

Abusos y malos tratos con el anciano

Montserrat Lázaro del Nogal*

QUIZÁS el dato sociológico más importante del siglo recién concluido sea el envejecimiento de la población. La esperanza de vida al nacer, que era en España de 35 años al inicio de la centuria pasada, se sitúa ahora en los 75 para los hombres y en 81 para las mujeres. Ello hace que en estos momentos más de seis millones de españoles superen los 65 años y 1.250.000 los 80. Esta circunstancia ha favorecido que afloren y se discutan problemas de todo tipo (sociales, económicos, médico-asistenciales, etc.) antes aparentemente inexistentes pero que ahora se manifiestan en toda su magnitud y obligan a una búsqueda de sus causas y de sus soluciones.

Entre ellos, muy importante, es el reconocimiento efectivo de que el anciano puede ser y, de hecho es, víctima de abusos y de malos tratos por parte de sus cuidadores o de las personas que conviven con ellos. Se trata de algo de lo que se ha empezado a tener conciencia en fechas tan recientes como el final de los años 70.

* Geriatra. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

La existencia de abusos sobre el paciente anciano es algo que se manifiesta en diversas obras de la literatura clásica. Quizás sea representativa *El rey Lear*, donde Shakespeare, en los albores del siglo XVII, expresa de forma dramática la tragedia de la ingratitud filial.

Problemática reciente

EN la literatura médica las primeras publicaciones –denuncias– sobre este tema aparecen en los años setenta en Gran Bretaña y en los Estados Unidos. A estos primeros y escasos estudios siguieron otros en los años ochenta llevados a cabo en Canadá, Noruega, Suecia, Hong-Kong, Australia y muy pocos países más. Ya en los años noventa aparece un documento importante: el informe del Grupo de Estudio del Consejo de Europa sobre el tema de la violencia contra los ancianos, en el que participaron 22 países (1). Ello hace que la existencia de este hecho esté ahora bien documentada, aunque todavía existen muchos problemas sin resolver, sean pocos los países y las sociedades formalmente comprometidas en la búsqueda de soluciones, y que no se hayan evaluado adecuadamente las intervenciones que deban acometerse a este respecto.

La principal y primera dificultad que ha surgido en todos los estudios sobre el tema de los abusos con el anciano ha sido la de poder establecer una definición adecuada. Las que se han sugerido para personas de edad avanzada han sido muy variadas y heterogéneas. Esta falta de uniformidad en los conceptos ha complicado la identificación, la descripción y la conceptualización del problema.

La Asociación Médica Americana definió el abuso en 1987 (2) como «todo aquel acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona anciana». Se trata de una definición muy amplia que incluye las tres categorías esenciales que perfilan el tipo de abuso: maltrato físico, abuso psicológico y abuso económico. Con frecuencia estas distintas formas de abuso se superponen unas a otras en una misma persona.

Los diferentes abusos descritos en la literatura pueden ser condensados en cuatro tipos de acuerdo con cuál sea la agresión dominante: a) abusos físicos: incluyen todos los actos que ocasionan dolor o daño físico; b) abusos psicológicos: son ejemplos las agresiones verbales, los silencios ofensivos y el aislamiento social provocado; c) abusos económicos: se incluyen aquí los robos directos, el mal uso o abuso del dinero y de las propiedades o posesiones del

anciano; d) negligencia: es la deficiencia por parte del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios que son necesarios en orden a evitar daño físico, angustia o daño mental (3).

Algunos de los estudios llevados a cabo han intentado establecer la relación que pudiera existir entre los diferentes tipos de abusos y la presencia de factores individuales relativos a la víctima, a los familiares y/o a los aspectos que podríamos definir como culturales.

Diagnóstico preventivo

IMPORTA conocer cuáles son los principales factores de riesgo de abusos y de malos tratos sobre la persona mayor: a) el deterioro funcional del propio anciano (dependencia importante para las actividades de la vida diaria); b) la alteración de sus funciones cognitivas (reducción de las capacidades intelectuales); c) el aislamiento social; d) convivir en el mismo domicilio (el responsable del abuso habita con la víctima); e) el cuidador con alteraciones psicológicas; f) un ambiente familiar perturbado por causas externas; y g) una historia previa de violencia familiar.

Existen diferentes perfiles de la víctima y del causante del abuso según el tipo de abuso. Las principales características de la víctima y del responsable de los malos tratos se muestran en las tablas II y III de la obra *Problemas éticos en relación con el paciente anciano* (4).

La identificación de un anciano maltratado no es una tarea fácil y requiere por parte del médico o de cualquier otro profesional relacionado con el anciano un alto índice de sospecha y de búsqueda. A este respecto la Asociación Médica Americana (AMA) sugiere que todos los médicos que atienden a pacientes de edad avanzada deben interrogar al anciano sobre la posibilidad de violencia familiar, incluso en ausencia de síntomas y signos atribuibles a abuso y/o a la negligencia. Esta recomendación es razonable por dos hechos: a) por el incremento de la prevalencia de abusos en los países desarrollados, b) por la existencia de formas «asintomáticas» de violencia que son muy difíciles de reconocer.

Una vez que se ha identificado al anciano víctima de malos tratos se le debe valorar de una manera exhaustiva y detallada (5). Ello implica: a) la elaboración de una historia clínica detallada; b) la aplicación de un protocolo de abusos adecuado; c) la realización de determinadas exploraciones complementarias si los malos tratos han dado lugar a alguna forma de consecuencia médica.

Tras la identificación del problema las cuestiones que debemos resolver lo más pronto posible son las siguientes: ¿Está en peligro la vida del anciano? ¿Es capaz de tomar decisiones por sí mismo sobre su futuro? ¿Presenta algún tipo de alteración mental? Para dar respuesta a estas preguntas es importante la atención multidisciplinar, como vamos a ver a continuación.

Si el sujeto presenta peligro inminente, debe ser inmediatamente separado de su cuidador para prevenir nuevos sucesos que pongan en peligro la vida del anciano. Son posibles las siguientes medidas: la hospitalización del paciente anciano, su ubicación en una residencia o bien limitar el contacto del anciano con el responsables del abuso mediante una intervención legal.

La hospitalización del anciano maltratado es una medida de urgencia social (6). Permanecerá en el hospital hasta que se realice una valoración completa del anciano y del entorno familiar. Rápidamente se buscarán soluciones y se ubicará en el nivel asistencial geriátrico más adecuado.

Como la mayor parte de los problemas que presenta el paciente anciano, los abusos y la negligencia demandan una asistencia multidisciplinar.

Idealmente, aunque ello no siempre es posible, el equipo multidisciplinar debería estar formado por los siguientes profesionales: médicos, técnicos de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, psicogeriatras y expertos en derecho. En todo caso la organización y composición de estos equipos va a diferir en función de los recursos asistenciales y sociales disponibles.

Numerosos profesionales y distintos servicios deben colaborar para conseguir solucionar este asunto. Es fundamental este equipo para que la valoración del paciente sea lo más completa posible y se decidan conjuntamente las medidas más idóneas en cada caso.

Si se documenta la existencia de malos tratos o negligencia, existe la responsabilidad ética —y en la mayoría de los países también legal— de actuar. El médico, en colaboración con el trabajador social, debe conocer cuáles son los órganos y agencias que le pueden prestar ayuda en este sentido, tanto a la hora de denunciar el hecho como a la de prestar apoyo al anciano (7).

Soluciones adecuadas

LAS soluciones van a ser muy variables de unos casos a otros, dependiendo de factores tales como los recursos sociales disponibles en el lugar del suceso, la capacidad y disponibilidad de los profesionales envueltos en el mismo y la normativa legal aplicable en cada caso.

En nuestro país (Almería) se celebró el de mayo de 1995 la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado (8). El objetivo de esta reunión era conseguir un documento final declaratorio, que alertara a la opinión pública y que, remitido a las Instituciones del Estado, promoviera una Ley Específica de Protección al Mayor. En su conjunto cabe considerar que la Declaración Almería sobre el anciano maltratado ha constituido un serio intento para suscitar la atención sobre este problema a través de la educación, la información y la investigación.

El 20 de agosto de 1997 en Adelaida (Australia) se creó la Red Internacional de Prevención de Abuso y Negligencia en la Vejez, cuyos objetivos son los siguientes: a) poder llegar a la población y a grupos social y culturalmente diferentes, para asegurar una mejor comprensión de la dinámica del abuso en adultos mayores y un cambio de actividad respecto a imágenes negativas sobre la vejez; b) investigar para conocer más acerca de la magnitud y naturaleza del abuso y maltrato, poder evaluar la efectividad de los programas nacionales y regionales de prevención e intervención; c) abogar por mejores servicios y políticas sociales que protejan y asistan a los adultos dependientes y refuercen los sistemas de apoyo familiar; d) facilitar la difusión pública de la información acerca de esta problemática y las formas posibles de prevenirlo; e) capacitar profesionales en las áreas gerontológica, cuidado de la salud, servicios de protección de adultos mayores, legales, y de otros proveedores de servicios que trabajen con personas mayores y adultos discapacitados para poder detectar y prevenir el abuso; f) aunar esfuerzos y experiencias, recursos humanos y económicos tanto a nivel regional como internacional, a fin de lograr una mayor eficiencia y efectividad en la tarea programada.

Para terminar y como mensajes fundamentales desearía destacar los siguientes puntos:

1. Los abusos y malos tratos con el anciano representan un problema de primer orden. La sociedad y en concreto todos los profesionales que nos dedicamos al paciente anciano debemos estar alerta ante este problema y no eludir nunca la responsabilidad moral —e incluso legal— que nos pudiera corresponder.

2. La meta de toda actuación cuando se han producido malos tratos va a ser conseguir minimizar el daño y obtener el máximo beneficio para la víctima.

3. La atención multidisciplinar del anciano con riesgo de malos tratos es la clave para tratar adecuadamente a estos pacientes y poder prevenir la existencia de nuevos eventos.

Bibliografía

1. Wolf R.S.: «El problema de los abusos a los ancianos: una tragedia familiar». *Rev. Gerontol*, 1994; 4:134-138.
2. American Medical Association Council on Scientific Affairs: *Elder Abuse and neglect*. JAMA, 1987; 257:966-71.
3. Jones, J. S. «Geriatric Abuse and Neglect». En: Bosker, Schwartz, Jones, Sequeira (eds.). *Geriatric Emergency Medicine*. Mosby-Year Book. S. Louis. USA 1990:533-542.
4. Lázaro del Nogal M.^a: «Abusos y malos tratos en el anciano». En: Ribera Casado y M. Gil Gregori P. (eds.): *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Editores Médicos, S.A. Madrid, 1995: 155-173.
5. Lachs MS, Pilemer K.: *Abuse and neglect of elderly persons*. N Eng J Med 1995; 332:437-443.
6. Lázaro del Nogal M.: «El maltrato como urgencia geriátrica». En: Ribera Casado JM, Gil Gregori P. (eds.). *Urgencias en Geriatría*. Editores Médicos SA. Madrid, 1995: 155-173.
7. Staats DO, Koin D.: «Elder abuse». En: Cassell CK, Riesenber DE, Sorensen LB, Walsh JR (eds.). Springer-Verlag. New York, 1990: 640-647.
8. Kessel Sardinias H, Marín Gámez N., Maturana Navarrete et al. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31:367-73.