro del Nogal M, Fernández Alonso C, Benito Garcia MA, Santiago Saez A, Martín Acero MT.- Sospecha de malos tratos en el anciano. Registro Hospitalario. Rev Esp Geriatr Gerontol 2014; 49 (supl congreso):140.
 43. Lázaro del Nogal M, Serrano Cuesta P, Fernández Alonso C, et al.- Plan integral de detección de malos tratos en el anciano en instituciones sanitarias: Experiencia de 3 años(2012-2014). Rev Esp Geriatr Gerontol 2015; 50(supl congreso):130.
 44. Fernández C, Lázaro M, Serrano P, et al.- Registro de casos de sospecha de malos tratos en el anciano detectados en la urgencia hospitalaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 2016; 51(supl congreso):169
 45. Fundación MAPFRE (dirección y coordinación Lázaro del Nogal M).- Manual de Detección y Seguimiento del Maltrato en instituciones Sanitarias. Editorial Diaz Santos. 2012. (ISBN: 978-84-9969-070-4) Pgs: 62
 46. Fernández Alonso C, Lázaro del Nogal M.- Cómo detectar malos tratos en ancianos. Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 2016; 23:459-462

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en la presente revisión.

Si desea citar nuestro artículo:

Ribera-Casado J. M.

Abusos y malos tratos a las personas mayores

ANALES RANM [Internet]. Real Academia Nacional de Medicina de España;

An RANM · Año 2019 · número 136 (03) · páginas 275–282

DOI: 10.32440/ar.2019.136.03.rev07
