

¿ESTOY ASISTIENDO A UN ANCIANO MALTRATADO?

Dr. Humberto Kessel Sardinias
Especialista en Geriatria
Unidad de Valoración y Cuidados Geriátricos
Hospital Torrecárdenas. SAS.
Almería
Dirección: Calle Melilla 17, 20, A, 04007, Almería
E-mail: hkessel@cajamar.es

RESUMEN:

Las situaciones de maltrato al anciano despiertan cada vez más la inquietud de los profesionales sanitarios. La preocupación sobre cómo podemos sospechar esta posibilidad, y cómo podemos actuar, es evidente en las consultas, los Servicios de Urgencia de los Hospitales, las Residencias, la asistencia domiciliaria, y en general en todos los que convivimos con la problemática del viejo.

Esta revisión intenta exponer los signos de alerta, las características de maltratador, víctima, y entorno, además de ofrecer las opiniones del autor sobre estos aspectos, a la luz de las dificultades legislativas, y prácticas en que nos desenvolvemos.

Por último, se ofrecen algunas posibles pautas de actuación ante estos hechos.

Palabras claves: Anciano maltratado, Ética geriátrica, Maltrato al anciano.

INTRODUCCIÓN

"La Residencia de los horrores", fue el título de un trabajo de investigación, recientemente emitido en la televisión, que impactó de forma limitada en la opinión pública. Escasos fueron los comentarios que se generaron, cuando se conoció, que a la hora de reubicar a los ancianos maltratados allí residentes, hubo familiares que manifestaron que ese no era su problema, sino de la Comunidad de Madrid.

Aunque la visualización del reportaje aporta mucho por sí misma, la conclusión estrella radica, a mi criterio, en que a pesar de los esfuerzos que se están llevando a cabo para la defensa del anciano, y de las horas que estamos invirtiendo en hablar, todavía nos falta mucho por conocer, y bastante más por hacer.

Es mi objetivo, con la siguiente revisión, exponer las líneas generales que desde el punto de vista práctico, nos ayuden para poder poner con eficacia, a disposición del anciano maltratado, nuestros recursos profesionales. Esa es la solución que reclama, desde hace ya tiempo, el viejo que sufre maltratos.

CONSIDERACIONES GENERALES.

Desde hace varios años, y más aún, después de la "Primera Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado", y la "Declaración Almería" (1), los profesionales de la salud nos estamos planteando con mayor rigurosidad el problema del maltrato al mayor, en el contexto cotidiano y práctico. Se pueden realizar múltiples disquisiciones mentales en torno a este problema, y escasos son los datos epidemiológicos reales con que contamos; no obstante, objetivamente, este fenómeno, uno de los tabúes más bien escondidos del santuario familiar, no es nuevo, y se ha venido desarrollando casi paralelamente con el propio ser humano.

Las cifras estiman que entre un 2 % y un 10 % de los ancianos reciben algún tipo de maltrato (2). Un trabajo recientemente publicado, realizado en varias comunidades autónomas españolas, detectó un 4,7 % de incidencia en una población estudiada (3).

No quisiera entrar en la discusión dialéctica de cifras, por otra parte torturadas hasta que confiesan, clasificaciones poco eficaces, o tipificaciones escasamente aplicables a la realidad del anciano que sufre y necesita protección. Todos estos aspectos son teóricos y académicamente debatibles, y a veces tanto, que se alejan de la realidad de los servicios de Urgencias, de las consultas de los Centros de salud, y de las arrugadas camas de las habitaciones donde el anciano se retuerce de dolor, o chilla hasta extenuarse por no recibir un vaso de agua, mientras se le dispensa haloperidol intramuscular. Estas discusiones sirven al final, en mi opinión, para que la solución del problema se dilate, haciendo el juego a todos los que tienen que aportar los recursos necesarios para dilucidar el asunto.

Las únicas verdades que poseemos se podrían resumir en:

1.No existe un mecanismo eficaz para detectar la incidencia real de maltrato en la población anciana.

2.El anciano maltratado recibe mayoritariamente, más de un tipo de maltrato, y será maltratado más de una vez.

3.La violencia familiar, que incluye al viejo, se esconde en lo más oscuro de la intimidad de los interesados.

4.Muchas veces existen cómplices, que incluyen el silencio del propio maltratado.

5.No disponemos de un entorno legal que nos ampare para la adopción de soluciones emergentes, lo que a veces genera un círculo incesante de más maltrato, más secreto, peor solución.

6.Mientras exista un sólo anciano maltratado, debería ponerse en marcha la estrategia correspondiente, independientemente que la incidencia sea del 0,1, o del 45 %, porque el asunto es grave con independencia de su incidencia.

7.Jamás podemos aceptar que la violencia familiar es un "asunto privado".

8.El maltrato se produce en cualquier contexto social, desde el domicilio, hasta la más refinada clínica de asistencia o residencia de ancianos, e independientemente del nivel cultural de perpetrador.

9.Existen situaciones en que la propia comunidad, la sociedad, maltrata insensiblemente a

los viejos.

10.La solución no atañe en exclusiva al personal sanitario.

11.Sólo se puede detectar una situación de maltrato, si los que se enfrentan al hecho concreto, tienen presente esa posibilidad.

Ningún maltratador de tipo alguno es justificable; pero tampoco sería justo no considerar que a veces, las durísimas condiciones a que están sometidos los cuidadores habituales por escasez de recursos, falta de accesibilidad, o desconocimiento de las posibilidades de apoyo, generan situaciones de desesperación humana, que pueden abocar en hechos de maltrato. Nuestros minutos como profesionales delante de los libros, o de nuestros enfermos, no son comparables con las horas, los días y los años, delante de un anciano cada vez más incapaz, más dependiente de la misma persona para realizar todas sus actividades, cada vez generando menos horas de sueño nocturno, más aislamiento social por necesidad de mayor dedicación, más gastos económicos, menos disfrute del tiempo libre, más distorsión del resto del núcleo familiar, y en resumen, más cuidados, sin dar posibilidad a su cuidador siquiera de disponer de un tiempo para la expansión personal. El que no se cuida al cuidador, aunque sea el más dedicado y abnegado, el más cariñoso y concienciado, el más sensible, genera a la larga (porque esto es un problema de años), situaciones de frustración que terminan con la ruptura, al menos ocasional, de los propios principios personales.

Pero, ¿es el maltrato un problema sanitario?. Evidentemente no; es un problema de la sociedad. Pero en la mayoría de las ocasiones, la puerta de entrada para este "subsistema" somos los profesionales de la salud, por las lesiones que se generan, y porque somos los únicos "autorizados" para entrar en la integridad física, mental y social de los maltratados. Claro está que esto no exonera la posibilidad de las entidades financieras, de los efectivos policiales y judiciales, de los vecinos o del resto de los familiares, que también de alguna manera, tienen relación con las acciones del perpetrador, aunque a veces están demasiado condicionados o poco concienciados con el asunto.

Si partimos de la base de que somos esta "puerta de entrada", estamos obligados a disponer, al menos, de un plan de actuación ante la posibilidad de "diagnosticar" un maltrato, y de iniciar las medidas pertinentes para "su tratamiento". Y entercomillo estas palabras, porque lo que los profesionales detectamos es, en el mejor de los casos, el resultado del maltrato ya efectuado, las lesiones, o las posibilidades "in situ" de que este maltrato ya se haya generado; pero a ver quién es capaz, por muy profesional que sea, de detectar el maltrato que no deja "lesiones físicas accesibles", o el refinado y sistemático resultado del desprecio, la coacción, la manipulación financiera y de bienes, la segregación por razón de edad, o simplemente la mirada indiferente y fría dirigida a un anciano incapacitado física y mentalmente.

PERFIL DEL VICTIMIZADOR:

No es fácil describir el perfil del victimizador. Para conseguir ese objetivo habría que contabilizar a cada uno de los perpetradores, o a una muestra significativa de los mismos, y ya estaríamos solamente mirando hacia la punta del iceberg.

Cualquier persona puede producir un maltrato a otra. No obstante, existen algunas características que podrían hacernos inferir que estamos delante del autor potencial de un maltrato, reincidente o sistemático, de un perpetrador.

Las publicaciones americanas señalan que los hombres causan potencialmente más maltrato que las mujeres. También anotan como factores de riesgo, el uso excesivo de drogas y alcohol, las dificultades económicas, los antecedentes de conducta abusiva durante la infancia, el ser cuidador único, o la prestación de cuidados por personal no cualificado (4).

No conozco la existencia de estudio epidemiológico alguno en nuestro medio, que investigue las características del perpetrador. Probablemente en nuestro entorno esto no suceda exactamente así. La mayoría de nuestros cuidadores habituales o eventuales, son mujeres. Además nuestra cultura, y sobre todo la forma de ver las cosas de los cónyuges de la generación que ahora es vieja, asume mayoritariamente, que el cuidado de los mayores sea dispensado por los miembros femeninos, y más cercanos al anciano, de la familia

Sólo una publicación, con un pequeño número de casos, describe al perpetrador en el contexto de un género específico de maltrato: el detectado en medio hospitalario, y ante la reivindicación reiterativa y exquisita de cuidados, desmedida en comparación con los aportados en el domicilio (5). La mayoría de los victimizadores / cuidadores eran mujeres, mayores de 60 años, residentes en el medio urbano, de nivel educacional medio o básico, y vinculados a la víctima en primer grado. Por otra parte, estos maltratadores vivían con el anciano desde hacía más de un año, y dedicaban al cuidado del mismo más de 12 horas diarias. También referían en su mayoría, que la atención del anciano había interferido o interrumpido su actividad laboral, su relación de pareja, o con el resto de los familiares. No he mayoritaria, la referencia a haber recibido maltratos por parte de sus padres en la infancia. Los sentimientos predominantes que se manifestaron, en relación con el cuidado del anciano, fueron los de tristeza y rabia, seguidos de impotencia y frustración, y desesperanza y pérdida de expectativas. Definían su estado de salud como regular o malo, y habían necesitado tratamiento psiquiátrico durante el tiempo de dedicación.

Me gustaría puntualizar la situación de los ancianos asistidos por personal no cualificado, una solución alternativa a los caros servicios brindados por personal adecuado, o a las insuficiencias económicas de los Ayuntamientos para ofertar ayuda a domicilio a todos los necesitados, y en la cantidad de horas diarias, que realmente darían cobertura a sus incapacidades. El cuidado del anciano no debe confundirse con la asistencia al anciano. Y no nos engañemos, con demasiada frecuencia se asume en el domicilio la asistencia de ancianos incapacitados y/o tributarios de Residencia asistida, o cuidados profesionales continuados. Creo que nadie puede negar que asumir este nivel por personal no cualificado, no solo constituye un maltrato en sí mismo, sino un delito.

PERFIL DE LA VÍCTIMA.

Se han citado como factores de riesgo por parte de la víctima, el sexo femenino, la dependencia física y/o emocional, la enfermedad o discapacidad aguda o crónica, la dependencia económica del cuidador, y determinadas circunstancias psicológicas y emocionales, como sentimiento de culpa para con el cuidador, temor a que se tomen contramedidas que incluyen la institucionalización, o el miedo a no ser creídos al presentar la denuncia (4). El mismo trabajo reseñado anteriormente (5), en referencia a la víctima, encontró mayor maltrato contra los hombres, que además eran grandes viejos, incapacitados, dependientes, y con bajos ingresos económicos.

No hay que pensar que la invalidez mental es una condición exclusiva para ser maltratado. Los ancianos sin incapacidad mental también son en ocasiones receptores de los desmanes de los perpetradores, pero con más frecuencia callan, temen (hasta al "qué dirán"), se sienten desagradados, o simplemente asumen su condición de dependientes. El muy derrotista refrán de "más vale malo conocido que bueno por conocer", funciona a las mil maravillas desde la sicología del anciano, para beneficio del victimizador.

Por último, la víctima en muchas ocasiones no percibe que es maltratada, por estar demasiado poco predispuesta para darse cuenta, o por desconocimiento.

De todas formas, parece indiscutible y lógico, que el mayor riesgo de recibir maltratos lo tiene un anciano(a) incapacitado, dependiente, muy viejo, y a cargo de un cuidador único desde hace tiempo, o de personal poco capacitado.

LOS ESCENARIOS.

El maltrato puede ser recreado en cualquier escenario. No es necesario pasar horas, días y años frente a la misma persona, y en el mismo sitio, para que se le maltrate. El sitio de más difícil acceso es el domicilio. Allí puede suceder cualquier cosa, y será muy complicado llegar a "la verdad". Pero no olvidemos que también se suceden maltratos en el medio residencial. Con mucha frecuencia (a veces desgraciadamente demasiada), en cualquier comunidad, el personal sanitario y hasta la "vox populi", conoce los sitios donde la atención que se brinda al anciano institucionalizado no es la ideal; todos sabemos el lugar donde no llevaríamos a nuestra madre. Esta inferencia no hace excluir las Residencias de más prestigio, las dirigidas por personal "sin ánimo de lucro", o las que cuentan con más personal cualificado. En estos sitios, como en los Hospitales, el tipo de maltrato cambia su frecuencia, su estilo, su dinámica y sus manifestaciones. Adopta otra cara.

Todos sabemos del maltrato refinado que recibe un viejo incapacitado, cuando llega a un Servicio de Urgencias o a una planta, lleno de úlceras, necesitando cambios posturales frecuentes, y sin sonda vesical (lo que implica movilización y aseo repetido), y es calificado como "puro", "embolado", o "goomer", incluso, con la explícita macabra referencia a "La casa de Dios". También todos sabemos de los sesgos que los mismos médicos utilizamos por inercia, cuando entendemos que este paciente "está ya demasiado viejo" para talo cual procedimiento, o calificamos al demente que se agita a las tres de la mañana como confuso, lo atiborramos de neurolépticos porque no se tranquiliza, y nos enteramos al día siguiente por el auxiliar de clínica, que el paciente tiene un doloroso absceso glúteo a punto de reventar.

También maltratan las barreras arquitectónicas en la calle, los farragosos trámites

administrativos, la inexistencia de ropa y calzado adecuado, la inaccesibilidad a los colchones antiescara, las limitaciones para la obtención de pañales, las restricciones mecánicas o farmacológicas infundadas, la sistemática desestimación de medidas preventivas de salud, la violación de la autonomía, y hasta mirar con nuestros ojos, lo que deberíamos ver con los ojos del viejo, circunstancias que nuestra sociedad agresiva, competitiva, joven, productiva, poseedora de muchos bienes materiales, y triunfante, justifica demagógicamente con argumentos insustanciales y fatuos. Y es que parece que a la "sociedad del bienestar" quizá le pesen mucho los viejos (6).

Con esta visión general del panorama donde se produce el maltrato, intentaré describir, en la medida de lo posible, cuáles son los síntomas que deben ponernos en alerta. Y hay que señalar que estos signos son detectables "en la medida de lo posible", porque el diagnóstico de un maltratado no se establece por un cuadro clínico. Nunca podremos conocer hasta donde pueden llegar realmente las posibilidades "creativas" de un maltratador.

SIGNOS DE ALERTA.

Resulta obvio entender que los signos de maltrato dependen del tipo del mismo, y que son las lesiones físicas las que con más facilidad detectamos, en caso de que seamos consultados. Y generalmente se consulta por otro problema, porque no es frecuente que el motivo sea: "He sido maltratado; atiéndame Usted".

Parece irrespetuoso de cara a profesionales, exponer los posibles síntomas y signos: magulladuras, hematomas en diferentes fases de evolución o distribuidos irregularmente, rozaduras de cuerda, huellas de golpes...

Los signos que traducen descuido, por un mal estado higiénico, también resultan obvios, sobre todo si se contrastan con el estado higiénico de quien acompaña al anciano.

Otros signos son más sensibles: desnutrición, deshidratación, anemia, actitudes instintivas de defensa del anciano, ropa inadecuada para la temporada, penetrante olor a orina, o residuos de fecales en los pliegues de flexión, o el ombligo...

Y donde hay que tener un alta sospecha, y afinar el ingenio, es en el caso de ancianos que ingresan y reingresan, y reingresan, sin causa clínica que lo justifique, en las intoxicaciones por fármacos, en el abandono institucional, en la existencia previa de informes de abandono por el Trabajador Social del Centro de salud, en el incumplimiento terapéutico sistemático, en el llanto injustificado del anciano, en las veces que el propio paciente rechaza irse de alta a su domicilio, en la insistencia en saber "si el anciano va a durar mucho", o "es mejor que no sufra", cuando está evolucionando favorablemente de una deshidratación.

También las justificaciones reiteradas, y a veces no solicitadas como: "Mamá se cae mucho", o "Se golpea con facilidad porque está mala de la circulación", deben ponernos sobre aviso, máxime cuando en ocasiones el anciano está incapacitado, y depende de los demás para moverse.

Una adecuada investigación social es capaz de hacernos inferir que se está manipulando el patrimonio del anciano, aunque a veces no es tan fácil, y tenemos que adoptar medidas más enérgicas.

En el medio institucional los hechos suelen ser más sofisticados, toda vez que por lo general, existe complicidad de grupo, y conocimiento técnico básico para intentar enmascarar los signos. La familia en ocasiones refiere maltrato institucional, y muchas veces no hacemos caso de sus quejas, lo que constituye un riesgo no solamente de encubrimiento, si no la posibilidad de que el darlo se produzca de forma sistemática

Los síntomas y signos del maltrato son muy variados. Creo que tener presente la posibilidad de que se está produciendo, dedicar tiempo a la conversación con el viejo, de forma que se establezca una buena empatía, tener agudeza para buscar las huellas, una exhaustiva investigación social, y además poseer firmeza, seguridad y tacto, nos pueden ayudar a detectar la mayoría de los maltratos que reciben nuestros pacientes. Y sobre todo, en mi opinión, más vale equivocarnos en un caso, que perder un solo caso verdadero.

POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN.

No disponemos de una estrategia establecida, que especifique cuál debe ser nuestra actuación ante la sospecha de maltrato. Las indicaciones se ciñen a la actuación ante un delito, sin especificar las condiciones específicas que atañen al anciano maltratado y más, si este es incapacitado.

La "Ley de atención y protección a las personas mayores" del Parlamento andaluz, de julio de 1999 (7), establece disposiciones relativas a diferentes niveles asistenciales, recursos, y derechos que asisten a los ancianos. El artículo 44 se refiere a las situaciones de maltrato, y ocupa dos párrafos, con un total de ocho líneas, de las diez páginas que completan la redacción del documento. También establece un plazo de un año, para que se regamente dicha ley, a través de la aprobación del llamarlo Plan de actuación integral para las personas mayores. Conozco de la creación de una comisión a tales efectos, integrada por miembros poco conocidos en los foros y publicaciones sobre este tema. Desconozco si ya ha sido aprobado dicho reglamento, pero en ese caso, aún no es público.

No obstante esta ley, que en mi opinión constituye el núcleo de un trabajo dirigido al bienestar del anciano, especifica algunos aspectos importantes, como la extensión de la responsabilidad de denunciar un maltrato detectado no solo a los familiares, si no al personal sanitario, a los vecinos, amigos, y otros miembros del entorno del viejo, la obligatoriedad de poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Fiscal, y la requerida autorización judicial para el ingreso en centros residenciales, de ancianos presunta o declaradamente incapaces de dar su consentimiento para el mismo. Esta ley es para leerla con lupa.

Y ante la falta de legislación metodológica, habrá que actuar con una mezcla de lógica, cordura, sensibilidad, y bien hacer, sin descartar las pocas indicaciones con que contamos.

Ante la sospecha o la evidencia, de que tenemos delante un anciano maltratado, se impone la emisión de un parte de lesiones, con la pautada copia al Fiscal. Este documento debe ser siempre emitido, independientemente de que después se produzca una denuncia por parte del anciano, o de algún familiar. Ahora bien, recordar que si no lo denunciemos, seremos cómplices del maltrato si este se produce, y al menos en Andalucía, esto es sancionable por la ley.

De aquí en adelante, la actuación debe considerar si nos encontramos delante de una sospecha de maltrato, o ante un flagrante delito del tipo que sea.

El cuadro 1 intenta exponer una posibilidad de estrategia ante la sospecha de maltrato. En ningún caso, estas sugerencias son dogmas, sino todo lo contrario, y como guías deben ser consideradas, recordando que cada caso de maltrato es uno, cada contexto es uno, y nuestra actuación debe ser consecuente con las necesidades del anciano en concreto, y no al revés, quiero decir, adaptar las circunstancias del anciano a nuestros "esquemas".

Una vez emitido el parte de lesiones, debemos establecer contacto con el Trabajador Social, con el fin de poner en marcha la correspondiente investigación, personal, sobre el terreno, y en contacto con el resto de los recursos sociales de la comunidad.

Si la investigación no confirma la sospecha de maltrato, se debe realizar un seguimiento sistemático del paciente, utilizando los recursos disponibles.

Si por otra parte, la investigación confirma la presencia de maltrato, debemos distinguir si el anciano está mentalmente capacitado o no. Esto es necesario toda vez que si es capaz, debemos consultar con él, y ponerlo en conocimiento (o persuadirlo al respecto), de la situación que atraviesa, y de los pasos que vamos a seguir. Su consentimiento debe ser explícito para que el mismo establezca una denuncia. Ahora bien, en el caso en que la víctima se niegue a seguir con el proceso, este hecho debe ser reiterado ante el Ministerio Fiscal, y establecer a la vez, los mecanismos para continuar con un estrecho seguimiento del caso. Si la vida del maltratado pudiera estar en peligro, la actuación urgente se impone, y para ello, y el resto de los casos, debemos recordar que la Fiscalía dispone de recursos policiales y de investigación eficaces, y que pocas veces utilizamos.

Si la sospecha se confirma, y el anciano está incapacitado, deben ponerse en marcha los mecanismos de protección del mismo.

Todo esto es muy debatido, y quizá es aquí donde más en falta echamos la existencia del marco legal a que hacíamos referencia. Habría que conocer si el anciano maltratado está o no legalmente incapacitado, y quién posee su tutela. También se somete a debate quién debe aceptarla en caso de que se le retire la misma al perpetrador, o el cuidador habitual sea el mismo que maltrata, y no exista otro familiar dispuesto a hacerse cargo de la protección del anciano. Esta responsabilidad debe establecerse, así como la agilidad en la tramitación de estos expedientes, que podrían hacer volver a un medio agresivo, a un anciano maltratado.

En cualquier caso, y en ocasiones muy a pesar de los gerentes y gestores de salud, nosotros debemos hacer uso de los recursos de que disponemos, y que siempre, van a estar siendo bien utilizados, si de un maltrato se trata. No creo que debamos dudar en el ingreso hospitalario, en una unidad de larga estancia, o tramitar un expediente urgente de ingreso en residencia para un anciano ingresado, con lesiones o no, porque no tenga una neumonía o no esté deshidratado. Esto puede contravenir en cierta medida, el concepto de niveles asistenciales, de utilización de recursos, y de todo lo que alguien quiera, pero lo principal es salvar a la víctima de su medio, y hay que usar, lo que sea, y de lo que se disponga para rescatarla.

Si la tutela y la custodia del incapacitado pasaran a otro familiar, también debemos

establecer los mecanismos correspondientes de seguimiento.

En la situación de que tengamos delante un caso de maltrato evidente, nuestra conducta debe dirigirse en primer lugar, a la protección del anciano. (Ver cuadro 2).

Si el anciano procede o no a establecer una denuncia es un tema, pero sí debemos hacerlo nosotros ante el Ministerio Fiscal, que ya pondrá en marcha las actuaciones pertinentes. Pero como nuestro interés va más allá de sancionar al culpable, debemos poner en marcha la correspondiente investigación social, y rescatar al anciano utilizando todos los recursos de que disponemos, y que dispone la comunidad, esté el viejo incapacitado o no.