

8. El maltrato a las personas mayores

8.1. Marco y situación actual

La baja natalidad y el aumento de esperanza de vida en nuestras sociedades no deja de crecer y con ello el número de personas mayores. Se calcula que en el año 2020 habrá más personas mayores de 65 años que niños, y en el año 2050 los mayores de 85 años sean el doble del número actual. Esta nueva ordenación demográfica de nuestra realidad va seguida de unos cambios muy evidentes en los itinerarios vitales de la gente, tanto en lo que respecta a sus necesidades como a sus demandas y expectativas. También el dibujo de las familias se ve alterado ante un nuevo marco social y su efecto se deja sentir en las relaciones de género, en la vivienda, en las opciones de ocio o en la movilidad.

En nuestro ámbito sociocultural los valores referidos al mayor en los últimos años han sufrido una profunda transformación, aparecen como un colectivo residual, unos seres en retirada, una carga inútil que no hay más remedio que soportar. Han pasado en poco tiempo de ocupar un papel protagonista en la dinámica familiar y social a otro irrelevante, indefinido y con escasa significación social. Resulta paradójico este comportamiento social con los mayores, cuando la inmensa mayoría aspiramos a la longevidad.

Es preciso poner freno a una situación que se torna cada vez más hostil hacia la figura del mayor y que se revela en la actualidad en forma de aislamiento, soledad, maltrato y abandono; y ordenar las cosas de una manera más lógica para que cuando las personas alcancen esas edades disfruten de una reconocida deferencia social donde nadie sea tratado como una zapatilla usada.

8.2. Concepto

El concepto, y los distintos tipos de maltrato en las personas mayores, se resumen en la **tabla 8.1**.

Es de destacar que el más frecuente es la negligencia, seguido del emocional, posteriormente el financiero, el físico, el abandono y, por último y más infrecuente, el sexual.

Tabla 8.1. Concepto y tipos de maltrato en las personas mayores

CONCEPTO	«Es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad o frecuencia para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/ o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución en la calidad de vida de la persona mayor». «Todo acto u omisión sufrido por persona de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo, que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad, instituciones)». <i>Declaración de Almería.</i>
	Tipos de maltrato
Abuso físico	Golpes, restricciones físicas, uso ilegal o innecesario de sujeciones, excesiva medicación.
Abuso sexual	Contacto sexual de cualquier clase sin consentimiento, hacer fotografías impúdicas sin consentimiento.
Negligencia	Falta de provisión de las necesidades básicas, en el aseo, alimentación, medicación...
Abandono	Desamparo del anciano por una persona que había asumido la responsabilidad de los cuidados. Incluye el abandono en las instituciones asistenciales, lugares públicos y vía pública.
Económico	Robo de dinero y propiedades, extorsión.
Médico	Referido a actitudes diagnósticas y terapéuticas debido a la edad y al coste. Atribuir síntomas a la edad, sin diagnóstico específico. Ignorar su presencia y hablar únicamente con el familiar que le acompaña.
Emocional	Falta de comunicación efectiva (p. ej., gritar sin saber la capacidad para sentir, etc.), desprecio, aislamiento, ignorancia, falta de provisión de estimulación psicológica, exposición a olores y ruidos desagradables.

8.3. Epidemiología

Se estima una prevalencia de entre 3 y 10%, con un aumento en los mayores de 80 años, aunque, una vez más y debido a la falta de detección, se desconoce el alcance.

El MPM afecta a los mayores de cualquier nivel socioeconómico, aunque se observa con más frecuencia en los estratos sociales más desfavorecidos.

Los principales implicados son los cuidadores y familiares (57% hijos, seguido de yernos/nueras hasta un 23%, y después el cónyuge, 8%).

Se calcula que lo padece hasta un 4% de la población mayor que vive en la comunidad y hasta un 35% de los institucionalizados.

Es el tipo de maltrato que menos atención ha recibido por parte de los profesionales públicos y de salud, así como de la sociedad.

Apenas se detecta 1 de cada 6 casos. A nivel sanitario la mayor parte de los casos detectados, lo son por el trabajador social, seguido del personal de enfermería y, por último, del médico (sólo un 2% de las denuncias de MPM son realizadas por los facultativos).

8.4. Motivos del maltrato. Causas

Son variadas las causas del MPM.

El *aprendizaje social o de la violencia transgeneracional*: es lógico pensar que en un ambiente familiar-social de violencia, ésta se convierte en un recurso fácil y justificado ante cualquier exigencia del entorno. El mayor, como vimos, sufre por negligencia y falta de un entorno cálido, más que por maltrato físico. El aumento de la violencia en el entorno se comporta como una tolerancia de aquella negligencia.

El *estrés y/o el cansancio del cuidador*, que aparecen cuando los factores estresantes tanto externos (recursos sociales, familiares, enfermedades...), como relacionados directamente con el cuidado, superan un determinado umbral para el cuidador.

La *psicopatología del maltratador*, con frecuentes trastornos de la personalidad, así como el consumo de sustancias tóxicas.

El *aislamiento*, tanto del mayor como del cuidador de sus entornos y actividades habituales, hasta el punto, muchas veces, de que el cuidador no se separa durante las 24 horas del día del anciano. Es importante la interacción regular con vecinos y amigos.

La *dependencia del mayor* es clave entre las causas, ya que cuando ésta aumenta existe un claro desequilibrio en el intercambio de refuerzos positivos, percibiendo el cuidador que el esfuerzo que realiza es excesivo para el beneficio, generando la ira. Enfermedades crónicas y alteraciones cognitivas son un factor de riesgo para el maltrato.

En general, se asocian en la génesis del maltrato, la dependencia del mayor y la falta de recursos económicos, sociales y familiares.

8.5. Falta de detección. ¿Por qué?

Existen varias razones y derivadas de cada nivel implicado.

- Rebasa los límites de la llamada violencia doméstica, y con frecuencia es el profesional el que lo ejerce.
- Grado importante de dependencia del cuidador o implicación emocional.
- Necesidad del anciano de permanecer en la casa familiar.
- Falta de conocimientos de la víctima.
- Dificultad para el registro.

- Actitud profesional y social ante los mayores.
- Anciano con actitud sumisa y aterrado para hablar.
- Incredulidad por parte de los profesionales.
- Miedo a descubrir o a enfrentarse al maltratador.
- Falta de conocimientos sobre procedimientos de denuncia del hecho.
- Temor del profesional a arriesgar la relación con el anciano y la familia.

8.6. ¿Cómo podemos aumentar la detección?

Cuando queremos confirmar cualquier tipo de maltrato y hacia cualquier persona, lo más eficaz es preguntar directamente. Hasta que sean establecidos los diversos protocolos que aconsejen esa actitud, tenemos algunos signos o factores que nos pueden dar pistas, como el conocimiento del prototipo de la víctima o del maltratador, el conocimiento del ambiente familiar, los síntomas que nos aparecen en la consulta, etc. Lo que es evidente es que tenemos que pensar en ello, tenemos que tener presente ante cada paciente que nos consulta, puede ser víctima de maltrato, sobre todo si existe el ambiente propicio.

En primer lugar, es importante conocer la **tipología de la víctima**. Suele ser mujer (que sufren el 75% del maltrato físico y hasta el 92% del financiero), viuda, mayor de 75 años, con dificultad o imposibilidad para la movilización y/o comunicación, deterioro cognitivo, incontinencia, con patrón previo de personalidad neurótica, en un ambiente de conflicto intergeneracional y aislamiento social.

Y, claro, también importante, la **tipología del maltratador**. Suele ser un sujeto dedicado a la víctima un período medio de 10 años, conviviente con él, con problemas económicos por desempleo, que sufre problemas mentales, como trastornos de la personalidad, depresión, frustración, consumidor de drogas o alcohol, con pobre comunicación previa con el anciano y aislado socialmente.

En el **ambiente familiar** en el que surge el maltrato habitualmente existen problemas familiares, presiones económicas, hacinamiento, aislamiento social, actitudes negativas hacia el envejecimiento, deseando la institucionalización del mayor.

La siguiente regla nemotécnica intenta puntualizar los factores más llamativos: S.A.V.E.D. **S**tress del cuidador, **A**lcoholismo en el entorno del mayor, **V**iolencia anterior entre agresor y víctima, **E**mociones que incapacitan al cuidador para soportar las cargas, **D**ependencia.

Los **síntomas** que nos alertan hacia un posible MPM son frecuentes en la población anciana, por lo que no es fácil la detección (malnutrición, deshidratación, inmovilidad, depresión, ansiedad...). Los principales indicadores del MPM son:

- *Maltrato físico y sexual*: magulladuras inexplicables, caídas repetidas, historia clínica incongruente con las lesiones, hematomas en diferentes estadios, fracturas múltiples, E.T.S., heridas o dolor en zona genital.
- *Negligencia y abandono*: apatía, depresión, mala higiene, malnutrición, deshidratación, úlceras por presión, mal cumplimiento terapéutico, aislamiento, sentimientos de inseguridad en el anciano.
- *Explotación financiera*: pérdida inexplicable de dinero y/o efectos personales del mayor, evidencia de que se han tomado bienes materiales a cambio de cuidados, preocupación del anciano por su estado económico.
- *Abuso psicológico*: depresión, miedo a los extraños, miedo a su ambiente natural, miedo a los cuidadores, baja autoestima, búsqueda de atención y afecto, cambio de carácter cuando está presente el posible agresor.
- Los familiares que infligen el MPM, cuando la víctima necesita ser hospitalizada, suelen mostrarse hipercríticos con el personal sanitario y los cuidados administrados, con conductas extremas, o de permanencia continuada en el centro o de falta de contacto. Intentan prolongar la estancia del paciente en el hospital, y cuando el mayor regresa a su domicilio pueden obstaculizar el acceso al personal médico.

En algunos casos, después de un examen exhaustivo del paciente, y según el tipo de sospecha diagnóstica, se solicitarán esas pruebas complementarias: Rayos X para descartar fracturas, TAC craneal para búsqueda de hematoma subdural, hemograma con coagulación para, en caso de hematomas, descartar defectos de coagulación, bioquímica para detectar anomalías nutricionales, análisis toxicológicos para detectar drogas, alcohol y nivel de fármacos.

El planteamiento de un cribado a esta población existe por parte de algunos grupos de estudio o asociaciones, como la América Medical Association (AMA), que recomienda que los médicos pregunten de forma rutinaria y directa sobre la existencia de maltrato, o la US Task Force (USTF) y la Canadian Task Force (CTF), que incluyen la detección del maltrato en sus programas de cribado. (Tabla)

Cuestionario para la detección del maltrato:

1. ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
2. ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?

3. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
4. ¿Tiene miedo de alguien en su casa?
5. ¿Ha firmado alguna vez documentos que no comprendía?
6. ¿Está solo a menudo?
7. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
8. ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
9. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería?

8.7. Intervención ante el MPM

La participación de un tercero en las relaciones puede romper el círculo de ciertas actitudes negativas, de las cuales, y en este caso, ni el anciano ni el cuidador son conscientes. Por ese motivo, y porque los servicios sociosanitarios dan apoyo y llegan a conocer la estructura de las familias, consideramos que son éstos los servicios más adecuados en la intervención, y fundamentalmente los de Atención Primaria de salud.

Volvamos a las causas y visualicemos que el entramado de la demanda no es otro que:

- Reconocer el derecho del mayor a ser cuidado y atendido cuando está en situación de dependencia.
- Reconocer el derecho del cuidador a su propio trabajo, actividades sociales y ocio. El apoyo al cuidador es muchas veces el instrumento más eficaz en el maltrato, tanto en su prevención como en la actuación una vez que se ha cometido.

La única manera de poder ofrecer ayuda ante estas demandas, tan obvias pero extensas, es la **multidisciplinariedad** (médico, enfermero, psicólogo, trabajador social), así como, a otros niveles, la elaboración y cumplimiento de estrategias que ayuden a la prevención del MPM en la familia, la comunidad o en el centro en el que el mayor viva. Contactos con grupos de apoyo, servicios de atención domiciliaria, centros de día, tutelas por parte de servicios sociales, ayuda psicológica al agresor, aumento del acceso a la atención sociosanitaria integral a colectivos de mayor riesgo, aumento de denuncias, creación de unidades de registro, mejora de la visión del anciano por la sociedad, etc., son esenciales para la ayuda integral en situación de MPM.

En la consulta médica debemos enfocar nuestra actuación bajo cuatro aspectos:

Atención al daño: Entrevista con el anciano creando un clima de confianza y respeto, siguiendo los principios de honestidad, seriedad y confidencialidad que el problema conlleva. Es útil hacer referencia al tema para normalizarlo, que perciban que es un problema frecuente y que sabemos cómo podemos ayudarle. Hemos de creer en su relato, desculpabilizarle, dar un enfoque biopsicosocial del problema y no dejarnos caer en excusas de que «está mal de la cabeza» u otras que sirvan para senilizar su capacidad cognitiva. Exploración exhaustiva con valoración de las lesiones, que si son graves o son agresiones sexuales, obligará a la remisión del paciente al hospital, y si no, tras la atención inicial, será derivado al trabajador social. Siempre tenemos que registrar la valoración de las lesiones y la existencia de maltrato en la historia clínica.

Valoración de la seguridad de la víctima: según los daños que le han sido causados y la apreciación de la víctima de inseguridad. Son situaciones de alto riesgo, la progresión en la frecuencia y gravedad de las lesiones, posesión de armas en el domicilio y dificultades del anciano para pedir ayuda y/o escapar; ante estas situaciones y dado que el anciano no va a tomar la decisión de salir de su domicilio, debemos plantear el ingreso hospitalario. Es importante la valoración del riesgo de homicidio y suicidio, ya que éste es muchas veces el fin de una situación insostenible de maltrato. La prescripción de ansiolíticos y antidepresivos ha de ser muy cuidadosa para evitar la disminución de la capacidad de reacción del mayor. Por último, poner en marcha recursos asistenciales de acogida.

Comunicación del caso: una obligación legal ante sospecha o información de terceros de maltrato físico o psíquico, e incluso con oposición de la víctima, es realizar el parte de lesiones, dar una copia a la persona maltratada (o no en caso de que perjudique su seguridad) y mandar una copia al juez.

Informar al mayor: una vez que hemos hablado, explorado, valorado la seguridad del anciano y realizado los informes oportunos, tenemos que informar al mayor de la situación, la evolución, las posibilidades de actuación, recursos, así como ofrecer la información necesaria para formular una denuncia si lo desea.

8.8. MPM institucionalizadas

El motivo de exponer este punto aparte en el texto es por la incongruencia entre el tema que nos ocupa (maltrato) y la justificación de la creación de residencias y centros donde los mayores tendrían que sentirse atendidos, confortables (cuidados).

Existe un número de plazas de residencias en España de un 3%; lo ideal sería que se aumentaran hasta un 5%. Fueron creadas para los mayores para potenciar su independencia y seguridad, conseguir el equilibrio y seguridad psíquicos, respetar la intimidad individual y favorecer las relaciones sociales.

El internamiento en una residencia sin el consentimiento de la persona debería estar prohibido. Se puede solicitar con carácter de urgencia sanitaria si el enfermo o la integridad de los familiares está en riesgo vital, y se necesitaría una orden judicial.

La actuación preventiva sobre este nivel residencial, exige:

- Cumplir las normas de acreditación de centros y de seguimiento periódico.
- Exigir la incapacitación legal de los alojados con discapacidades mentales y con incapacidades manifiestas. Esta medida ayuda a evitar situaciones de abuso, malos tratos, abandono y explotación económica, ya que esta incapacidad legal jurídica conlleva el nombramiento de un tutor o responsable.
- Profesionalizar las direcciones de los centros.
- Exigir cualificación, formación y reciclaje del personal.
- Adoptar y seguir objetivos asistenciales geriátricos.
- Instaurar planes de cuidados individualizados.

Tabla 8.2. Factores relacionados con el maltrato al mayor en residencias

Factores dependientes del medio	Factores dependientes de los cuidadores	Factores dependientes del anciano
<ul style="list-style-type: none"> • Barreras arquitectónicas. • Espacios poco hogareños. • Deficiente conservación. • Escasa dotación de personal. • Ausencias de programas de rehabilitación, terapia ocupacional, asistencia social, etc. • Ausencia de programas de atención individualizada. • Falta de trabajo en equipo. • Escasa variación de los menús, horario estricto de comidas. • Sobre o infradosificación de medicamentos. • Escasa o nula supervisión nocturna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés, sucesos vitales, trastornos afectivos o de ansiedad. • Falta de habilidades sociales y diferentes estrategias de afrontamiento. • Sentimientos negativos respecto al envejecimiento. • Infantilización en el trato a los mayores. • Despersonalización del anciano. • Ausencia de formación y reciclaje. • Falta de directrices y objetivos en su trabajo • Sobrecarga de trabajo por escasa dotación de personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto nivel de exigencia. • Mayor grado de dependencia. • Falta de cooperación. • Conductas negativas. • Agresividad.