

Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II)

M.C. Fernández-Alonso^a y S. Herrero-Velázquez^b

Pautas de actuación para el diagnóstico de maltrato en el anciano¹⁻⁵

Es imprescindible ser conscientes de que se producen situaciones de maltrato en el anciano y estar alerta ante esta posibilidad. Las siguientes pautas de actuación pueden facilitar el diagnóstico:

1. La entrevista clínica se considera un instrumento clave para la detección. Algunas normas para facilitar el desarrollo de la entrevista ante sospecha de maltrato se enumeran en la tabla 1.

2. Explorar cuidadosamente signos físicos sugestivos de agresión física o negligencia, como lesiones o hematomas; detectar incongruencias entre las características de las lesiones y las explicaciones sobre cómo se produjeron; desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, caídas reiteradas, demora en la solicitud de atención, visitas frecuentes a urgencias por motivos cambiantes, contradicciones en el relato de lo sucedido entre el paciente y el agresor, falta de respuesta terapéutica ante tratamientos correctos, síntomas de sobredosificación de fármacos, excoriaciones de la piel u otras lesiones cutáneas sugestivas de higiene insuficiente y señales de ataduras en muñecas o tobillos son algunos de los hallazgos que pueden hacernos pensar en la posibilidad de maltrato en el anciano.

3. Explorar actitudes y estado emocional: miedo, inquietud, inhibición. Explorar síntomas psíquicos: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión, etc.

Si diagnosticamos un trastorno depresivo, por ansiedad o insomnio, debemos ser cautos en la indicación de psicofármacos. Valorar siempre el riesgo de suicidio, el acceso a los medicamentos y la vigilancias de las tomas.

4. Investigar señales de alerta a través de indicios, actitudes, signos clínicos o síntomas de maltrato (tabla 2).

Una vez conocida la presencia de una situación de maltrato, es preciso:

– Hacer una valoración inicial de la situación de riesgo. Se evaluará la magnitud del maltrato mediante la valoración de la gravedad inmediata de las lesiones físicas y del estado psicológico (valorar el riesgo autolítico). Si hay riesgo vital en ambos casos debe remitirse con carácter urgente al hospital; si hay riesgo vital social (situación de dependencia grave o riesgo de nueva agresión o negligencia grave), comunicar con carácter urgente al juez.

– Establecer un plan de actuación integral y coordinado, contactando con el trabajador social, los servicios sociales y con los servicios especializados si fuera preciso.

– Informar al paciente de la tendencia y las consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de protección y un plan de seguridad (dar teléfonos por escrito de urgencias, policía, concertar un sistema de teleasistencia, etc.), explicar al paciente las posibles alternativas y escuchar cuáles son sus deseos y siempre hacer un seguimiento de la situación. También debe darle la información necesaria por si desea formular la denuncia.

Si el anciano no conserva sus facultades mentales, debemos ponerlo en conocimiento de los servicios sociales y/o el juez.

Con frecuencia nos vamos a encontrar con el rechazo del anciano a formular la denuncia y a que emitamos el parte judicial, ya que casi siempre el agresor es un miembro de la propia familia; a veces es difícil incluso que reconozca la situación de maltrato, por miedo, por vergüenza, porque no cree que la situación tenga una solución mejor, porque quiere al agresor, por la mala reputación que puede causar a la familia, etc. Esta situación plantea con frecuencia un conflicto ético-legal para el profesional con el paciente y con la familia. Una vez valorado el riesgo inmediato para el anciano, las causas, la voluntad del paciente y las posibilidades de intervención, el profesional deberá tomar decisiones. Si creemos que la causa es la sobrecarga del cuidador o un trastorno psicopatológico abordable (depresión,

^aGrupo de Salud Mental del PAPPS. Grupo de Violencia Familiar de la Socalemfyc. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. España.

^bGrupo de Violencia Familiar de la Socalemfyc. Centro de Salud La Puebla. Palencia. España.

Correspondencia: M.C. Fernández-Alonso.
Centro de Salud Casa del Barco.
Juan de Herrera, 21. 47130 Simancas. Valladolid. España.
Correo electrónico: mfernandez@meditex.es

Palabras clave: Maltrato. Anciano. Atención primaria.

TABLA 1
Pautas de entrevista con el anciano ante sospecha de maltrato

Entrevistar al paciente solo y con el cuidador
Analizar la relación y cambios de actitud en su presencia
Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos
Garantizar la confidencialidad
Hablar con lenguaje claro y sencillo
Hacerle algunas preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema
Preguntar por factores de riesgo
La AMA sugiere 5 preguntas:
1. ¿Alguien le ha hecho daño en casa?
2. ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?
3. ¿Le han amenazado?
4. ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?
5. ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo?
La Canadian Task Force sugiere añadir otras 4 preguntas:
6. ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
7. ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?
8. ¿Alguien toma cosas que le pertenecen sin su permiso?
9. ¿Está solo a menudo?

TABLA 2
Señales de alerta, signos y síntomas de maltrato

Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones
Retraso en solicitar la asistencia
Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes
Administración involuntaria de medicamentos
Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados
Mala evolución de las lesiones (úlceras) tras aplicación de las medidas adecuadas
Desnutrición sin motivo aparente
Deshidratación
Caídas reiteradas
Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador
Actitud de miedo, inquietud o pasividad
Estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión
Negativa del cuidador a dejar solo al anciano

ansiedad, etc.), se pueden valorar las posibilidades de intervención con un seguimiento estrecho por parte de los profesionales sanitarios y el trabajador social, poniendo en marcha las medidas de apoyo sociales y sanitarias que fueran precisas. En todo caso, la prudencia, el conocimiento del contexto y el respeto a la voluntad del paciente (cuando conserva sus facultades) son factores importantes en la toma de decisiones respecto a la realización o no de parte

de judicial y al momento de hacerlo. Todas las actuaciones deben registrarse en la historia clínica.

Estrategias e intervenciones de ayuda al anciano maltratado²⁻⁸

Orientadas al anciano

Evitar el aislamiento social mediante:

- Servicios de atención a domicilio.
- Centros de día.
- Tutela por parte de servicios sociales.
- Organizar la atención clínica del paciente facilitando medios y simplificando la medicación.
- Evaluar la adecuación de la vivienda a las limitaciones del anciano.
- Valorar la necesidad de institucionalizar al anciano si la familia no puede garantizar su atención.

Orientadas a la persona que maltrata, cuando ésta es el cuidador familiar

Reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como:

- Compartir el cuidado con otros miembros de la familia y facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar más capacitado, de forma temporal o permanente.
- Contactar con las redes sociales comunitarias (grupos de apoyo, voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares).
- Garantizar períodos de descanso al cuidador facilitando personas de apoyo de atención a domicilio de servicios sociales o voluntarios, estancias en centros de día, o centros de corta estancia.
- Dar apoyo técnico y emocional al cuidador por parte de los profesionales del equipo de atención primaria, a través del programa de atención al cuidador familiar. Un instrumento útil para valorar la sobrecarga del cuidador es la escala de Zarit⁸.
- Si el cuidador padece un problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas, se le debe facilitar apoyo y tratar su problema.
- Valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados.

El maltrato al anciano es una situación en la que los profesionales del primer nivel tenemos posibilidades reales de intervención, y no sólo mediante el diagnóstico precoz y un abordaje eficaz, sino en la prevención, sobre todo en aquellos casos (los más frecuentes) en los que el agresor es el cuidador familiar. Las situaciones vitales estresantes que alteran el equilibrio familiar aumentan la vulnerabilidad y actúan como desencadenantes de conductas violentas hacia la persona a la que consideran causante del deterioro de la calidad de su vida y de su aislamiento, y a la par genera en el cuidador sentimientos ambivalentes de culpabilidad y deseo de castigo, que producen ansiedad, agotamiento emocional,

despersonalización y pueden conducir a la depresión. Estas situaciones son más frecuentes cuando no es posible la comunicación afectiva con el anciano por su deterioro intelectual, como en el caso de los pacientes con demencia. El apoyo psicológico, el refuerzo, el descanso físico, el reconocimiento explícito de la importancia del trabajo que desempeña, son fundamentales para evitar la claudicación psicológica del cuidador, en ocasiones factor desencadenante de conductas violentas hacia la persona a quien cuida.

La OMS y el International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA)⁹ optan por el contexto de la atención primaria al plantearse una estrategia global contra el maltrato en personas mayores, y apuestan por «lograr que los trabajadores de atención primaria tomen conciencia del problema del maltrato al mayor como cuestión crucial en la prevención y/o intervención sobre el problema»; para ello proponen la elaboración de un programa educativo sobre el maltrato al mayor dirigido a los profesionales sanitarios de atención primaria.

En este artículo hemos incidido especialmente en la importancia de la detección y en la intervención más vulnerable desde la atención primaria, la intervención con el cuidador, y presumimos que podría tener un impacto importante. Sin embargo, sabemos que no todos los agresores son personas del ámbito familiar ni siempre la causa es la sobrecarga del cuidador; el abordaje de estos otros casos

es individual, utilizando los recursos sociales, sanitarios y legales que tenemos a nuestro alcance según las características del caso y teniendo siempre como objetivo el beneficio de la víctima.

Bibliografía

1. Marshall CE, Benton D, Brazier J. Abuso del anciano. Cómo identificarlo. *Modern Geriatrics*. 2000;12:190-6.
2. Kruger RM, Moon CH. ¿Puede descubrir los signos de maltrato de ancianos? *Postgrad Med*. 2000;4:65-73.
3. Barker NJ, Mersy DJ, en AAFP. Home Study Self Assesement. La violencia en la familia. Barcelona: 1996. p. 33-46.
4. Lachs MS, Pillemer K. Reconognizing elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med*. 1993;9:665-8.
5. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med*. 1995;332:437-43.
6. Costa AJ. Elder abuse. *Prim Care*. 1993;20:375-89.
7. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Grupo de Salud Mental del PAPPs: malos tratos a los ancianos. Disponible en: www.papps.org/publicaciones/malos-tratos_ancianos.pdf
8. Protocolo del Servicio de Atención al Cuidador Familiar en la Comunidad. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Valladolid: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2003.
9. Missing voices. WHO/INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse). Views of older persons on elder abuse. Geneva: WHO; 2002.