

NEGLIGENCIA Y MALTRATO EN MAYORES

Balea-Fernández, Francisco Javier

Doctor en Psicología (USAL)
Doctorando en Investigación en Biomedicina (ULPGC)
fbalea@cop.es

González-Medina, Sonia

Máster en Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitaria (ULPGC)
songon78@hotmail.com

Alonso-Ramírez, Javier

Doctorando en Investigación en Biomedicina (ULPGC)
xaalonso86@gmail.com

Recepción Artículo: 24 enero 2020
Admisión Evaluación: 4 marzo 2020
Informe Evaluador 1: 1 enero 2020
Informe Evaluador 2: 1 enero 2020
Aprobación Publicación: 20 abril 2020

RESUMEN

La verdadera esencia del proceso de envejecimiento es la interacción entre la subjetiva disminución en el plano cognitivo y no cognitivo que produce una alteración funcional sobre las actividades de la vida diaria. La evolución de la pirámide poblacional ha puesto de manifiesto un importante incremento de proporción de ancianos/as en todo el mundo y sin establecer de manera clara los roles sociales de este colectivo. Uno de los mayores factores predisponentes para el maltrato al mayor es el concepto que tiene la sociedad sobre el envejecimiento (fragilidad y dependencia) unido a un debilitamiento de vínculos familiares y la falta de recursos económicos para garantizar el adecuado cuidado. En España en el año 2018, se contabilizaron 2.037.700 personas de más de 65 años que viven solos/as, a este dato se une que en el año 2019 el 29,93% de mayores padecía dependencia; dato que se incrementa exponencialmente cuando superan los 80 años. Se estima que el maltrato en mayores llega al 52,6% en comunidad, siendo la dependencia el principal factor de riesgo. El maltrato a personas mayores puede presentarse de diferentes maneras tanto por abuso, abandono o negligencia con unos signos y síntomas concretos; siendo la psicológica la manera más frecuente de maltrato al mayor. El perfil del maltratado/a se caracteriza por ser mujer; mayor de 75 años y con deterioro cognitivo o demencia; mientras que el maltratador/a familiar, carece de suficientes recursos económicos y cuidados de larga duración. El abordaje en caso de detectar maltrato al mayor en la comunidad se sigue a través de un plan de actuación respaldado por la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. El interés sobre el maltrato en los/as ancianos/as tiene un creciente interés en la literatura científica.

Palabras clave: maltrato; negligencia; anciano; dependencia

ABSTRACT

Elder abuse and neglect. The true essence of the aging process is the interaction between the subjective decrease in the cognitive and non-cognitive plane that produces a functional alteration on the activities of daily life. The evolution of the population pyramid has revealed a significant increase in the proportion of the elderly throughout the world and without clearly establishing the social roles of this group. One of the biggest predisposing factors for elder abuse is the concept that society has about aging (fragility and dependency) together with a weakening of family ties and the lack of economic resources for adequate care. In Spain in 2018, 2,037,700 people over 65 who lived alone were counted, this data joins that in 2019 29.93% older suffered from dependency; data that increases exponentially when they exceed 80 years. It is estimated that elder abuse reaches 52.6% in the community, with dependency being the main risk factor. Elder abuse can present different forms of abuse, neglect or neglect with specific signs and symptoms; being the psychological the most frequent way of elder abuse. The profile of the abused is characterized by being a woman; 75-year-old mayor with cognitive disabilities or dementia; while the abuser / a relative, with limited financial resources and long-term care. The approach in case of detecting mistreatment of the mayor in the community, follows an action plan backed by the World Health Organization and the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology. Interest in elder abuse has a growing interest in the scientific literature.

Keywords: abuse; neglect; old age; dependency

INTRODUCCIÓN

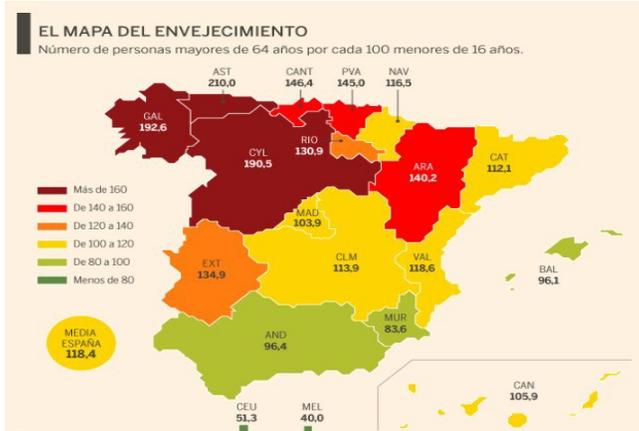
La verdadera esencia del proceso de envejecimiento es la interacción entre la subjetiva disminución en el plano cognitivo y no cognitivo que produce una alteración funcional sobre las actividades de la vida diaria. Esta afectación no influye solamente al mayor, sino que tiene una central importancia en la relación tanto en su entorno más próximo, la familia, como en el social y ocurre lo mismo recíprocamente (Balea-Fernández et al., 2007).

En relación con el envejecimiento de la población española, en los últimos cien años, se ha duplicado el número de habitantes, pero el número de personas mayores es siete veces mayor y los octogenarios se han multiplicado por un factor de 13. En los próximos diez años, como media, supondrán más del 25% de la población, de ellos/as el 35% de los hombres y el 65% de las mujeres mayores de 65 años ya presentan algún tipo de discapacidad, que es severa en la mitad de los casos (Conde-Ruiz y Alonso, 2006; Estévez y Guerrero, 2015).

Uno de los mayores factores predisponentes para el maltrato al mayor es el concepto que tiene la sociedad sobre el envejecimiento (fragilidad y dependencia) unido a un debilitamiento de vínculos familiares y la falta de recursos económicos para garantizar el adecuado cuidado (Agudelo-cifuentes et al., 2020).

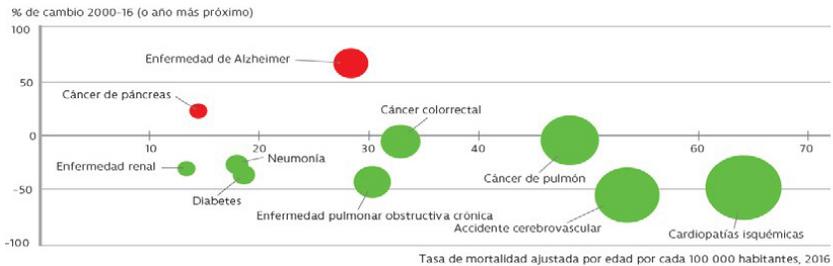
Además, en la actualidad se producen más fallecimientos que nacimientos, por lo que la población disminuye. A este dato, se une el dato de cómo está configurada la pirámide poblacional que indica que las personas mayores de 65 años suponen 8,7 millones y representan el 18,7% de la población total. A este dato, se une lo mostrado en la figura 1 en donde se compara el número de mayores de 65 años en relación con los/as menores de 16 años. Tal y como se puede observar, el número de mayores en la zona norte de España en relación con los/as menores de 16 años es muy elevado, sobre todo en la zona de Asturias, Galicia y Castilla y León donde las cifras aumentan de 190 mayores de 65 años por cada 100 menores de 16 años (INE, 2016; Rodríguez-Gil, 2017).

Figura 1: Mapa de envejecimiento en España. Fuente Rodríguez-Gil (2017)



En la tasa de mortalidad hasta el año 2016 las enfermedades cardiovasculares, EPOC y diabetes estaban entre las tres primeras causas, en la actualidad, tal y como se puede observar en la gráfica 2, la enfermedad de Alzheimer y cáncer de páncreas son las que más han incrementado situándose en las primeras. Esta no solamente es una cuestión clínica, sino que el aumento en la mortalidad de mayores con Enfermedad de Alzheimer plantea la necesidad, tanto de presente como de futuro, de abordar con eficacia y eficiencia los cambios esperados, tanto en el sistema sanitario (tratamiento de pluripatologías y cronicidad) como en el social (estructura social) para dar respuesta a las demandas crecientes (Conde-Ruiz y Alonso, 2006; Estévez y Guerrero, 2015; European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Figura 2: causas de muerte. Fuente (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).



En España en el año 2018 había 4.732.400 personas viviendo solas. De esta cifra, 2.037.700 (un 43,1%) tenían 65 o más años. Y, de ellas, 1.465.600 (un 71,9%) eran mujeres. Además, tal y como se puede observar en la tabla 1, se detecta un aumento progresivo de esta situación de soledad (INE, 2019a).

NEGLIGENCIA Y MALTRATO EN MAYORES

Tabla 1: hogares unipersonales por edad y sexo. Fuente INE (2019)

| Edad | Sexo | Año 2018 | Año 2017 | Variación absoluta | Variación relativa (%) |
|------------------|--------|-----------|-----------|--------------------|------------------------|
| Total | Total | 4.732.400 | 4.687.400 | 45.000 | 1,0 |
| Menos de 65 años | Total | 2.694.800 | 2.726.500 | -31.700 | -1,2 |
| | Hombre | 1.593.800 | 1.633.800 | -40.000 | -2,4 |
| | Mujer | 1.101.000 | 1.092.700 | 8.300 | 0,8 |
| 65 y más años | Total | 2.037.700 | 1.960.900 | 76.800 | 3,9 |
| | Hombre | 572.100 | 550.900 | 21.200 | 3,8 |
| | Mujer | 1.465.600 | 1.410.000 | 55.600 | 3,9 |

Otro de los datos a destacar en la tabla 1 es el número de mujeres mayores de 65 años que viven solas. Es la corriente denominada *feminización de la vejez* las mujeres son mayoritarias en la vejez, superando en un 32,0% (5.068.440) a los hombres (3.839.711), y esta principalidad es aún más acentuada cuanto más avanzada sea la edad. A pesar de ello, acumulan más patología y dependencia. En este punto, surge un nuevo concepto “*esperanza de vida saludable*” que trata de aportar la dimensión de calidad de vida, es decir, mide el porcentaje de tiempo que se vive con buena salud a partir de los 65 años. Los datos indican que el 53,7% del tiempo por vivir de los varones lo es en buenas condiciones, mientras que el 44% lo es en el caso de las mujeres (Abellán-García et al., 2019; Estévez y Guerrero, 2015; European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

AGEÍSMO Y ENVEJECIMIENTO

La evolución de la pirámide poblacional ha puesto de manifiesto un importante incremento de proporción de ancianos/as en todo el mundo y sin establecer de manera clara los roles sociales de este colectivo. Diversos estudios muestran una creencia según la cual han pasado de una posición de respeto en la sociedad (sabiduría y económico y político), hacia otra versión menos favorable en la sociedad industrializada (Forero- Borda et al., 2019).

El término *ageísmo* fue descrito por primera vez por el gerontólogo Robert Butler en 1969. En su definición, hace referencia a la *discriminación que se ejerce hacia las personas mayores en la sociedad actual*. Esta definición es igualmente válida en nuestro contexto actual, a pesar de haber pasado más de cuatro décadas desde su adquisición. Las principales características del *ageísmo*, según explica Butler, son el prejuicio institucional e individual contra las personas mayores, estereotipándolas, mitificándolas, desaprobandolas y evitándolas. En cualquier caso, los estereotipos no afectan de la misma manera a todos los sectores sociales, siendo la mujer la que la soporta con mayor intensidad y frecuencia (Butler, 1969; UDP, 2004).

Una de las consecuencias del *ageísmo* es la *gerontofobia*, que significa miedo patológico a envejecer. En este sentido, existe una dicotomía irracional al proceso de envejecimiento: por un lado, consideramos algo negativo el mismo proceso de envejecer, sobre todo por las consecuencias relacionadas con el *ageísmo*; pero por otro creemos que es bueno envejecer, ya que la alternativa a este proceso es fallecer por el camino. Esta dicotomía en el pensamiento hace que dispongamos una situación emocional que ejecute comportamientos y actitudes negativas hacia el proceso de envejecimiento. Así, Butler (1969), describe tres elementos que han sido adaptados y que resumen la discriminación hacia los mayores (Butler, 1969; Rodríguez, 1974; UDP, 2004):

1. *Actitudes sociales negativas hacia las personas mayores y la repercusión emocional.*
2. *La creencia de que las personas mayores son una carga para la sociedad.*
3. *Políticas y prácticas institucionales que contribuyen a perpetuar estos estereotipos.*

Además, es importante tener en cuenta el *ageísmo* “no intencionado” o involuntario que hace referencia a las ideas, las actitudes y las normas o prácticas que se llevan a cabo sin que la persona sea consciente de que son perjudiciales hacia los grupos sociales. Ejemplos de *ageísmo* no intencionado son los datos recogidos en el

Informe sobre discriminación por edad (2016) donde hay un claro contraste entre la valoración mayoritaria (68,4% valora con un 0 la sensación de discriminación por edad), y otras valoraciones como atribución en un mayor grado en el sentimiento de discriminación (11,2% que puntúan 5 o más) y las que manifiestan sentir esa discriminación, pero le atribuyen una menor intensidad (20,5% que puntúan entre 1 y 4 en la escala). Estos datos contrastan con lo publicado en el mismo informe que manifiesta que en tres de cada diez personas mayores, el profesional de la salud justificó su malestar o dolencias como cosas de su edad (32,4%); no oyen bien por la edad (17,9%) o que no pueden entender las cosas que se dicen por la edad (16,2%). Por otro lado, el sexo manifiesta claramente un factor diferenciado de discriminación: las mujeres sufren burlas y chistes un 9% más que los hombres (tasas absolutas del 17,4% mujeres y 8,4% hombres); las diferencias son más acusadas en todo aquello que tiene que ver con menosprecio o el sentirse ninguneadas: *“ser ignoradas o no tomadas en serio debido a la edad”, “ser tratadas de forma despectiva con un término vinculado a la edad, como “vieja”, “abuela”...*” (Butler, 1969; UDP, 2004).

DEPENDENCIA EN EL MAYOR

Según datos del INE, la tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años en el año 2019 fue de 29,93%; dato que se incrementa exponencialmente cuando superan los 80 años (INE, 2019b).

El apoyo y cuidado a los mayores se fundamenta socialmente en la familia (aproximadamente el 80%), mientras el papel del Estado es más reducido, aunque, tal y como se mostró anteriormente, existe un importante porcentaje de hogares unipersonales, y se detecta un importante incremento de personas de más de 65 años sin familia. A pesar de ello se está produciendo una desinstitucionalización del cuidado en aquellos mayores que tienen soporte familiar, sobre todo las hijas (Bazo, 2008; Rogero, 2010; Zueras y Spijker, 2018).

El uso de herramientas para cuantificar la dependencia ha sido un tema controvertido. Entre otras se ha utilizado la Old-Age Dependency Ratio o OADR (relaciona el número de personas de 65 o más años (numerador) y la población entre 15 y 64 años (denominador); Potential Support Ratio (relaciona la población de 15 a 64 años y la población de 65 o más años); las nuevas propuestas de medida son: Adult Disability Dependency Ratio; Elderly Disability Dependency Ratio o Old-Age Healthy Dependency Ratio como indicadores dinámicos basados en elementos dinámicos como las tendencias en longevidad o prevalencia de discapacidad, eliminando la homogeneidad como grupo de los anteriores indicadores. Con estos indicadores, se calcula que en los últimos 20 años se ha pasado de 15 potenciales cuidadores/as en 1998 a 9 potenciales cuidadores/as en 2018, es decir, la disponibilidad de potenciales cuidadores/as informales en España está decreciendo con rapidez (Gómez-Redondo et al., 2018).

Si tenemos en cuenta la publicación del Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de Dependencia en España (2005), que mostraba que el número de cuidadores/as familiares pertenecientes al sexo masculino en nuestro país es de un 16,4% y del sexo femenino de un 83,6%; la edad media de los cuidadores/as es de 53 años; con la publicación de Gómez-Redondo et al. (2018) que muestra que, el grupo de edad 70-74 esa brecha de género empieza a igualarse; el porcentaje de varones cuidadores tiende a superar el de las mujeres a partir de los 80 años; se puede entender la evolución de los/as cuidadores/as informales (Ministerio de trabajo y asuntos sociales, 2005).

La función de cuidador/a constituye un factor de tensión adicional en la dinámica familiar, además de tener incidencia en entornos económico-laborables y en la propia salud del cuidador/a. La percepción de exceso de dedicación puede conllevar comportamientos inadecuados o negligencia en la persona dependiente. Los datos indican una reducción del 61,8% su tiempo de ocio, 33% no puede irse de vacaciones y 1 de cada 3 asegura que no tiene tiempo de ocio con amigos/as ni para cuidarse de sí mismo; con relación a la salud un 27,5% sienten que su salud se ha deteriorado y un 32,7% se encuentran cansados/as; en el plano laboral, un 26,4% afirma que no puede trabajar fuera de casa, con importantes consecuencias a nivel laboral y económico. Además, 3 de 4 personas dependientes elige como primera opción seguir viviendo en su casa con atención y cuidados; mientras que

NEGLIGENCIA Y MALTRATO EN MAYORES

vivir en una residencia el tiempo necesario es escogido solamente por un 2,9% (Abellán-García et al., 2019; Abellán-García y Esparza-Catalán, 2009).

Figura 3: recursos preferidos por la persona dependiente. Fuente Abellán-García et al. (2009).



NEGLIGENCIA Y MALTRATO EN EL MAYOR

El envejecimiento se percibe, sobre todo cuando se habla de mayor dependiente, como una carga. Esta percepción genera actitudes negativas que se materializan como comportamientos negligentes y/o violentos hacia las personas mayores. Entre los dilemas que tienen tanto sanidad como servicios sociales, se encuentra el maltrato a la población anciana. En la actualidad es considerado un problema de salud pública (Enamorado-Tamayo et al., 2020; Forero-Borda et al., 2019).

En un estudio realizado en 2005 con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la sospecha de maltrato en las personas mayores sin deterioro cognitivo, muestra unos resultados que apuntan una sospecha de prevalencia de maltrato de un 52,6%. En las conclusiones del estudio comentan que el maltrato hacia el/la anciano/a es un problema social y sanitario complejo con múltiples barreras que obstaculizan su detección. La investigación sobre los aspectos epidemiológicos está plagada de dificultades, entre otras razones porque afecta a la intimidad de los/as pacientes y al mundo privado de las relaciones personales (Buitrago et al., 2005).

Las investigaciones sobre prevalencia y consecuencias sobre el maltrato y dependencia en las personas mayores son la base para el desarrollo y creación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, conocida como ley de dependencia, se desarrolló con el propósito de reestructurar el sistema de atención al mayor debido al cambio del modelo familiar y de convivencia. Tiene en cuenta la dificultad de conciliación, ya que el cuidado del familiar repercute negativamente en la vida laboral y económica de los/as cuidadores/as. La ley promueve la autonomía y el cuidado de personas dependientes, aunque la violencia tanto intrafamiliar como institucional no dispone de métodos formales o estandarizados para cuantificarse, además de infraestimarse y considerarse un problema silencioso (Zueras y Spijker, 2018).

Se define malos tratos a personas mayores como *la acción única o repetida, o falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista expectativa de confianza*. Este puede ser intencionado o no intencionado, acción u omisión y se produce en el ámbito de convivencia (hogar, residencia, institución, ...) (Chulián y Pérez, 2013; Martínez, 2005).

El maltrato a personas mayores puede presentarse de diferentes maneras, además de poder presentar varios tipos de clasificación (Agudelo-cifuentes et al., 2020):

- **Maltrato físico:** uso intencional de la fuerza que termina en lesión corporal, dolor, deterioro funcional, enfermedad, angustia o muerte.

- **Maltrato psicológico** (más subestimado y oculto): cualquier agresión verbal o no verbal que atenta contra la dignidad de la persona y desencadena angustia o miedo.

- **Maltrato económico o financiero:** uso ilegal, no autorizado o inapropiado de los recursos o propiedades del adulto mayor.

- **Maltrato sexual:** incluye toda interacción sexual o contacto físico, directo o a través de la ropa, que no es deseado por la víctima y se ejerce bajo presión. Este tipo de maltrato usualmente se mantiene en secreto. Presente fundamentalmente en mujeres.

- **Negligencia:** definida como la falta de satisfacción de las necesidades de atención al adulto mayor, por parte de la persona responsable de su protección, que puede poner en riesgo la seguridad y la salud del adulto mayor: la falta de atención médica esencial, nutricional, de hidratación, higiene, ropa y refugio, distanciamiento físico y descuido en el cuidado. Se presenta principalmente en familias con bajos ingresos económicos y mayores con escaso apoyo social.

Entre los signos de alarma más comunes encontrados que pueden hacer pensar en el maltrato hacia la persona mayor se encuentran (Agudelo-cifuentes et al., 2020; Forero- Borda et al., 2019):

- **Maltrato físico:** hematomas, abrasiones, fracturas, marcas de ataduras en muñecas, alopecia traumática y desprendimiento de retina.

- **Maltrato psicológico:** depresión o ansiedad u otras formas de angustia psicológica, confusión y desorientación, miedo a extraños y a su ambiente natural, miedo a los/as cuidadores/as, baja autoestima, indecisión para hablar abiertamente, búsqueda de atención y afecto, cambio de actitud cuando está presente el/la potencial agresor/a.

- **Maltrato sexual:** dolor genital o anal, hematomas perianales, enfermedades venéreas o infecciones genitales, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada manchada con sangre.

- **Maltrato económico o financiero:** patrón irregular de gastos o retiro de dinero de las cuentas, otorgamiento de poder a terceros para cobro de pensión, cambios repentinos del testamento, falta de utensilios de higiene personal y vestuario, cuentas no pagadas, evidencia de posesión de bienes materiales a cambio de cuidados, desconocimiento del estado económico propio y cesión de bienes inmuebles a terceros.

- **Negligencia:** úlceras por presión, malnutrición, deshidratación, descuido en la higiene personal y vestuario, impactación fecal, abandono del mayor en la cama o calle o servicio público, aislamiento, mala adherencia a tratamiento médico o polifarmacia, desvinculación del sistema de salud.

El perfil del maltratado/a se sintetiza en: mujer; mayor de 75 años; dependiente; deterioro cognitivo o demencia; antecedentes de maltrato; escasos recursos económicos. Por otro lado, el perfil del/a agresor/a sería: familiares cuidadores de larga estancia (promedio de nueve años y medio); vive en la familia (40% cónyuge, 50% hijos o nietos); mayor de 50 años; síndrome del/a cuidador/a; desempleados/as con escasos recursos económicos y con antecedentes policiales (Armas y Panchón, 2010).

Desde la perspectiva crítica de la economía política se analiza la influencia que genera la sociedad en las personas mayores, en sus hogares o fuera de ellos. Se centra en que el maltrato se produce debido a que la sociedad margina a las personas mayores y que el maltrato familiar se origina debido a los pocos e inadecuados servicios públicos que el Estado dispone para la atención a mayores dependientes. Por otra parte, a pesar de que el maltrato a las personas mayores es un escenario oculto, "se debe tener claro que el tema del maltrato es una realidad de enorme importancia, que en modo alguno se puede minimizar, y que afecta a un gran número de personas mayores" (Etxaniz y Leturia, 2009; Martínez, 2005).

Para poder establecer tanto prevalencia como incidencia de maltrato se han desarrollado escalas, las más utilizadas son (Forero-Borda et al., 2019):

NEGLIGENCIA Y MALTRATO EN MAYORES

- Elder Abuse Suspicion Index (EASI): seis preguntas dirigidas a personas mayores sin deterioro cognitivo en el ámbito de la atención primaria. Validado en España. Sensibilidad 67%, especificidad 98%.

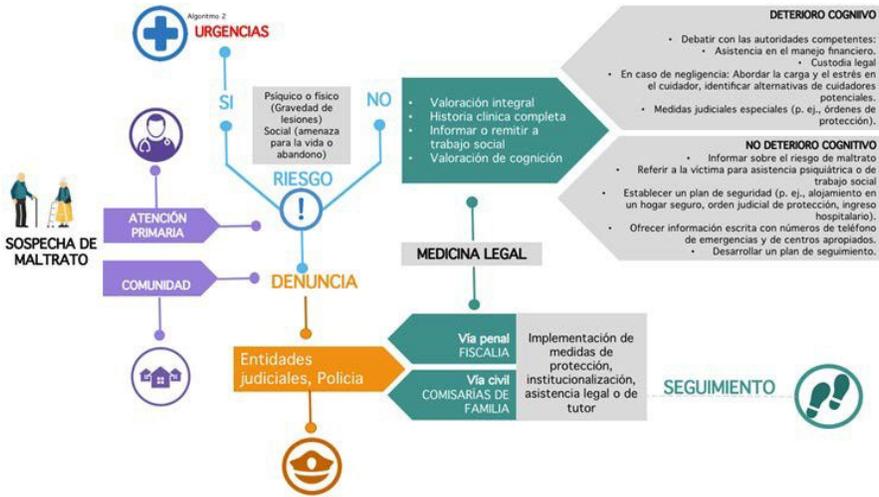
- Indicators of Abuse (IOA): 15 ítems sobre la persona mayor y 12 ítems sobre el/la cuidador/a. Cuenta con un gran poder discriminativo y su fiabilidad aumenta si es realizada por profesionales en trabajo social.

- Hwalek Sengstock Elder Abuse Screening Test (HS-EAST): 15 preguntas directas y requiere un tiempo estimado de entre 5 y 10 minutos para su realización.

- Escala de Detección del Maltrato por parte del/a cuidador/a (Caregiver Abuse Screen: CASE): 6 ítems dirigidos a los/as cuidadores/as. Instrumento sensible y específico que puede utilizarse como screening, pero debe complementarse con una valoración más profunda. Validado en España en el 2015.

El abordaje de detectar maltrato al mayor en la comunidad, se sigue a través de un plan de actuación respaldado por la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Forero-Borda et al., 2019):

Figura 4: respuesta global al maltrato de las personas mayores incluyendo negligencia: capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial. Fuente Forero-Borda et al. (2019. p.12)

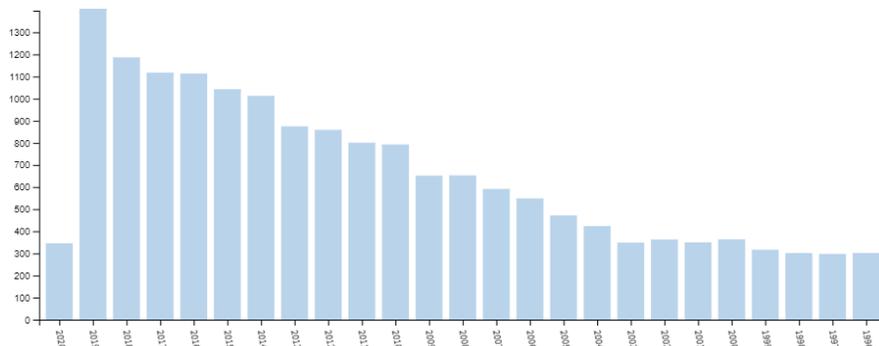


PUBLICACIONES SOBRE EL MALTRATO AL MAYOR

Las primeras publicaciones sobre el maltrato en mayores fueron a principios de los años ochenta, las publicaciones procedían de Inglaterra, Estados Unidos y Canadá (Marmolejo, 2005).

El interés sobre el maltrato en ancianos/as ha generado un incremento en la literatura científica. A continuación, se muestran los resultados de las publicaciones en los últimos 25 años en Web of Sciences (palabras clave “elder abuse”).

Figura 5: resultados de publicaciones en los últimos 25 años. Fuente WOS (abril, 2020).



El total de publicaciones es de 18.325. Siendo una de las principales causas la consolidación de Sociedades científicas de geriatría y gerontología.

Dentro de éstas, las ciencias que mayor número de publicaciones informaron fueron: psicología con 6.322 publicaciones (34,49%) y geriatría y gerontología con 6.044 publicaciones (32,98%).

CONCLUSIONES

La fragilidad y dependencia son circunstancias que evidencian las necesidades de protección a la población mayor vulnerable. Esta alteración tanto en el plano funcional como cognitivo trastorna la relación en la esfera familiar y social.

El incremento en la esperanza de vida unida al número de personas que viven solas o bien parejas sin hijos/as, muestra un escenario de vulnerabilidad en el envejecimiento para futuras generaciones. Teniendo en cuenta que la esperanza de vida en la mujer es mucho mayor que en los hombres, se está produciendo una feminización de la vejez; por otro lado, la mujer acumula más patologías y dependencia durante el proceso de envejecimiento.

El concepto social de envejecimiento ha ido sufriendo modificaciones a lo largo de los años, ha pasado de tener una posición de respeto como guardián de la sabiduría, fuente de conocimientos políticos y poder económico a una versión menos favorable en las sociedades altamente industrializadas. En muchos sectores, incluso es considerada una carga tanto desde el punto de vista social como económico. Estas actitudes generan un importante impacto emocional, tanto en los mayores como en adultos, generando gerontofobia. Entre otras razones, en la actualidad se reclama el término calidad de vida en detrimento de cantidad.

La tasa de dependencia actual está en torno al 30% de los mayores de 64 años, incrementando esta tasa exponencialmente a medidas que se incrementa la edad. Esta situación requiere de un afrontamiento tanto social como sanitario para dar respuesta a una creciente demanda de manera óptima.

La responsabilidad del cuidado de las personas mayores en el entorno familiar tiene unas consecuencias adversas cuando no se gestiona de manera adecuada. Los/as cuidadores/as de familiares mayores durante mucho tiempo, junto a las dificultades tanto laborales como económicas, son factores de riesgo para generar maltrato.

El maltrato psicológico y la negligencia son las formas de maltratos más frecuentes, por el contrario, el maltrato psicológico es el menos manifiesto y el más infraestimado. Existen herramientas para la detección del maltrato tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias, pero no hay costumbre de uso. También existen protocolos para la comunidad, pero también están infrutilizados debido a que la mayoría de los maltratos a mayores se producen en entornos intrafamiliares o institucionales que no son percibidos por el resto de la comunidad.

NEGLIGENCIA Y MALTRATO EN MAYORES

La literatura científica da cuenta a través del creciente número de publicaciones de la importancia que posee el abordaje de este problema público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán-García, A., Aceituno-Nieto, P., Pérez-Díaz, J., Ramiro-Fariñas, D., Ayala-García, A., y Pujo-Rodríguez, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España 2019. *Informes Envejecimiento En Red*, 22, 1–38.
- Abellán-García, A., y Esparza-Catalán, C. (2009). Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores. *Informe Portal Mayores*, 99, 1–19.
- Agudelo-cifuentes, M. C., Cardona-arango, D., y Restrepo-ochoa, D. A. (2020). Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Rev. Fac. Nat. Salud Pública*, 38(2), 1–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e331289>
- Armas, M., y Panchón, C. (2010). *Colección Manuales Docentes de Seguridad y Emergencias: Prevención del Maltrato*.
- Balea-Fernández, F. J., Perea-Bartolomé, M. V., y Ciordia-Rada, N. (2007). *Programa de estimulación neuropsicológica integral (PRESNI): Manual del usuario* (Fundación).
- Bazo, M. T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Política y Sociedad*, 45(5), 73–85.
- Butler, R. (1969). Ageism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243–246.
- Chulián, A., y Pérez, G. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores, Sociedad y Utopía. *Revista de Ciencias Sociales*, 41, 127–167.
- Conde-Ruiz, J., y Alonso, J. (2006). El sistema de pensiones en España ante el reto del envejecimiento. *Presupuesto y Gasto Público*, 44, 51–73.
- Enamorado-Tamayo, A. L., Cárdenas-Torrientes, M. G., López-Enamorado, Y. L., Smith-Hernández, M. S., y Lastre-Fonseca, L. (2020). Programa educativo ante la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Multimed*, 24(Supl 1), 194–207.
- Estévez, J., y Guerrero, M. (2015). *Soluciones para la gestión de la cronicidad*. <http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/INFORME SEDISA.compressed.pdf>
- Etzaniz, N., y Leturia, F. J. (2009). *Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato*. European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *State of Health in the EU España. Perfil sanitario nacional 2019* (pp. 1–24).
- Forero-Borda, L. M., Hoyos-Porto, S., Buitrago-Martínez, V., y Heredia-Ramírez, R. A. (2019). Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Univ. Med.*, 60(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-4.malt>
- Gómez-Redondo, R., Fernández-Carro, C., y Cámara-Izquierdo, N. (2018). ¿Quién cuida a quién? La disponibilidad de cuidadores informales para personas mayores en España. Una aproximación demográfica basada en datos de encuesta. *Informes Envejecimiento En Red*, 20, 1–36.
- INE. (2016). España en cifras 2016. In *Instituto Nacional de Estadística*. <https://doi.org/729-15-011-4>
- INE. (2019a). *Encuesta Continua de Hogares (ECH)* (Vol. 3). https://www.ine.es/prensa/ech_2018.pdf
- INE. (2019b). *Tasa de dependencia de la población mayor de 64 años*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1455#!tabs-tabla>
- Marmolejo, I. (2005). *Violencia contra personas mayores*. (Ariel).
- Martínez, A. (2005). *El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. (2005). *Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España*.
- Rodríguez-Gil, G. (2017). España alcanza un nuevo récord de envejecimiento con 118 mayores por cada 100 menores de 16 años. *Expansión*. <http://www.expansion.com/economia/politica/2017/07/07/595e2ca8468aeb3a398b45eb.html>
- Rodríguez, A. (1974). *Las actitudes* (MINED).

- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores* (IMSERSO).
- UDP. (2004). *INFORME SOBRE DISCRIMINACIÓN POR EDAD*.
- Zueras, P., y Spijker, J. (2018). Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más a nos con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53(2), 66–72.

