

# El maltrato a las personas mayores

No se habla mucho de ello pero el maltrato a las personas mayores existe, son muchas las formas en las que se manifiesta, los factores de riesgo son asimismo muy diversos y son más frecuentes de lo que se dice y conoce.

Texto | **Dr. Francisco Gómez Alonso** [*Médico especialista en Geriátría. Cofundador y expresidente de la Sociedad de Geriátría y Gerontología del Principado de Asturias, España*]

Fotos | **M<sup>a</sup> Ángeles Tirado Cubas**

El maltrato a las personas mayores es aún un tema tabú, de meigas, pues se sabe que existe, que es frecuente, pero nadie lo ve o quiere verlo. Es un tema enormemente complejo, pero no nuevo ni infrecuente, su observación y calificación no supera las tres décadas. Los datos sobre el mismo son muy dispares y aún no existe un consenso internacional sobre su definición, ni sobre los protocolos de detección, clasificación, actuación, o seguimiento. No existe legislación específica sobre los mismos, aplicándose las leyes genéricas existentes en los Códigos Civil, Penal, de Género, etc.



## El silencio cómplice

Desconocemos la dimensión del problema del maltrato a las personas mayores en nuestro entorno, puesto que no disponemos de estudios suficientes, ni de incidencia ni de prevalencia, lo cual nos impide tener una comprensión real del mismo. Lo que se puede afirmar es que estamos ante un fenómeno complejo, multifactorial, serio y muy grave. La ignorancia, la falta de conocimiento y de formación, así como la falta de materiales adecuados que se puedan utilizar por parte de los profesionales, son factores

que bien pudieren generar o facilitar el maltrato. El silencio, tanto de las propias víctimas como de los profesionales y de la sociedad en general, es cómplice de los malos tratos. En nuestro entorno, la persona mayor no suele denunciar su situación a causa de su falta de información, de su capacidad limitada de comunicación, de la débil posibilidad de ser creída, y también por la desconfianza en el proceso jurídico, entre otros factores. Así pues, el paso del maltrato al buen trato no pasa por esta opción.

## Los organismos internacionales ante el problema

Este complejo tema, oculto durante décadas, está tomando protagonismo en los últimos años, propiciado por organismos internacionales, organizaciones de personas mayores, profesionales de los servicios sanitarios y sociales y responsables de las políticas sociales de los diferentes países. Prueba de ello es el impulso que Naciones Unidas a través de la OMS viene desarrollando desde 2002, con motivo

de la celebración de la II Asamblea Mundial del Envejecimiento. En coordinación con este organismo, la Red Internacional para la prevención del maltrato hacia las Personas Mayores (INPEA), hace público el informe **"Voces ausentes"** que se ha convertido en referente para la puesta en marcha de procesos de investigación-acción en muchos países del mundo.

### La necesidad de información y de definir

Los patrones en el cuidado a largo plazo de las personas mayores dominarán en las próximas décadas teniendo en cuenta la gran explosión demográfica mundial, especialmente en los países desarrollados y en vías de desarrollo, de las personas de 65 o más años y dentro del grupo en forma más explosiva la de los 80 o más (en España se calcula en el año 2050 una población de  $\geq 65$  del 33,2% y de  $\geq 80$  del 11,4% que representarían el 44% de los mayores de 65 años), que serán los que mayores necesidades de apoyos necesitaran para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD), y nos mostrarán que si el cuidado de las personas mayores en la comunidad se convierte en la norma, entonces *"las dimensiones éticas de este tipo de cuidado"* van a requerir una llamada de atención más que especial. El cuidado que ellos requieran generará cuestionamientos sobre la fragilidad, la dependencia, la autonomía, las obligaciones y los compromisos, y las complejas relaciones entre las personas mayores y aquellos que en la comunidad *"los sostienen y los cuidan"*. **Probablemente, el criterio ético que resultará más difícil de respetar será cómo equilibrar el derecho a la autodeterminación de las personas mayores y la creencia firme del profesional de que "siempre habrá algo que ellos, los ancianos, tendrán la obligación de hacer..."**



Tener información, conocer, describir y saber definir los malos tratos es el mejor medio para prevenirlos y evitarlos. No se puede tratar aquello que se desconoce.

### Enfoque histórico

La vulnerabilidad de las personas por razón de edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, han estado siempre presentes, desde la antigüedad hasta nuestros días, en las distintas sociedades. La situación de este colectivo en la vida social, en la historia de los pueblos, desde tiempos remotos a la actualidad ¿qué intervención tuvieron en las diferentes sociedades? La respuesta es muy diversa, pues han tenido desde el poder, el respeto y la veneración en unas culturas, a la de ser despreciados, vilipendiados, e incluso asesinados en otras. Tal como nos cuentan historiadores filósofos y otros, la situación como decimos es diversa, influyendo en ella factores tales como cultura, religión, recursos de la comunidad, sistemas de vida, etc.

### Algunas definiciones

No existe un consenso acerca de qué es el maltrato y/o la negligencia a personas mayores, este tema ha sido abordado desde diferentes perspectivas, principalmente profesionales, sin tener en cuenta apenas lo que las propias personas mayores consideran que es maltrato y/o negligencia, cuya consideración se evidencia sobre tres grandes áreas: 1) El abandono, el aislamiento, el desamparo, y la exclusión social. 2) La violación de los derechos humanos, de los derechos legales, y de la salud. 3) La privación de sus opciones, de su toma de decisiones, de su gestión económica, y de un estatus, y fundamentalmente de un respeto. Consiguientemente no se pueden comparar los resultados de diferentes investigaciones realizadas sobre el maltrato debido a la carencia de una definición consensuada que permita establecer aquello que es susceptible o no de intervención.

De entre las numerosas definiciones dadas sobre el maltrato a las personas mayores queremos destacar las más citadas tales como las de: la Asociación Médica Americana (AMA, 1986), la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA, 1995), la Declaración de Almería (1996), la Declaración de Toronto (OMS, 2002), la del Consejo General del Poder Judicial de España (2009). En todas estas, y en otras muchas, aparecen referencias a actos de acción u omisión, activos o pasivos, únicos o reiterados, intencionados o no aunque no accidentales, y también a sus consecuencias tal cual sería causante de cualquier tipo de daño o aflicción, y así mismo a la relación entre el causado y el causante que habría de ser de confianza y que en caso de instituciones alguna de ellas añade la obligación legal por contrato relacional de tipo jurídico.

28

La definición más aceptada es la del INPEA: *“cualquier acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas, que se producen dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, y que causa daño o angustia a una persona mayor”*.

### Los malos tratos y las negligencias. Prevalencias

Es difícil determinar estimaciones precisas sobre la prevalencia de los malos tratos y/o negligencias en las personas mayores, tanto en ámbitos locales, nacionales, e internacionales, debido por un lado a las dispares cifras que se manejan en diferentes estudios realizados sobre el tema, como consecuencia de su aplicación en diversas culturas, desarrollos sociales, comunidades, etc., y de las diferentes definiciones, metodologías, protocolos, muestras, etc. utilizados en cada uno, y por otro al desconocimiento sobre el número de casos no detectados o no denunciados y que llegarían a ser una mayoría calculada en un 80%, lo que indicaría que solamente entre 1/6 a 1/15 de los casos serían notificados.

Existen cifras que detectan y/o sospechan malos tratos en persona mayores que se mueven entre 0,8% a 52,6%, aunque creemos que estas últimas no parecen muy reales, y sí lo serían más aquellas que se mueven entre el 1% al 35%. La mayoría de los estudios realizados lo han sido en el medio doméstico, siendo en los medios institucionales, ya sean sociales, sanitarios, o sociosanitarios, cifras muy poco conocidas.

Un factor importante a la hora de determinar las cifras del maltrato es la consideración de que un 30% padece más de un tipo de maltrato en su persona.



Por su lado, el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (9-1-2002) da unas cifras de maltrato entre 3% a 10%. Por otro lado, la OMS (2002) entre 4% a 5%. Por último, la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA) indica un 3,5% en los domicilios y un 10-15% en las instituciones, que situaría a un 75% de los maltratos en el ámbito familiar y un 25% en instituciones.

En diversas encuestas realizadas a personas cuidadoras en instituciones, en diversos países, estas reconocen en importante número haber sido testigos o haber realizado malos tratos a las personas mayores. Así, tenemos que el Colegio de Enfermeras de Ontario (Canadá, 1993) un 20% reconocían haber sido testigos de malos tratos en residencias, un 31% testigos de manejos bruscos, 28% de gritos o insultos, y 10% de golpes o empujones. En otro estudio de Canadá (2005) el 20% de profesionales entrevistados afirmaron haber sido testigos de malos tratos a personas mayores en institucio-

nes. En Suecia (1999) 11% de los empleados entrevistados también lo eran. Y en Alemania (2004) el personal trabajador entrevistado en instituciones reconocían en un 23,5% haber cometido maltrato alguna ocasión, siendo en el caso de los psicológicos un 53,7%.

Se podría seguir añadiendo cifras y más cifras sobre estudios de prevalencia de los malos tratos en las personas mayores pero creo no ser necesarias para reconocer que existen en cantidad suficientemente importante como para que empiece a ser un tema de preocupación primordial en nuestras sociedades.

En Europa durante la ola de calor ocurrida en el verano de 2003 fallecieron cuarenta mil personas mayores por negligencia o actuación inadecuada.

En España si tenemos en cuenta una población de ocho millones de habitantes mayores de 65 años, y considerando una cifra de malos tratos del 4 al 5% (que se mueve en varios estudios), siendo posiblemente esta proporción solo la punta

del iceberg, tendríamos entre trescientas veinte mil a cuatrocientas mil (320.000-400.000) personas maltratadas.

### Formas de malos tratos

Existen numerosas formas de maltrato tanto en el ámbito doméstico como en el institucional, aunque no existe quórum en todos los autores. Sería un deseo urgente unas tipologías universales que nos pudieran orientar a estrategias de intervención en cada caso, teniendo siempre en cuenta que en un abundante número de los mismos se producen formas de multimaltrato en una sola persona (sobre un 30%). En general podríamos calificar los actos de maltrato en las siguientes categorías: negligentes, psicológicos, económicos (material), físicos, sexual, y violación de derechos. Podríamos utilizar otras tipologías diferentes (social, abandono, etc.) pero creemos estas son las más utilizadas y representativas.

**Negligencia:** es uno de los tipos más frecuentes, y consiste en la dejadez, intencional (activo) o no intencional (pasivo) de las obligaciones sobre la aportación de elementos básicos y esenciales para la vida de la persona cuidada (alimentación, higiene, vestido, seguridad, aportación de tratamientos, etc.). Puede haber evidencias de sospecha en ciertos casos en que detectemos desnutrición, deshidratación, suciedad, vestido inadecuado, etc.

**Psicológicos:** al igual que los anteriores es también de los más frecuentes y además de los más difíciles de detectar pues en general no suele dejar huellas visibles, aunque sí en la esfera psicológica y psicosomática. Las formas de actuar en este tipo de malos tratos son mediante amenazas, insultos, humillaciones, aislamiento, infantilización, etc. Y las huellas que

pueden hacer sospechar su existencia podrían iniciarse con una angustia que luego se desbordaría en otros y más graves y complejas consecuencias como apatías, miedos, depresiones, y que podrían asociarse a problemas afectivos y de autoestima, e incluso problemas psicosomáticos.

**Económicos o financieros:** se producen cuando existe una utilización inadecuada por terceros (familiares, amigos, cuidadores, instituciones, etc.) de bienes dinerarios o materiales, sin el consentimiento del actor, con engaño, o con abuso de confianza, e incluso con el robo. No es infrecuente que se dé en casos de personas iletradas o con deterioro cognitivo o de plena confianza. Se puede realizar en forma de retirada de dinero o de firmas de poderes o de testamentos u otras formas de apropiamiento indebido.

**Físicos:** se realizan en forma de golpes o empujones o contenciones, etc. Es quizás la forma más fácil de detectar pues es frecuente que deje secuelas visibles (hematomas, desgarros, heridas, fracturas, etc.). Frecuentemente se asocia a malos tratos psicológicos o por negligencia. Hemos de hacer hincapié en este apartado de la obligación de los profesionales sanitarios de emitir un parte de lesiones en el que se hará constar la descripción de las mismas y la forma en que le afirmaron fueron producidas, remitiéndolo al Juzgado de Instrucción correspondiente.

**Sexuales:** se realiza cuando se produce algún acto o intento de acción sexual sin consentimiento del actor, o la realización y/o difusión de fotografías inadecuadas, o lesiones en órganos genitales aunque estas últimas algunos estudios las consideran como malos tratos físicos. Están en un nivel de prevalencia inferior a las anteriores descritas.

“  
*Todos estos indicadores, de forma aislada o sumados entre sí, pueden servir como señales de alerta de la posible presencia de malos tratos, pero para diagnosticar tal situación es necesario realizar una evaluación pormenorizada no solo de la persona maltratada, sino también del posible causante de los malos tratos, así como del contexto de la situación ,,*  
”

**30 Violación de derechos:** Consiste en la privación a la persona de aquellos derechos legales que le corresponden, o de la autonomía en sus decisiones para organizar todas las determinaciones y actos sobre su vida (privación de la intimidad, de la sexualidad, del derecho a casarse, de elección del lugar en donde vivir, etc.). No es infrecuente que tomemos decisiones sobre la persona cuidada por considerar nuestra forma de decidir como la más adecuada, sin tomar en cuenta la del actor. En muchos casos esta forma de actuación se hace con intención de sobreprotección.

El orden de más a menos en la tipología de maltrato, teniendo en cuenta casos que tienen más de una, son respectivamente: negligencia, psicológico, económico, y físico y ya más descolgado el sexual, sin que este orden sea coincidente en todos los estudios y variando el mismo cuando se estudia en relación con la edad del maltratado.

Todos estos indicadores, de forma aislada o sumados entre sí, pueden servir como señales de alerta de la posible presencia de malos tratos, pero para diagnosticar tal situación es necesario realizar una evaluación pormenorizada no solo de la persona maltratada, sino también del posible causante de los malos tratos, así como del contexto de la situación.

### Otras tipologías

Queremos añadir otras tipologías de maltrato que algunos estudios las incluyen en las ya citadas, pero dada su trascendencia y especial tipificación, citamos:

**Edadismo:** Consiste en la presencia de estereotipos y actitudes negativas y/o la discriminación de una persona en función de su edad, pudiendo favorecer la realización de prácticas discriminatorias por parte de la sociedad, e incluso más



transcendental si es por parte de profesionales, especialmente si están dedicados al ejercicio de la geriatría o de la gerontología. No es raro asociar a los mayores con enfermedad, inactividad, carga económica y/o social, asexualidad, etc. Y aun se oye a algunos profesionales en las consultas decir "*¿qué quiere para su edad?*" ante el requerimiento ante alguna molestia o patología.

**Síndrome de la abuela esclava:** Se trata de una enfermedad grave que afecta a mujeres mayores con exceso de responsabilidades directas de ama de casa, cuidadora y educadora, funciones asumidas voluntariamente y con agrado durante muchos años. Se caracteriza por el elevado grado de sufrimiento crónico que provoca, con gran deterioro en la calidad de vida.

**Síndrome de Diógenes:** Se trata de una conducta de aislamiento comunicacional con ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades básicas (como higiene, alimentación, cuidados de salud o vestido), reclusión domiciliaria,

rechazo de las ayudas y negación de la situación patológica; se presenta habitualmente en personas solitarias. Es pues una forma de automaltrato.

**Contención física:** Cualquier método, aplicado a una persona, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo. En datos manejados en Europa obtenemos cifras que van de un 2,5% en Dinamarca a un 36,9% en España, con intermedias de 15,2% en Suecia, 16,6% en Italia, o 17,1% en Francia. Su práctica debe limitarse al máximo, si se puede a cero, y como excepción solamente en casos de riesgo para la vida de la persona si no hubiere otra forma, y siempre bajo la prescripción del equipo interdisciplinario y de acuerdo con la familia. Sus consecuencias pudieran ser úlceras de presión, incontinencias, miedos, vergüenzas, agresividad o agitación, y otro largo etcétera.

**Contención química o farmacológica:** El uso inadecuado de drogas psicotrópicas, sedantes o tranquilizantes, para

manejar o controlar una conducta molesta, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Se trata del uso de esos medicamentos para manejar un problema, para el que existe un tratamiento mejor. Debe ser siempre prescrita por un médico, con sus dosis adecuadas, y en base a una patología que lo justifique, y nunca por complacencia. No siempre se cumple esto. No es infrecuente su uso ante conductas molestas sin la prescripción médica, o aumentando sus dosis, tanto en instituciones como en domicilios.

### Factores de riesgo

Están descritos algunos posibles factores de riesgo de producción de maltrato, en unos casos atribuibles al cuidador, en otros al maltratado, sin que con ello podamos afirmar que sean causa en sí, pues entre otras cosas no es un factor único su causa, sino que lo normal es que sea el resultado de una suma de ellos. Tanto en el caso del actor como del ejecutor estos factores están relacionados con la edad, el sexo, estado de salud, estado civil, dependencias, convivencia, problemas económicos, historial previo de malos tratos, etc. En las tablas 1 y 2 resumimos varios de los factores de riesgo que la OMS ha considerado en 1988.

### Consideraciones finales

Es preciso erradicar el maltrato a las personas mayores, pues como vimos es una realidad no infrecuente. Para ello es necesario aunar esfuerzos de toda la sociedad. Se necesita conocer a fondo el problema, pues los estudios actuales sobre el mismo son además de escasos, dispersos, por la falta de consenso internacional en su realización, y la mejor forma de prevenir es conocer. Queda aún mucho por hacer, y mientras, hagamos intensas campañas de sensibilización sobre el

**Tabla 1. Factores de riesgo de la víctima** (OMS, 1988)

- Más frecuentemente es mujer.
- Supera los 75 años.
- Es viuda o separada.
- Tiene severos deterioros funcionales y/o cognitivos.
- Muy dependiente de sus cuidadores para las actividades de la vida diaria (AVD).
- Con molestos fallos cotidianos (incontinencias, agresividad, insomnios...).
- Su principal cuidador es un familiar de edad superior a los 55-60 años.
- Antecedentes de lesiones físicas, a veces recurrentes, detectadas por los servicios sociosanitarios.
- Mala higiene, plurimedicaada, incluso malnutrida.
- Gran soledad. No es visitada ni consolada por nadie.

**Tabla 2. Factores de riesgo del maltratador** (OMS, 1988)

- Parentesco con la víctima (hijos/as, esposo/a, hermano/a).
- No acepta el papel de cuidador. No asume la responsabilidad que ello conlleva.
- Depende del mayor desde el punto de vista económico.
- La vivienda es de la víctima.
- Consumidor de fármacos, alcohol o drogas.
- Antecedentes psiquiátricos o de alteración de la personalidad.
- Pobres contactos sociales.
- Renuncia a ayudas médicas/sociales de la comunidad.
- En las entrevistas suele resultar hostil, suspicaz, irritable.
- Frecuente pérdida de control de las situaciones.
- Historia previa de violencia familiar.
- Estrés derivado de diversas causas (desempleo, problemas económicos y/o familiares, enfermedades crónicas...)

tema a la sociedad, informemos y apoyemos al cuidador informal, profesionalicemos el sector, hagamos una actuación basada en la persona. Comportémonos siempre con **Profesionalidad, Sentido común, Empatía, y Paciencia.**

