

Investigación médico legal de la violencia y muerte en adultos mayores y discapacitados institucionalizados

Breglia Gustavo¹✉, Uzal Marcelo¹

¹Cuerpo de Investigación Forense Poder Judicial de Rio Negro.
Facultad de Medicina de Universidad Nacional del Comahue. Rio Negro
– Argentina.

✉ g.a.breglia@gmail.com

Datos del artículo

Cita: Breglia Gustavo, Uzal Marcelo. 2024. Investigación Médico Legal de la Violencia y Muerte en Adultos Mayores y Discapacitados Institucionalizados. Revista Digital de Ciencia Forense. 3(2): 30-45 pp.

Editor: Vicente Torres Zúñiga

Revisión por pares: dos revisores

Recibido: 26 agosto 2024

Aceptado: 7 de octubre 2024

Publicado: 31 de octubre 2024

Resumen

Los adultos mayores y personas con discapacidad que están bajo cuidado en instituciones, representan un segmento de la población particularmente vulnerable a los distintos tipos de violencia. Las proyecciones de crecimiento poblacional mundial en las próximas décadas pronostican un aumento significativo de adultos mayores en condiciones de estar institucionalizados.

La investigación médico legal de la violencia y aun muerte de estas personas vulnerables representan un gran desafío por las intrincadas variables que se solapan tanto por su condición biológica como por el ambiente donde permanecen al cuidado.

En el presente artículo se realiza una revisión exhaustiva complementado con iconografía, de las distintas variables que debe considerar el médico forense cuando deba investigar este tipo de casos.

Palabras clave: adultos mayores, discapacidad, investigación, forense.

Abstract

Elderly people and people with disabilities who are under institutional care represent a segment of the population that is particularly vulnerable to different types of violence. Projections of global population growth in the coming decades predict a significant increase in the number of elderly people in institutionalized conditions.

Forensic medical investigation of violence and even death of these vulnerable people represents a great challenge due to the intricate variables that overlap both due to their biological condition and the environment where they remain in care.

This article provides an exhaustive review, complemented with iconography, of the different variables that the forensic doctor must consider when investigating this type of case.

Keywords: Elderly, disability, investigation, forensic

Introducción

En la sociedad moderna los avances de la medicina, el acceso a la salud, la alimentación y mejores estándares de vida, ha condicionado que en el último siglo la expectativa de vida se duplicará (1); en 1900 la esperanza de vida media de un recién nacido era de 32 años y el 1% de la población mundial era mayor a 65 años, en 1992 el porcentaje subió al 6%; en 2021 la expectativa de vida fue de 71 años, en la actualidad y dependiendo el país puede llegar a los 80 años (2). Se estima que para el año 2050 más del 20% de la población mundial será mayor de 65 años (3).

No obstante, los avances médicos que aumentaron la esperanza de vida, poco pueden hacer contra el envejecimiento normal que trae aparejado mayor prevalencia de enfermedades físicas y mentales, demandantes de cuidados especiales, lo que sitúa a los adultos mayores y eventualmente a personas con discapacidad en una posición donde configuran la representación negativa de carga tanto para los sistemas de seguridad social pero especialmente para las personas que se encargan de su cuidado, los cuales, en ocasiones, no están debidamente preparados para afrontar tal problemática.

La transformación de la pirámide poblacional pone de manifiesto una realidad que es más visible en nuestros días, pero será más patente en las siguientes décadas, donde el médico forense tendrá una activa participación en la valoración e investigación de delitos contra adultos mayores y personas con discapacidad (4).

Definición del problema

En la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, llevada a cabo en Almería (España) en 1996 se definió el problema de la siguiente manera (5):

“El maltrato al anciano es todo acto u omisión sufrido por personas 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).”

Aquí entendemos que la situación de los adultos mayores, también comparte similitudes respecto a la necesidad de cuidados, de otro sector vulnerable como son las personas con discapacidad física o mental, a la cual hacemos extensiva la definición.

La discapacidad física puede ser producida por enfermedades o secuelas traumáticas que condicionen disminución visual, auditiva, déficits neurológicos que impliquen pérdida de la autonomía para actividades cotidianas, anomalías del desarrollo, trastornos músculo esqueléticos y neurológicos genéticos o adquiridos. En tanto que la discapacidad del orden mental incluye ciertos trastornos psiquiátricos, secuelas por abusos de sustancias, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, además de otras discapacidades mentales congénitas y adquiridas que integran el espectro del denominado “Retraso Mental” en sus diferentes presentaciones. No obstante, es de destacar que tanto las discapacidades físicas y mentales lejos de excluirse mutuamente, suelen coexistir (6).

Este es un problema que cruza transversalmente todas las clases sociales, y que tienen lugar ya sea en el ámbito familiar, como en instituciones.

Ante el aumento de la masa poblacional de adultos mayores a las que hicieramos referencia en párrafos anteriores, junto al incremento de la expectativa de vida que atañe no solo a ellos sino también a personas que, sin ser de la franja etaria que las involucra, pero que, a punto de partida de su discapacidad, también las alcanza, nos enfrentamos tal como lo proclama Dabove (7), a una “*realidad específica*” respecto a la necesidad de alojamiento y cuidado de estos individuos.

Respecto a la violencia dentro de las instituciones que albergan adultos mayores y personas con discapacidad, nos enfocaremos en la violencia física, y negligencia desde el punto de vista del médico forense.

Entendiendo el maltrato

Tal como lo estableció Lachs (8) y lo menciona Borda (9), la dependencia progresiva del adulto mayor o discapacitado, ya sea por impedimento físico o alteraciones cognitivas, condiciona un incremento en la carga y estrés del cuidador, manifestándose como uno de los factores de riesgo y predictores de maltrato. De este modo los adultos mayores dependientes tienen siete veces más probabilidades de sufrir maltrato, según los resultados del estudio de Agudelo- Cifuentes y col (10).

Tomando en consideración el impedimento físico, las alteraciones cognitivas, y en algunas ocasiones el miedo a la represalia por parte de las víctimas, la tasa de denuncia de estos hechos es del 20% de los casos (9-11). En individuos institucionalizados, la violencia física y/o las condiciones devenidas por la actitud negligente de los cuidadores, se visualizan a través de las denuncias por el personal de salud cuando requieren hospitalización, o por los familiares cuando el individuo fallece en la institución.

Investigando el maltrato y la negligencia

La investigación de maltrato o negligencia en instituciones que albergan adultos mayores y/o personas con discapacidad, implica el conocimiento de la condición de multi-morbilidad que ellos presentan; el envejecimiento trae aparejado una fenomenología de lesiones, enfermedades y tratamientos, cuyas manifestaciones pueden remedar lesiones por malos tratos (12).

De esta manera la presentación y morfología de las lesiones pueden estar supeditadas a estados patológicos previos como enfermedades neurológicas, diabetes, fragilidad o enfermedades de la piel, trastornos circulatorios, medicación, etc.

Así las secuelas de lesiones tienden a seguir un derrotero más largo y complejo que en un individuo joven, lo que redundará en procesos de cicatrización y rehabilitación más duraderos y difíciles; esto condiciona, en ocasiones, marcados impedimentos para la vida autónoma del adulto mayor o personas con discapacidad.

De este modo, es común que en adultos mayores que están anticoagulados la presencia de equimosis, se produzcan con traumatismos mínimos que no configuran un maltrato; al igual que el despegamiento cutáneo por atrofia de las capas basales de la piel, es también común de observar, y no necesariamente es manifestación de maltrato. (figura 1)



Figura 1: Izquierda: equimosis en adulto mayor anticoagulado con mínimo traumatismo. Derecha: efracción de la piel por despegamiento cutáneo, por fragilidad y atrofia cutánea en adulto mayor-Fuente: imágenes del autor.

La inestabilidad de la marcha, la tendencia a caídas y osteoporosis se conjugan para la producción de fracturas que no se vinculan necesariamente con maltrato.

El médico forense que investigue estos casos, debería contar en forma previa al examen físico en el individuo vivo, o previo a la realización de la autopsia, con los datos biográficos y clínicos del individuo.

Aunque es probable que la documentación médica de la institución pueda estar incompleta o no refleje la realidad del estado del individuo, en ocasiones y en nuestra experiencia ha sido de inestimable ayuda la interpretación de vídeos de cámaras de seguridad con las que algunas instituciones cuentan.

Con estos datos el médico forense deberá contextualizar los hallazgos, datos biográficos y otros indicios para diferenciar si está frente a una situación natural e inherente al envejecimiento, condiciones propias del individuo, si se trata de un evento accidental, o es una situación de maltrato o negligencia.

Maltrato físico

La violencia física contra el adulto mayor o la persona con discapacidad será ostensible, prima facie, en el plano de la piel donde toda la gama de lesiones cutáneas superficiales puede estar presentes (13).

La presencia de equimosis, excoriaciones, hematomas, mordeduras etc. deberán ser documentadas y valorados sus mecanismos de acción y probables elementos productores, teniendo en cuenta que en ocasiones las características de estos quedan plasmados en la piel como lesiones figuradas.

Fracturas

Particularmente los adultos mayores presentan osteoporosis, que es una condición donde el hueso es más frágil y proclive a fracturarse; esta condición está dada no solo por el envejecimiento normal sino también por la menor movilidad y algunas enfermedades.

En adultos mayores la caída de su propia altura, puede condicionar fracturas cuyos patrones son conocidos por médicos de atención primaria u ortopedistas, fundamentalmente en muñecas hombro y codo (figura 2) cadera (figura 3) y vértebras (figura 4).

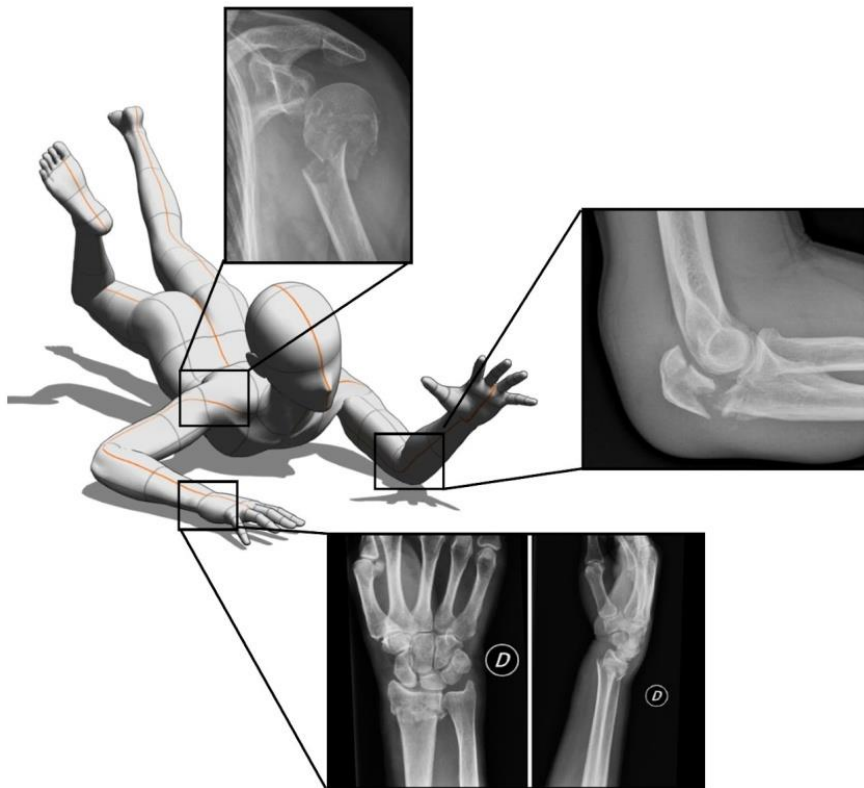


Figura 2: fracturas en anciano por caída de su altura en muñecas, codo y hombro. Fuente: elaboración propia e imágenes del autor.

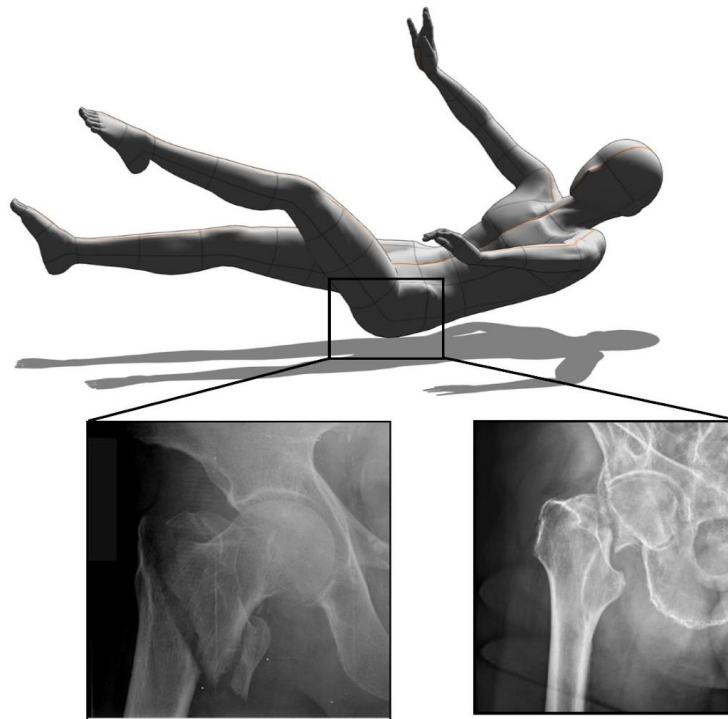


Figura 3: fracturas en anciano por caída de su altura en cadera. Fuente: elaboración propia e imágenes del autor.

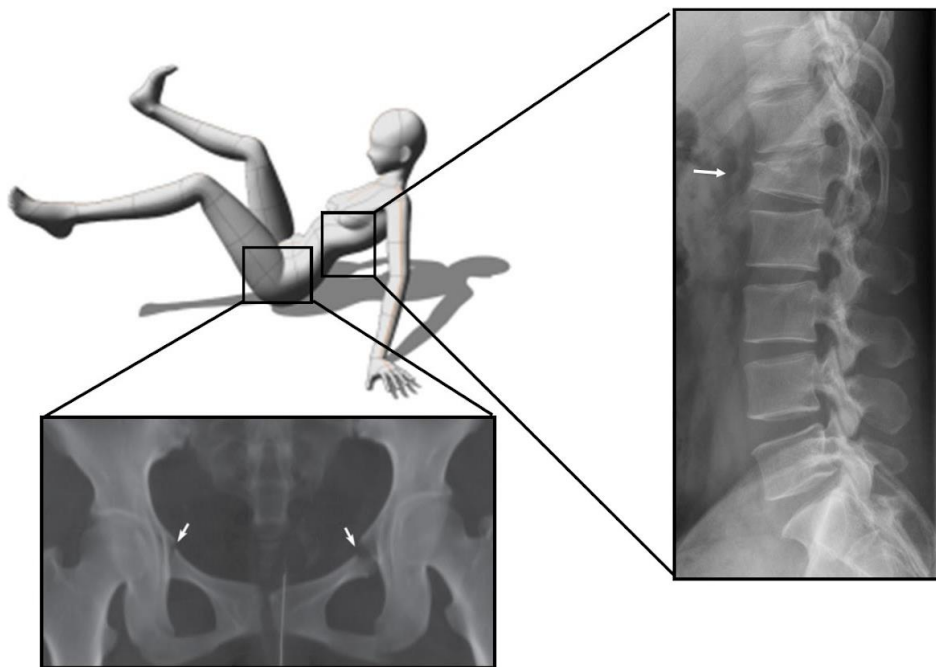


Figura 4: fracturas en anciano por caída de su altura en pelvis y columna. Fuente: elaboración propia e imágenes del autor.

Las fracturas espiroideas (figura 5) que tienen un mecanismo de acción por rotación del miembro, en el contexto apropiado pueden ser compatibles con gestos abusivos al adulto

mayor o persona con discapacidad (12). De igual modo fracturas en el rostro, maxilar inferior, área cigomática y pérdida de piezas dentarias deben elevar el nivel de sospecha de maltrato (14).



Figura 5: izquierda: fractura por impacto (común en caídas en adultos mayores con osteoporosis - Derecha: fractura oblicua espiroideas, cuyo mecanismo es la rotación. Fuente: elaboración propia e imágenes del autor.

Negligencia

En el contexto del deber de cuidado institucional, la negligencia hace referencia a una conducta por omisión, que trasunta en situaciones donde el descuido y la inobservancia de las obligaciones de cuidado, pueden manifestarse negativamente en la esfera psicofísica de los adultos mayores y/o personas con discapacidad.

En este sentido, la incapacidad de un cuidador de proporcionar atención básica a un adulto mayor o persona con discapacidad y de proporcionar bienes y servicios necesarios para prevenir daños físicos o malestar emocional configura la negligencia que, tal como lo menciona Collins (2006) (15), puede ser “*negligencia activa*”, en la que un cuidador incumple intencionalmente una obligación hacia la persona debilitada, y “*negligencia pasiva*”, en la que el incumplimiento no es intencional.

Contención y restricción

La contención y restricción de adultos mayores o personas con discapacidad en las instituciones que los albergan, pueden ser llevadas a cabo mediante medidas mecánicas o farmacológicas; en cualquier caso, son aplicables en forma temporal, con formal indicación médica y supervisión, hasta que la situación de emergencia que la motivo haya cesado.

La restricción sin evaluación médica previa, utilizada por cuidadores en forma sistemática y en ausencia de una situación de emergencia o que ponga en peligro la vida se asocia significativamente con lesiones y muerte (12).

Las consecuencias relacionadas con el uso indebido de maniobras restrictivas de sujeción y medicación antipsicótica o aun ansiolíticas son, además del sufrimiento psicológico, las lesiones por presión, atrofia muscular cuando es sostenida en el tiempo, mala nutrición,

incontinencia urinaria, deterioro cognitivo y físico (16), desarrollo de atelectasias, hipotensión ortostática, desmineralización, mayor tendencia a caídas (17).

El adulto mayor que es sujetado a camas o sillas sin el debido control es susceptible a quedar atrapado por los dispositivos empleados, lo que puede condicionar en ocasiones asfixias posicionales, ya sea por compresión del cuello o compresión torácica.

Los estigmas cutáneos de las maniobras restrictivas pueden objetivarse en tobillos, muñecas y tórax (figura 6).

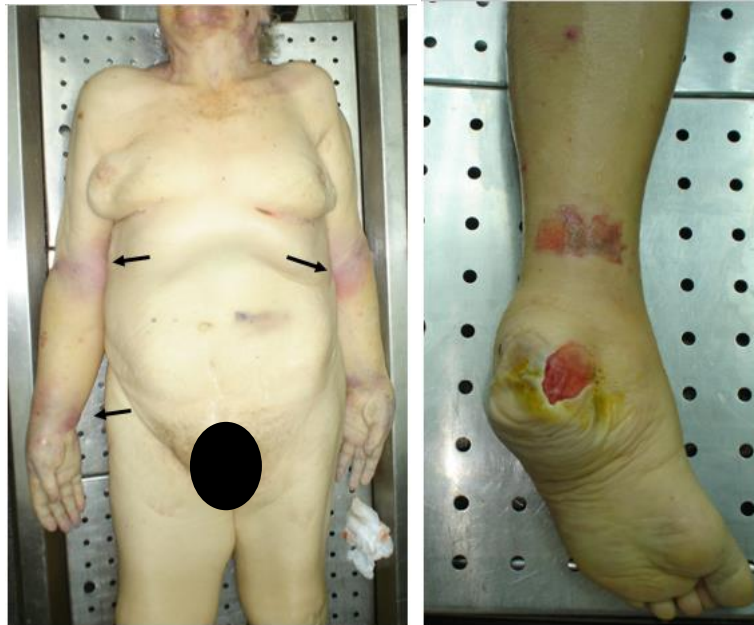


Figura 6: izquierda: en la cara ventral de ambos codos se observa el enrojecimiento cutáneo que produjeron elementos restrictivos, obsérvese el edema distal en antebrazos y las manos, por obstrucción al retorno venoso Derecha: en la región maleolar (tobillo) se observa área excoriativa que corresponde a elemento restrictivo, en el talón se observa una lesión por decúbito. Fuente: imágenes del autor.

En cualquier caso, la presencia de estas lesiones que no estén debidamente justificadas en la documentación médica, aumentaran las sospechas de trato negligente.

Del mismo modo la falta de movilización en individuos con impedimentos físicos es proclive al desarrollo de contracturas y posiciones que condicionen la presencia de escaras por decúbito. (figura 7)



Figura 7: joven con discapacidad por secuela neurológica traumática que desarrollo una contractura en la posición de flexión de la cadera, por falta de movilización. Fuente: imágenes del autor.

Medicación y controles

La negligencia en ocasiones puede manifestarse de manera sutil, una pista puede ser un cambio en la evolución en enfermedades crónicas previamente bien controladas, aquí la mala gestión de la entrega o suministro de medicación y controles puede ser la causa subyacente; en estas situaciones serán de utilidad las pruebas de laboratorio para valorar los niveles séricos de algunos medicamentos habitualmente utilizados en adultos mayores como digoxina, warfarina, fenitoina y otros.

Los niveles de hemoglobina glicosilada elevada en personas con diabetes, con episodios de hipo e hiperglucemia erráticos, sugiere una dieta insuficiente o falta de adherencia a la medicación.

Falta de masticación y atragantamiento

En muertes súbitas de individuos adultos mayores y/o personas con discapacidad institucionalizados, fundamentalmente aquellos con dentadura disfuncional ya sea por falta o mal estado de piezas dentarias, la obstrucción de la vía aérea por falta de adecuada masticación debe ser tenida en cuenta (figura 8). Esta condición que puede explicar una muerte súbita de un individuo autónomo para alimentarse, debe despertar sospechas en personas institucionalizadas, donde la alimentación, por su condición, debe ser monitorizada.



Figura 8: izquierda: adulto mayor con mal estado y falta de numerosas piezas dentarias Derecha: la causa de la muerte fue la obstrucción de la vía aérea con bolo alimenticio sin masticar. Fuente: imágenes del autor.

Desnutrición y deshidratación

Tanto la malnutrición como la pérdida de peso es común en adultos mayores institucionalizados; el envejecimiento normal engloba una serie de situaciones que pueden desarrollarlas, así la disminución de la capacidad gustativa, y menor producción de saliva que deviene con el envejecimiento normal, hace menos placentera la experiencia de comer; que redundan en menor aporte calórico. Del mismo modo en individuos demenciados o con otras afecciones neurológicas la disfagia contribuye a una deficiente alimentación oral y adecuada nutrición. En la misma línea los adultos mayores con enfermedades terminales incluida las demencias tienen una pérdida de peso atribuible a la producción de factores de necrosis tumoral y otras citoquinas (18).

Los problemas de la articulación temporomandibular y el estado de la dentadura son factores que también pueden contribuir a este cuadro.

En adultos mayores institucionalizados la desnutrición tiene una incidencia que de acuerdo a diferentes estudios que menciona LoFaso (2014) se ubica entre el 8 al 60%; en ausencia de algún proceso patológico que la explique, la poli medicación, los trastornos del ánimo y la falta de atención de las necesidades alimentarias adecuadas a cada caso por parte de los cuidadores son factores condicionantes.

El índice de masa corporal (IMC) menor a 21 es indicativo de desnutrición (figura 9), algunos marcadores de laboratorio pueden orientar a esta condición como un bajo nivel de albumina (< a 3,5 g/dL), bajo nivel de transferrina (< a 180mg/dL), anemia, hipocolesterolemia y una disminución del recuento total de linfocitos (< 1500/mm). Estos datos deberán ser analizados con cautela y confrontados con el historial clínico del individuo, debe considerarse que algunos cuadros patológicos como infecciones, cuadros inflamatorios crónicos, enfermedad hepática o renal, pueden ocasionar estos hallazgos patológicos; no obstante, desde el punto de vista investigativo, son indicadores que llevarán al médico forense a contextualizarlos con otros hallazgos.



Figura 9: adulto mayor con desnutrición. Fuente: elaboración propia e imágenes del autor.

La deshidratación como problema nutricional se define como la depleción de la cantidad de agua corporal total debido a pérdida patológica de fluidos, la disminución de la ingesta de líquidos o una combinación de ambos. Los adultos mayores experimentan menor sensación de sed, lo que conlleva a menor cantidad de agua corporal total, esto sumado a la eventualidad que en muchos casos estos individuos están medicados con diuréticos, y que los normales mecanismos homeostáticos funcionan de manera subóptima por el envejecimiento normal del sistema renal, hace que la prevalencia de deshidratación en individuos institucionalizados se haya reportado hasta en un 35% (19).

Un cuadro de deficiente hidratación en adultos mayores y personas con discapacidad predispone y precipita estados confusionales, esto en ocasiones da a lugar a un círculo vicioso respecto al olvido de hidratarse, con lo cual el rol del cuidador se torna relevante.

Factores ambientales como calor extremo, condiciona la presentación precoz de deshidratación en estas personas vulnerables.

Los signos físicos de deshidratación son el estreñimiento, lengua seca, áspera o saburral, la disminución de la turgencia cutánea, hundimiento de cuencas orbitarias, disminución de la frecuencia y cantidad de orina.

Dentro de los exámenes de laboratorio la hipernatremia, definida como un nivel sérico de sodio mayor a 145 nmol/L, es el hallazgo observado con más frecuencia en la deshidratación; otros cambios más sutiles incluyen elevación del hematocrito, urea y creatinina, ácido úrico y calcio.

Los adultos mayores pueden permanecer asintomáticos hasta que el nivel de sodio sérico supera los 160 nm/l, lo que se asocia con una tasa de mortalidad del 33% (18); esto se acompaña con cambios cognitivos como delirio, obnubilación y alteración del habla.

Escaras o úlceras por decúbito

Las úlceras por presión, también conocidas como escaras, son lesiones de la piel producidas por la presión ejercida y mantenida entre dos planos duros. Estos planos están dados por las prominencias óseas y otro plano duro generalmente externo (cama, silla, calzado, elementos de contención, etc.). (Figura 10)



Figura 10: adulto mayor con lesiones por decúbito en región dorsal y sacra. Fuente: imágenes del autor.

La presión capilar para que la piel y los tejidos blandos estén adecuadamente vascularizados y nutridos oscila entre 16 y 33 mm hg (20), el aumento de la presión por encima de estas cifras produce un colapso del sistema capilar. Presiones del orden de 70 mm hg sostenida por 2 horas puede provocar lesiones isquémicas en los tejidos; pero presiones menores y sostenidas tienen la misma jerarquía para producir falta de irrigación y necrosis de los tejidos.

La irrigación y vascularización de los tejidos puede retornar a la normalidad si la presión deja de ser ejercida en forma intermitente, lo que orienta a que el cambio regular de decúbito sea una forma de prevenir las úlceras por decúbito.

Debe destacarse que no solo las fuerzas de presión intervienen en la alteración de la perfusión de los tejidos, ya que pueden estar implicadas otras fuerzas mecánicas como la fricción, cizallamiento o rozamiento.

Otros factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que pueden predisponer el desarrollo de úlceras por presión son la incontinencia fecal y urinaria, la alteración de la conciencia, la ingesta nutricional deficiente, deshidratación, hipoalbuminemia, hipoxemia y la presencia de humedad y presión constante en áreas de la piel en riesgo

La presencia de lesiones por presión puede clasificarse de acuerdo con lo propuesto por Tsokos (2000) (21):

- Grado 1 – Enrojecimiento de la piel que no se blanquea (figura 11-A)
- Grado 2 – Ulceración dérmica que no expone el tejido adiposo subcutáneo (figura 11-B)
- Grado 3 – Ulceración que alcanza el tejido subcutáneo (figura 11-C)
- Grado 4 – Sin límite anatómico, osteomielitis facultativa y luxación de articulaciones adyacentes (figura 11-D).

De acuerdo a lo comunicado por Tsokos (2000) sobre un estudio prospectivo sobre el examen externo a 10.145 cadáveres, las escaras por decúbito en adultos mayores de grados 3 y 4 fueron únicas en un 87,1% y localizadas en la zona sacra en el 69,6%, y en la zona trocantérica en el 9,6%. No obstante, cualquier zona del cuerpo sometida a presiones constantes, humedad y falta de higiene son susceptibles a desarrollar lesiones por presión (región dorsal, occipital, talones, codos, etc.)

En la medicina moderna es ampliamente aceptado que las lesiones por presión en individuos postrados e institucionalizados, se pueden prevenir con éxito mediante la valoración de riesgos mediante scores para tal fin (22), la modificación de factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, como movilización, cambio de decúbitos, utilización de dispositivos tendientes a disminuir la presión en áreas de la piel expuestas en prominencias óseas, como colchones anti escaras neumáticos, y otros dispositivos similares.

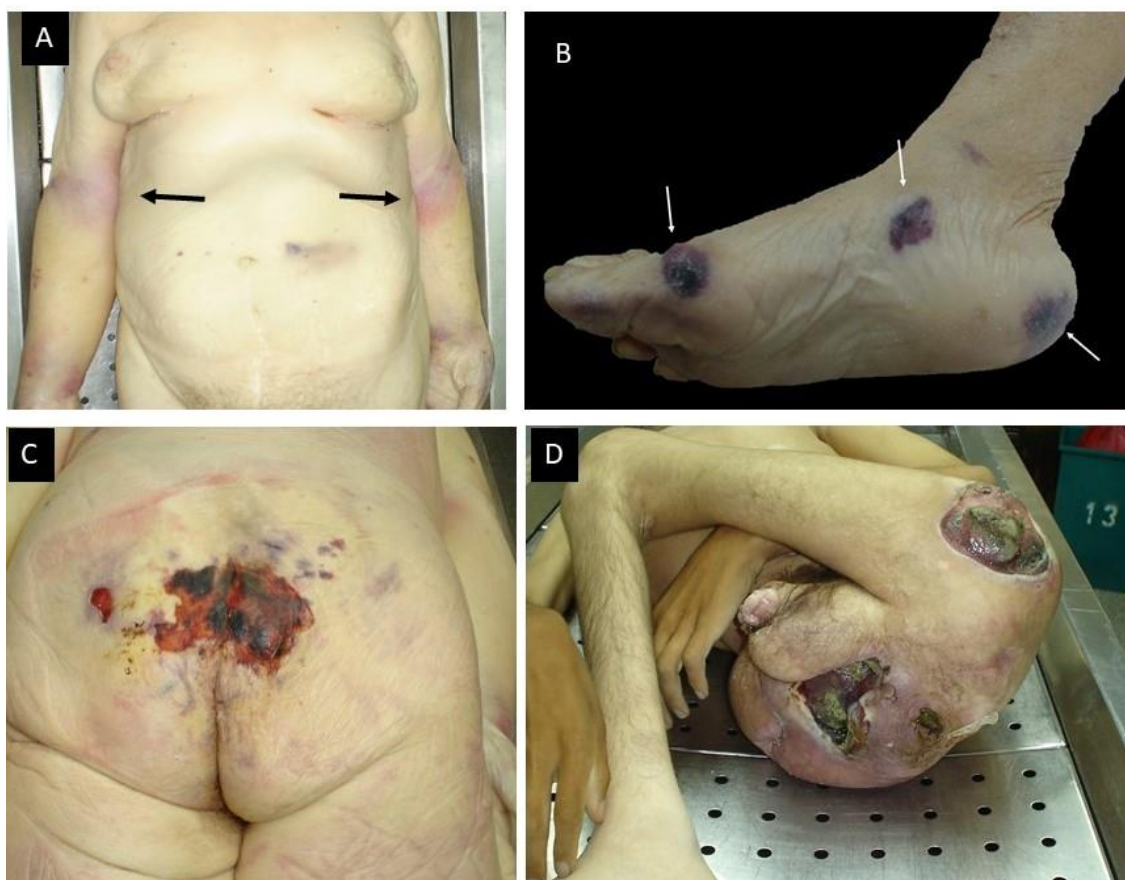


Figura 11: A: lesión por presión grado 1. B: Lesión por presión grado 2. C: Lesión por presión grado 3. D: Lesión por presión grado 4. Fuente: elaboración propia e imágenes del autor.

La presencia de úlceras por decúbito ya de por sí orienta al médico forense respecto a negligencia en el deber de asistir y cuidar a adultos mayores o personas con discapacidad institucionalizados y dependientes de terceros; no obstante, en la investigación de la muerte en estas circunstancias el médico forense deberá establecer el nexo causal entre la presencia de úlceras por decúbito y el resultado muerte.

La colonización bacteriana de las úlceras por decúbito se asocia a complicaciones infecciosas como osteomielitis y sepsis, con una tasa de mortalidad que escala al 50%.

En ocasiones la sola valoración macroscópica de las escaras durante la autopsia no es concluyente con un cuadro de sepsis, más aún a falta de documentación médica respiratoria del individuo en vida. Si la valoración post mortem se realiza días después del óbito los hemocultivos no serán de ayuda por la contaminación propia de los procesos auto líticos y putrefactivos. En estas situaciones las investigaciones histopatológicas serán de valor para identificar cambios inflamatorios y aun necróticos de tejidos, e inferir un eventual foco inicial de sepsis.

Aquí debe considerarse que un individuo con complicaciones infecciosas propias de una escara, entra en un círculo vicioso que incluye un estado consuntivo con deshidratación y desnutrición, que condiciona hipoalbuminemia lo que tiene efecto negativo para la cicatrización de heridas.

Heinemann (2003) (23), concluye que la muerte debida a *mala praxis* relacionadas a escaras por decúbito como causa subyacente, indudable e incuestionable se reduce a casos donde por diversos métodos disponibles se ha podido demostrar la confluencia de la presencia de osteomielitis supurativa, sepsis y ausencia de otras comorbilidades con entidad para provocar la muerte.

Es aquí donde en línea con Tsokos (2000) consideramos que el médico forense que lleve a cabo una investigación médico legal de muertes eventualmente relacionadas con complicaciones por escaras deba tomar en consideración las respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Dónde, cuándo y bajo qué circunstancias se desarrolló la úlcera por presión?
- ¿Se utilizó alguna escala de riesgo de úlceras por presión al ingreso del individuo a la institución?
- ¿Qué factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos del paciente se identificaron?
- ¿Se realizó una adecuada prevención respecto a los factores de riesgo identificados?
- ¿Se realizó un seguimiento constante del individuo y se registraron los cambios cutáneos en las zonas de riesgo?
- Si se observó la formación de una úlcera por presión, ¿se inició tratamiento posteriormente?
- ¿Fue suficiente la documentación institucional y hay datos suficientes para una investigación concluyente?

Como quedara claro al lector la investigación médico legal sobre el nexo causal entre una escara por decúbito como origen de complicaciones infecciosas y la muerte en individuos adultos mayores o personas con discapacidad institucionalizados, debe demostrarse claramente considerando la experiencia clínica y la investigación forense.

Pobre higiene

La higiene, definida como la capacidad de mantener la limpieza, es un componente importante de la buena salud y la prevención de enfermedades.

A diferencia de algunos hallazgos descritos en párrafos anteriores que pueden estar presentes normalmente en ancianos como condiciones propias del envejecimiento y aun remedar eventuales situaciones de maltrato, en relación con las condiciones de higiene no hay cambios que se produzcan estrictamente por la edad.

Cierto es que, en adultos mayores con cierta autonomía, algunos problemas relacionados con la visión, pueden dificultar la higiene del su medio y la depresión puede tener injerencia en una higiene personal deficiente. Por su parte, individuos con capacidad mental

disminuida, ya sea por retraso mental o demencia en ocasiones carecen de la capacidad del autocuidado. Sin perjuicio de estas situaciones, en individuos institucionalizados, el cuidado que depende de terceras personas, la presencia de pobre higiene o cuidado personal es un claro indicio de negligencia.

Las manifestaciones dermatológicas y odontológicas son indicadores de cuidado negligente en instituciones; como por ejemplo las uñas de manos y pies largas y engrosadas; gingivitis, mal estado de piezas dentarias, lesiones dermatológicas asociadas a fricción, intertrigos severos, maceración perilesional, dermatitis asociadas a exposiciones prolongada a heces y orina, neoplasias no tratadas (figura 12).



Figura 12: adulto mayor con tumor epidermoide en el pene, con miasis. Fuente: imágenes del autor.

Conclusión

El investigador debe tener en claro que la ausencia de lesiones o hallazgos físicos tangibles, no descarta situaciones de violencia contra adultos mayores y/o personas con discapacidad, ya que, como se ha dicho la violencia puede estar presente en sus diferentes tipos, (psicológica, patrimonial, simbólica, etc.).

La negligencia puede ser difícil de detectar y puede involucrar tanto fallos en la atención médica como en el cuidado básico del individuo, fundamentalmente debido a la dificultad en distinguir entre deterioro natural del envejecimiento y síntomas derivados del maltrato (24-25).

El análisis médico legal de violencia contra este grupo vulnerable institucionalizado, debe ser realizado en forma integral y permanentemente contextualizado como lo menciona Mazzotti (26); es así que será necesario contar con el historial clínico, previo al ingreso a la institución para determinar el estado al ingreso, que será complementado con los hallazgos de la autopsia y sus estudios complementarios (27).

De contar con documentación médica, es de buena práctica armar una línea de tiempo donde se confronten las evoluciones médicas, nutricionales, medicamentosas, informes de enfermería, rehabilitadores o cuidadores; y evaluar la coherencia entre ellas; no en pocas

oportunidades hemos encontrados informes de enfermería que se contradicen con evoluciones médicas.

Debe el investigador tener especial cuidado en discernir entre las patologías propias de la edad y situaciones de maltrato, como se ha mencionado en párrafos anteriores, en ocasiones las grabaciones de circuitos cerrados de monitoreo por video con la que cuentan algunas instituciones son de inestimable valor para dilucidar y despejar dudas respecto a malos tratos o conductas negligentes (figura 13).

Si surgen sospechas respecto al uso indebido, u omisión de medicación, se podrán realizar los estudios toxicológicos correspondientes, pero resulta necesario que el médico forense oriente al laboratorio de toxicología respecto al alcance del estudio, toda vez que los puntos de corte de detección de algunos medicamentos pueden variar entre laboratorios, o aun no estar dentro del *screening* habitual.

Se debe poner especial énfasis en determinar si la conducta negligente, si se ha demostrado esta, tiene un nexo causal con la muerte del individuo, ya que las figuras jurídicas pueden variar entre una situación de negligencia seguida de muerte, o una muerte natural con algunos indicios de negligencia; sin perjuicio de lo expuesto, será del resorte del jurista encuadrar jurídicamente tal situación.



Figura 16: Los familiares de un adulto mayor institucionalizado en geriátrico realizan denuncia por Responsabilidad Profesional respecto al deceso, argumentado negligencia de los cuidadores. Se recuperaron grabaciones de las cámaras de la institución donde se observa al hombre caminando y súbitamente perder el equilibrio golpeando su cabeza contra el marco de la puerta, cayendo luego al piso sin reacción.

Arriba izquierda: lesión contusa en región frontal izquierda - *Arriba derecha:* Infiltración hemática de la aponeurosis epicraneal frontoparietal izquierda - *Abajo Izquierda:* sangrado interventricular asociado a accidente cerebrovascular hemorrágico - *Abajo Derecha:* hemorragia en tallo cerebral (ponto cerebeloso) -

La investigación integral con la contextualización de las imágenes de video y los hallazgos de la autopsia, permitió informar que la causa de la muerte había sido natural, y que no se evidenciaron signos de negligencia por parte del personal a cargo del adulto mayor.

Referencias

1. Borda LMF, Porto SH, Martínez VB, Ramírez RAH. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Universitas Medica*. 2019;60(4):1-16.
2. Hunsaker DM, Hunsaker JC. Elder abuse: challenges for clinical forensic specialists and forensic pathologists in the 21st century. *Forensic Pathol Rev*. 2006;4:25-62.
3. Dolinak D, Matshes E, Lew EO. *Forensic Pathology: Principles and Practice*. Elsevier; 2005. Cap. 18, Elder Abuse, p. 413.
4. Bloom DE, Luca DL. The Global Demography of Aging. *Handbook of the Economics of Population Aging*. 2016;3-56. doi:10.1016/bs.hespa.2016.06.002
5. Kessel H, Marín N, Maturana N, Castañeda L, Pageo M, Larrion J. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1996;31(6):367-72.
6. Prahlow JA. Investigation of deaths of chronically disabled persons and institutionalized persons. *Acad Forensic Pathol*. 2014;4(3):262-89. doi:10.23907/2014.041
7. Dabove MI. Las residencias gerontológicas en el derecho de la vejez: panorama normativo en Argentina. *Rev Fac Derecho*. 2014;5(2).
8. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist*. 1997;37(4):469-74.
9. Borda LMF, Porto SH, Martínez VB, Ramírez RAH. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Universitas Medica*. 2019;60(4):1-16.
10. Agudelo-Cifuentes MC, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Muñoz Rodríguez D, Restrepo-Ochoa DA. Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016. *CES Psicol*. 2019;12(1):32-42.
11. Hunsaker DM, Hunsaker JC. Elder abuse: challenges for clinical forensic specialists and forensic pathologists in the 21st century. *Forensic Pathol Rev*. 2006;4:25-62.
12. Püschel K. Elder abuse and gerontocide. In: *Essentials of Autopsy Practice: Topical Developments, Trends and Advances*. London: Springer London; 2008. p. 77-111.
13. Breglia G, Uzal M, Díaz F, Herbstein J, Merlo G. Lesiones cutáneas superficiales. En: *Medicina forense en imágenes comentadas*. Buenos Aires: Editorial Hammurabi; 2024. p. 21-43.
14. Hunsaker JC III. Violence against the elderly. In: *Handbook of Forensic Medicine*. 2014. p. 761-75.
15. Collins KA. Elder maltreatment: a review. *Arch Pathol Lab Med*. 2006;130(9):1290-6.
16. Backes C, Beuter M, Venturini L, Benetti ER, Bruinsma JL, Girardon-Perlini NM, et al. The practice of containment in the elderly: an integrative review. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(5):578-83.
17. Frank C, Hodgetts G, Puxty J. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. Review of the evidence. *Can Fam Physician*. 1996;42:2402-8.
18. LoFaso VM, Rosen T. Medical and laboratory indicators of elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(4):713-28.
19. Begum MN, Johnson CS. A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly. *e-SPEN, Eur e-J Clin Nutr Metab*. 2010;5(1)
20. Blanco López JL. Definición y clasificación de las úlceras por presión. *El Peu*. 2003;23(4):194-8.
21. Tsokos M, Heinemann A, Püschel K. Pressure sores: epidemiology, medico-legal implications and forensic argumentation concerning causality. *Int J Legal Med*. 2000;113(5):283-7. doi:10.1007/s004149900125.
22. Borghardt AT, Prado TND, Araújo TMD, Rogenski NMB, Bringente MEDO. Evaluación de las escalas de riesgo para úlcera por presión en pacientes críticos: una cohorte prospectiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23:28-35.
23. Heinemann A, Tsokos M, Püschel K. Medico-legal aspects of pressure sores. *Leg Med*. 2003;5
24. Stodolska, A., Parnicka, A., Tobiasz-Adamczyk, B., & Grodzicki, T. (2020). Exploring elder neglect: New theoretical perspectives and diagnostic challenges. *The Gerontologist*, 60(6), e438-e448.
25. Mazzotti, M. C., Fais, P., Amadasi, A., Pelletti, G., Giovannini, E., Giorgetti, A., & Pelotti, S. (2022). When the hidden issue of elder abuse leads to death: do not neglect elder neglect. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 43(1), 60-65.
26. Ventura, F., Caputo, F., & Molinelli, A. (2018). Medico-legal aspects of deaths related to neglect and abandonment in the elderly. *Aging clinical and experimental research*, 30(11), 1399-1402.