



ORIGINAL

Factores relacionados con el maltrato no institucional en residencias de personas mayores

Carmelo Gómez Martínez^{a,b,*}, Juan José Hernández Morante^b, Elena Carrasco Martínez^a, Agustín García Belzunce^a y Virginia Nicolás Alarcón^a^a Asociación Mensajeros de la Paz, Murcia, España^b Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de marzo de 2015

Aceptado el 18 de enero de 2016

On-line el 26 de abril de 2016

Palabras clave:

Maltrato no institucional

Residencia

Persona mayor

Familia

Maltratador

RESUMEN

Introducción: El maltrato a personas mayores tiene dimensiones todavía no suficientemente exploradas. Una de ellas es el maltrato sufrido por personas mayores que viven en residencias pero cuyo origen no es institucional, sino que es causado por agentes sociales externos al funcionamiento de la residencia. La ausencia de datos a este respecto nos ha llevado a la elaboración del presente trabajo, de índole exploratorio, para evaluar la prevalencia de este maltrato.

Material y métodos: Se aplicó el cuestionario Elder Abuse Suspicious Index a 286 sujetos perteneciente a las residencias de personas mayores de la Asociación Mensajeros de la Paz de Murcia. Los casos de sospecha de maltrato fueron confirmados por el equipo de trabajadores sociales.

Resultados: Al ingreso, 53 sujetos sufrían algún tipo de maltrato (18,5%), que se redujo a 26 casos tras haber transcurrido un año. Por otro lado, el maltrato apareció tras el ingreso en 20 sujetos (7%), los cuales presentarían lo que hemos denominado en el presente trabajo maltrato no-institucional. El maltrato económico fue el más prevalente, seguido del maltrato psicológico, por negligencia, físico y, finalmente, el sexual. Los datos muestran una relación significativa entre los diferentes tipos de maltrato.

Conclusiones: Estas evidencias muestran un escenario que debe ser abordado de manera profesional y social debido al contexto en el que tiene lugar. Los profesionales sanitarios y del ámbito social deben sensibilizarse con esta realidad, informar y formarse de las formas de abordaje para poder dignificar la atención a las personas mayores.

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Factors associated with non-institutional abuse in nursing homes

ABSTRACT

Introduction: Abuse in elderly has dimensions not yet sufficiently explored. Particularly, little is known about the abuse or mistreatment suffered by old people in nursing homes, but where the origin is not, at least initially, institutional, since is perpetrated by external social agents not related to the nursing home. The lack of data in this area has led us to conduct this exploratory study, with the aim of assessing the prevalence of this non-institutional abuse.

Material and methods: The Elder Abuse Suspicion Index was administered to a total of 286 subjects belonging to the nursing homes from the «Mensajeros de la Paz» Association of Murcia. Cases of suspected abuse were referred to the social workers to confirm the diagnosis.

Results: Initially, 53 subjects (18.5%) suffered any kind of abuse, which was reduced to only 26 cases after one year. On the other hand, abuse appeared after admission in 20 subjects (7%). Precisely, this 7% might present what we called non-institutional abuse. Economic abuse was the most prevalent, followed by psychological, neglect, physical, and sexual abuse. The data showed a significant interaction between the different types of abuse.

Keywords:

Non-institutional abuse

Home nursing

Elderly

Family

Perpetrator

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: coordinacionregional@mensajerosdelapazmurcia.es (C. Gómez Martínez).

Conclusions: Our data provides evidence of a new scenario that must be addressed in a professional and social context, considering the environment where this mistreatment takes place. Health and social professionals must be sensitive to this reality, and should be informed and trained about the different ways to dignify the care of the elderly.

© 2016 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La atención profesional a personas mayores es siempre un reto, más si cabe en una sociedad cada vez más implicada en la calidad de vida de sus ciudadanos. Esto propicia que paulatinamente hayan aparecido circunstancias de gran relevancia por la confluencia de responsabilidades: gubernativas, profesionales, institucionales y de tipo deontológico.

Una de estas circunstancias es el maltrato. Ya de por sí, el propio concepto supone una cuestión problemática, pues en la literatura actual no hay consenso acerca de lo qué es el maltrato¹.

Actualmente, la bibliografía distingue entre ámbitos bien definidos en los que tiene lugar el maltrato: el institucional y el domiciliario^{2,3}, si bien ha habido intentos de ampliar esta propuesta de clasificación⁴. Tradicionalmente, se diferencia entre, por un lado, el maltrato en el ámbito institucional, asociado a instituciones públicas o privadas, en las que los autores del maltrato serían personas con obligación contractual de proporcionar a las personas mayores cuidados y protección, es decir, el personal sanitario⁵, y por otro lado, el maltrato en el medio familiar o doméstico, que sería producido en el hogar y realizado principalmente por la familia y allegados⁶.

No obstante, la experiencia profesional hace sospechar acerca de la posibilidad de la existencia de otro tipo de maltrato quizás no tan evidente como los definidos anteriormente. De hecho, no existe una definición de este maltrato como tal. Este tipo de maltrato al que hacemos referencia es el que sufre una persona mayor siendo residente de una institución, pero que no está originado por elementos de esta.

En cualquier caso, en ninguna de las referencias bibliográficas consultadas a este respecto en nuestro país se hace alusión al tipo de maltrato que nos ocupa en el presente trabajo, un tipo de maltrato que aunque se produce mientras la persona mayor está institucionalizada, es producido por personas no pertenecientes a la institución.

Esta situación ha llevado a realizar un trabajo de investigación que nos permita conocer qué factores entran en juego a la hora de producirse este tipo de maltrato. La familia, los amigos, los antiguos vecinos, pero también los familiares de otros mayores, o bien otros compañeros de la residencia, pueden convertirse en esta nueva visión del maltrato en agentes causales. El mero hecho de poner en tela de juicio esta cuestión puede abrir el debate en torno a la responsabilidad de la institución como guardadores de hecho de los residentes, pero también de los recursos sociales y sanitarios comunitarios de los cuales la persona mayor, aun siendo residente, todavía no se ha desvinculado. Por tanto, el objetivo del presente trabajo ha sido determinar la presencia y prevalencia del maltrato no institucional a personas mayores producido en residencias, y analizar la posible relación con diferentes factores que pudieran estar relacionados con el riesgo de padecer maltrato.

Material y métodos

Diseño y selección de sujetos

En el presente estudio se ha evaluado una muestra de 286 sujetos que pertenecían a las residencias y a los servicios de estancias

diurnas de la Asociación Mensajeros de la Paz de Murcia, desde los años 2013-2014. Este estudio retrospectivo incluye un número relativamente superior de mujeres (n = 198, 70%) que hombres (n = 88, 30%), con una edad media de 83 años (61-102 años).

El criterio de inclusión establecido fue el de recibir asistencia en alguna de las residencias de personas mayores de la Asociación Mensajeros de la Paz durante el periodo del estudio. Por otra parte, se excluyeron del presente estudio a aquellas personas mayores con deterioro cognitivo, evaluado mediante el test MEC, versión en castellano del test Mini-Mental Status Examination⁷, usando como punto de corte una puntuación menor de 23 puntos⁸. Esta evaluación fue llevada a cabo por los profesionales de psicología del centro. El porcentaje de sujetos excluidos fue del 69%. Además, en el presente trabajo el hecho de padecer maltrato de tipo institucional (llevado a cabo por el personal de los centros) también se consideró como criterio de exclusión.

Dentro del presente estudio, la información retrospectiva sobre el hecho de padecer un maltrato de obtuvo desde junio-diciembre del año 2013. La encuesta se llevó a cabo entre junio y diciembre de 2013, tras la autorización del Comité Ético de la Asociación Mensajeros de la Paz. Los pacientes no excluidos fueron informados sobre el diseño de este estudio por vía oral y escrita. También se dio una explicación acerca del sentido ético del proyecto de investigación y se informó sobre el objetivo de los resultados esperados, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los datos y respetando los criterios propuestos en la Declaración de Helsinki.

Toma de datos

El análisis de la presencia de maltrato en la persona mayor se realizó tanto antes del ingreso como después del mismo. En primer lugar, se evaluó el estado cognitivo por parte del equipo de psicólogos de las residencias con el objetivo de excluir a sujetos con deterioro cognitivo, mediante el uso del test Mini-Mental Status Examination adaptado para la población española^{7,8}. A continuación, de la muestra de sujetos estudiados sin deterioro cognitivo se obtuvo el informe de la trabajadora social del centro en el momento del ingreso, donde cabía la posibilidad de que se evidenciara el riesgo o padecimiento de maltrato, en cuyo caso se realizó el test Elder Abuse Suspicion Index (EASI, índice de sospecha de maltrato hacia las personas mayores) para confirmar la existencia de maltrato⁹. En tercer lugar, en la siguiente fase de la valoración, realizada al ingreso por el personal de enfermería y psicología, también se pudieron evidenciar casos de riesgo de padecer maltrato, como por ejemplo en casos de presencia de lesiones físicas de naturaleza desconocida, alteraciones psicológicas tipo depresión, tendencias al autoaislamiento, o alteraciones sociales como solicitud de cambio de compañero/a de habitación o evidencias de intervenciones no autorizadas de los ahorros de la persona mayor, en cuyo caso también se les realizó una encuesta asistida con el test EASI, para confirmar estos casos no detectados inicialmente por la trabajadora social⁹.

El test EASI ([material suplementario 1](#)) está compuesto por una serie de preguntas breves de respuesta dicotómica (Sí/No) dirigidas a las personas mayores. El cuestionario fue administrado por los profesionales de Trabajo Social de los centros o residencias en el transcurso de una entrevista personal semiestructurada, siguiendo

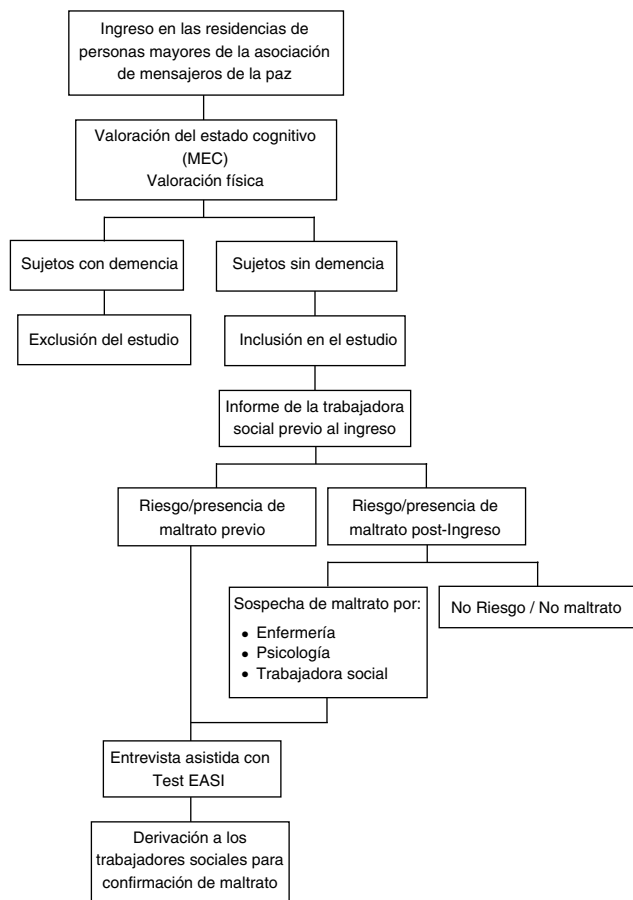


Figura 1. Diagrama esquemático del proceso de detección de maltrato llevado a cabo en el presente estudio.

las recomendaciones de la bibliografía consultada⁹, garantizando la confidencialidad de la entrevista y los datos aportados. En la misma encuesta se recogieron datos generales del paciente: edad, sexo, dirección, escolaridad y ocupación.

El test EASI es una herramienta ampliamente utilizada para la valoración de sospecha de la existencia de maltrato^{10,11}. Los resultados de los análisis de validación global del presente test indican un índice de sensibilidad de 0,47 y un índice de especificidad de 0,75. En nuestro entorno, se observó una sensibilidad del 51% que aumentaba hasta el 67% si solo se consideraba la muestra obtenida a través de Servicios Sociales, como ocurre en el presente estudio, y una especificidad del 95% en la muestra total, y del 96% en la muestra de Servicios Sociales⁹.

En el presente estudio, las encuestas fueron realizadas por una profesional trabajadora social con amplia experiencia en el ámbito del maltrato en personas mayores (V.N.A.).

Una vez identificados los casos de sospecha de maltrato, dichos sujetos fueron derivados al equipo de trabajadores sociales de los centros para que, mediante una entrevista personal, se pudiera confirmar o rechazar los casos de maltrato. En último término, los datos de maltrato utilizados en el presente trabajo son los derivados por los trabajadores sociales (fig. 1).

Análisis de datos

Los datos descriptivos básicos se han analizado mediante el estudio de sus frecuencias, tanto en número como en porcentaje, para las variables categóricas, y el uso de los valores medios y desviación estándar para las variables continuas. El análisis bivariado se llevó a cabo mediante el test de la χ^2 (chi-cuadrado) o el test de

la *t* de Student, según se tratara de variables categóricas o continuas (edad), respectivamente.

Con el fin de analizar el odd ratio de las diferentes variables independientes sobre el riesgo de desarrollar maltrato, se realizó un análisis de regresión logística multivariable siguiendo un método de pasos sucesivos (*stepwise*), para estudiar la relación entre los diferentes tipos de maltrato (variable dependiente) y las demás características estudiadas que se usaron como variables independientes. El criterio para la inclusión de variables en el proceso de regresión multivariable fue mostrar una relación estadísticamente significativa en el análisis bivariable. Para la exclusión del modelo de regresión, nos basamos en la relación de probabilidad en función de la estimación de la máxima verosimilitud, con un nivel de significación de hasta 0,10, con el objetivo de evitar excluir erróneamente variables que estuvieran relacionadas con la variable dependiente. Este análisis se realizó únicamente en la población que sufría maltrato.

Los análisis se llevaron a cabo con ayuda del programa estadístico SPSS 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.). El nivel de significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Tipos de maltrato, frecuencia y perfil básico del maltratador

La población estaba formada por 88 (30%) hombres y 198 (70%) mujeres, con una edad media de 83 años y un estado civil mayoritario de viudez (55%).

Atendiendo a los datos obtenidos según el cuestionario EASI y la posterior entrevista con el trabajador social, al ingreso, 53 sujetos sufrían algún tipo de maltrato (18,5%), que se redujo a 26 casos tras haber transcurrido un año en la residencia. Por otro lado, el maltrato apareció tras el ingreso en 20 sujetos (7%). Precisamente, este 7% de sujetos sufrirían lo que hemos denominado en el presente trabajo maltrato no-institucional. En definitiva, al año del ingreso, el número de casos de maltrato que observamos en las residencias fue de 46 sujetos, de los cuales 20 casos correspondieron a nuevos casos de maltrato (maltrato no-institucional) y los otros 26 casos fueron aquellos que se mantuvieron sin resolver tras la institucionalización, y que venían padeciéndose desde el domicilio. Así, podemos afirmar que el número de casos de maltrato se redujo ligeramente como consecuencia del ingreso en las instituciones.

Nuestros datos indican que durante el periodo de tiempo estudiado, el maltrato económico (52,1%) fue el más prevalente, seguido del maltrato psicológico (47,9%), maltrato por negligencia (28,8%), físico (26,0%) y finalmente el maltrato sexual (4,1%) (fig. 2).

Un dato a destacar es que dentro del grupo de personas mayores que padecía algún tipo de maltrato, un 36% padecía 2 maltratos a

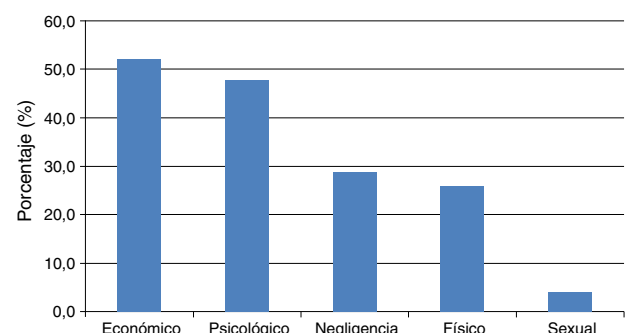


Figura 2. Frecuencia de los diferentes tipos de maltrato.

Tabla 1

Asociaciones estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de maltrato estudiados y las demás variables estudiadas en los sujetos que padecían maltrato

Tipo de maltrato	Variable	Chi-cuadrado	Significación (p)	Riesgo relativo
Económico	Centro	4,212	0,040	4,038
	Sexo	5,021	0,025	3,158
	Maltrato físico	6,818	0,009	0,227
	Hijos	5,152	0,023	3
	Usuarios	18,807	<0,001	–
	Después	11,341	0,001	0,140
Físico	Maltrato económico	6,818	0,009	0,227
	Maltrato psicológico	4,315	0,038	3,152
	Cónyuge	8,806	0,003	7,846
	Usuarios	5,170	0,023	3,917
	Otros	6,418	0,011	0,159
	N.º de maltratos	29,850	<0,001	–
Por negligencia	Usuarios	10,763	0,001	0,054
	N.º de maltratos	10,258	0,015	–
	Antes	9,708	0,002	8,800
Sexual	Sexo	6,388	0,011	–
	Usuarios	13,185	<0,001	–
	Después	8,291	0,004	–
Psicológico	Maltrato físico	4,315	0,038	3,152
	N.º de maltratos	25,294	<0,001	–

**Figura 3.** Relación entre los diferentes tipos de maltrato. Las líneas en negro indican menor riesgo de padecer el maltrato, y la línea roja mayor riesgo de padecer maltrato. OR: odd ratio.

un tiempo, un 10% padecía hasta 3 tipos de maltrato e incluso un sujeto padecía 4 tipos de maltrato de forma simultánea.

Además, al estudiar quién era el causante del maltrato, nuestros datos indicaron que el maltrato fue llevado a cabo principalmente por los hijos (45,2%), seguido de otros allegados (34,2%), usuarios (19,2%) y en último lugar por el cónyuge (12,3%).

Relación entre los diferentes maltratos y demás variables

El siguiente procedimiento estadístico consistió en evaluar qué variables sociodemográficas se relacionaban con los diferentes tipos de maltrato. Así, tal y como se indica en la [tabla 1](#), el tipo de centro (residencia o servicio de estancias diurnas) se asoció únicamente con el maltrato económico, de modo que según nuestros datos, este tipo de maltrato ocurre con una probabilidad 4 veces mayor en las residencias que en los servicios de estancias diurnas. Del mismo modo, el sexo de los pacientes también se asoció con el maltrato económico, ya que las mujeres tenían un riesgo 3,2 veces superior de sufrir este maltrato.

Si nos centramos en quién llevaba a cabo el maltrato, el hecho de que fuera realizado por los hijos se asoció significativamente con el maltrato económico. El maltrato físico se relacionaba con los cónyuges y otros, mientras que los usuarios mostraron una asociación significativa con todos los tipos de maltrato excepto con el maltrato psicológico.

Uno de los datos más interesante puede estar relacionado con las interacciones que se producen entre algunos tipos de maltrato. Tal y como se muestra en la [figura 3](#), el hecho de padecer maltrato psicológico se asocia positivamente con padecer un maltrato físico.

Sin embargo, padecer un maltrato físico parece disminuir el riesgo de padecer un maltrato económico, y viceversa.

Análisis de regresión logística para determinar el riesgo

Por último, realizamos un análisis de regresión logística con el objetivo de comprobar la influencia de las variables que mostraron una relación significativa sobre el riesgo de sufrir algún tipo de maltrato. Así, llevamos a cabo este análisis usando cada tipo de maltrato como variable dependiente.

Según nuestros resultados obtenidos, se confirma la interacción inversa entre el maltrato físico y el económico, es decir, si un paciente padece uno de estos maltratos, es menos probable que sufra el otro maltrato. Por el contrario, el maltrato psicológico aumenta 3,15 veces la probabilidad de sufrir maltrato físico ([tabla 2](#) y [fig. 3](#)).

Discusión

El objetivo principal del presente proyecto ha sido intentar poner de manifiesto la prevalencia de un tipo de maltrato a la persona mayor al que no se le suele prestar la atención adecuada, como es el maltrato no institucional en residencias o instituciones.

En principio, puede ser difícil entender el concepto al que denominamos maltrato no institucional; de hecho, en la bibliografía revisada, guías y manuales de referencia^{1,12}, no existe una definición de este tipo de maltrato como tal, sino que se diferencia entre el maltrato en el ámbito institucional, en el que los autores del maltrato serían personas con obligación contractual de proporcionar a las personas mayores cuidados y protección, es decir, el personal sanitario¹²; y por otro lado, el maltrato en el medio familiar o doméstico, que sería producido en el hogar y realizado principalmente por la familia y allegados¹³.

No obstante, atendiendo a nuestros datos, hemos observado una prevalencia de maltrato no institucional en residencias muy elevada, en concreto del 7%. Si tenemos en cuenta que la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores (INPEA)¹ ha confirmado un 5% de personas mayores que sufren maltrato doméstico, y un 10% de situaciones de maltrato institucional,

Tabla 2

Regresión logística multivariable usando los diferentes tipos de maltrato como variable dependiente

V. dependiente	V. independientes	Coficiente (B)	p	OR	IC 95%
Maltrato económico (R ² = 0,437)	Centro	2,899	0,002	18,16	3,02-109,04
	Maltrato físico	–1,365	0,079	0,26	0,06-1,17
	Maltratador: Hijos	1,485	0,048	4,42	1,02-19,18
	Maltratador: Usuarios	–21,687	0,998	0,00	0,00–
Maltrato físico (R ² = 0,209)	Maltrato económico	–1,391	0,029	0,25	0,07-0,86
	Maltratador: Cónyuge	1,545	0,064	4,69	0,92-24,02
	Maltratador: Otros	–1,479	0,078	0,23	0,04-1,18
Maltrato por negligencia (R ² = 0,230)	Maltratador: Usuarios	–2,922	0,008	0,05	0,01-0,46
Maltrato sexual	–	–	–	–	–
Maltrato psicológico (R ² = 0,058)	Maltrato físico	1,148	0,043	3,15	1,04-9,56

El valor de R² se calculó según el criterio de Cox y Snell, usando el valor obtenido en el último paso (más conservador).

estamos hablando que el maltrato no institucional se situaría en un escalón superior al maltrato doméstico en la persona mayor, lo que no hace sino reforzar la necesidad de actuar sobre este tipo de maltrato de forma eficaz.

Como acabamos de comentar, apenas existen referencias bibliográficas al respecto, por lo que para poder discutir adecuadamente los resultados obtenidos debemos acudir a trabajos previos donde se ha evaluado otros tipos de maltrato. En concreto, en España, Ruiz Sanmartín et al.¹⁴ pusieron de manifiesto una prevalencia de maltrato doméstico del 12%, un dato superior al observado en nuestro estudio. Más recientemente, en Murcia se ha descrito una prevalencia de sospecha de maltrato del 44,6%¹⁵. Por otro lado, la sospecha de maltrato a la persona mayor evaluado en entornos hospitalarios (institucional) en nuestro país se ha estimado en torno a un 52,6%¹⁶.

Este es un aspecto muy importante, puesto que como ya pusieron de manifiesto Hickey y Douglass¹⁷ en el año 1981, el 60% de las personas mayores que acudían a la consulta médica manifestaban actitudes relacionadas con el maltrato, es decir, la persona mayor declaraba con más frecuencia, o interpretado de otro modo, se sentía más libre de declarar el maltrato en el ámbito sanitario que en el domiciliario. Si tenemos en cuenta que aproximadamente la mitad de los casos de sospecha de maltrato se confirma, podemos afirmar que en nuestro entorno ambos maltratos son bastante prevalentes.

Además de evaluar si un paciente/cliente padece maltrato, es fundamental analizar qué tipo de maltrato sufre. Según la OMS y la INPEA, podemos diferenciar fundamentalmente los siguientes tipos de maltrato: económico, psicológico, físico, económico y sexual¹². De todos ellos, nuestros datos indican que el más prevalente fue el económico, seguido del psicológico, negligencia, físico y en menor medida, el maltrato sexual.

Estos datos difieren ligeramente de la bibliografía respecto a la violencia doméstica en España, donde el maltrato más frecuente sería el psicológico, aunque donde sí parece haber cierta concordancia es en que el maltrato menos prevalente es el sexual¹⁸.

En principio, podemos cometer el error de pensar que si el maltrato no institucional es tan elevado, puede ser que el ingreso en la residencia esté causando dicho maltrato. Sin embargo, nuestros datos nos muestran justo la situación opuesta. Así, nuestros datos indican que, de forma global, el maltrato se redujo tras el ingreso en la residencia; sin embargo, es importante destacar que la incidencia de algunos tipos específicos de maltrato, como por ejemplo el maltrato económico, disminuyó casi en un 40%.

En este sentido, la institucionalización podría ayudar a disminuir la probabilidad de sufrir ciertos tipos de maltrato, ya que los agentes profesionales implicados pueden monitorizar desde el primer día el flujo de actividades del residente¹⁹. Esto no debe ser entendido como que la institución se apropia de la capacidad de la persona mayor, sino más bien como una especie de agente disuasorio.

De manera global, como acabamos de comentar, la prevalencia de maltrato disminuye tras la institucionalización, a excepción del de tipo sexual, que aparece en 3 casos tras el ingreso de la persona mayor en la residencia. Es importante señalar al respecto que los otros residentes parecen ser los causantes de este tipo de maltrato, lo que pone en énfasis lo que Iborra destaca en su trabajo en relación con la convivencia continuada como factor relacional detonante del maltrato²⁰.

Si tenemos en cuenta que uno de los principales aspectos del profesional sanitario es la prevención, se debe profundizar en quien lleva a cabo el maltrato. Según nuestros datos, el maltrato fue llevado a cabo fundamentalmente por los hijos (que suele coincidir con la figura del cuidador), y, en menor medida, por otros conocidos (vecinos, sobrinos, familia política...), los otros usuarios de las residencias y en último lugar por los cónyuges. De nuevo, estos datos son bastante similares a los observados en la violencia doméstica, especialmente en personas mayores en situación de dependencia, donde se ha podido poner de manifiesto que los hijos son los que llevan a cabo el maltrato con mayor frecuencia²¹.

Diversas circunstancias pueden estar determinando esta situación; por un lado, frecuentemente los hijos son las personas que pasan más tiempo con la persona mayor y, por otro lado, suelen ejercer el papel del cuidador, lo cual, como sabemos, puede derivar en un fenómeno de desgaste o *burnout*, que a su vez puede desencadenar en una violencia hacia la persona mayor²².

En nuestra opinión, además de detectar si una persona mayor sufre maltrato o no, otro aspecto fundamental es identificar qué tipo de maltrato, y más aún, si sufre más de un tipo de maltrato de forma simultánea. Precisamente, según nuestros datos este es uno de los grandes problemas del colectivo de población de edad avanzada, ya que con frecuencia sufre más de un tipo de maltrato de forma simultánea, por lo que es labor del profesional implicado en el cuidado de estos sujetos prestar atención, dentro del cuidado integral, a la aparición de diferentes tipos de maltrato de forma simultánea.

En el presente trabajo también hemos querido evaluar la relación entre sufrir algún tipo de maltrato y ciertos factores sociológicos. Cabe destacar la relación entre el sexo y el maltrato económico, en donde las mujeres presentaban un riesgo mucho mayor (concretamente 3,2 veces) frente al hombre. Según la bibliografía revisada, ya se ha puesto de manifiesto un mayor riesgo de sufrir maltrato por parte de la mujer que en el hombre²¹. Por contra, la edad no se asoció con ningún tipo de maltrato ni con el número de maltratos que padecía el paciente, lo que contradice diversos estudios que indican que la edad de la persona mayor es un factor de riesgo¹⁸.

Además, a raíz de los datos obtenidos en el presente estudio, hemos observado una situación a destacar. En concreto, se ha visto una relación entre los diferentes tipos de maltrato, sobre todo en

referencia al maltrato físico, psicológico y económico. Así, hemos podido comprobar que existe una relación de reciprocidad y exclusión entre el maltrato físico y el económico, es decir, el hecho de padecer uno de estos tipos de maltrato evita, o mejor dicho, disminuye la probabilidad de que ocurra el otro tipo de maltrato. Por el contrario, padecer maltrato psicológico produce un aumento del riesgo (odd ratio: 3,15) de padecer maltrato físico.

El presente estudio no está exento de limitaciones. Por un lado, debido a su propio diseño, los datos obtenidos y las conclusiones que de ellos se derivan son solo de naturaleza exploratoria. No obstante, es importante recordar que ese era precisamente el objetivo principal del estudio, es decir, evaluar si el maltrato no institucional en residencias era realmente prevalente o no. Por otro lado, la bibliografía revisada ha puesto de manifiesto numerosos factores asociados con el hecho de padecer un maltrato, sobre todo doméstico. Así, en España el maltrato doméstico se relaciona fundamentalmente con factores como el grado de dependencia o el aislamiento social¹. En nuestra Región, previamente se han descrito factores asociados al maltrato que sin embargo en nuestro estudio no han mostrado una relación significativa, como la edad, el sexo o el estado civil¹⁵. En otros países ciertos autores han descrito la depresión como el factor clave o desencadenante del maltrato²². Por tanto, la influencia de estos factores sobre el riesgo de desarrollar maltrato no institucional deberá ser evaluada en futuras investigaciones. Finalmente, es importante tener en cuenta que la población estaba formada exclusivamente por sujetos sin deterioro cognitivo, por lo que nuestras observaciones se ciñen únicamente a este colectivo. Futuros estudios son necesarios para poder determinar el impacto del maltrato no institucional también en personas con deterioro cognitivo.

En definitiva, con el presente trabajo hemos intentado sacar a la luz un problema en nuestra opinión muy infravalorado. Así, hemos podido poner de manifiesto que el 7% de los pacientes de las residencias de personas mayores sufre un maltrato no institucional, por lo que los profesionales de la salud deben ser capaces de detectar e informar sobre esta circunstancia. Esto en ocasiones es complejo, debido a la propia naturaleza multifactorial del maltrato y a las vicisitudes sociales, que menosprecian al sujeto maltratado. De hecho, como han descrito Liao et al.²³, los profesionales sanitarios tienden a desestimar muchos casos de maltrato en la persona mayor. En nuestra opinión, los resultados han evidenciado una situación que casi siempre se ha intuido, pero que posiblemente por vergüenza o por desconocimiento, se ha obviado. Esto nos debe hacer pensar en la responsabilidad que los proveedores de servicios residenciales, ya sean públicos o privados, con o sin ánimo de lucro, tienen respecto a promover actuaciones que ayuden a dignificar la vida de los mayores que en estas viven.

No cabe duda que hacen falta más estudios para profundizar sobre este tema, sobre todo dirigidos a identificar las características del paciente y otros factores que pueden predisponer a padecer alguno de estos maltratos, ya que esto nos permitiría identificar precozmente la aparición de dichos sucesos y, por tanto, podríamos desarrollar un abordaje preventivo más eficaz. Todo ello sin olvidar que se deberían reforzar los aspectos sociales dirigidos a mejorar la valía de la persona mayor en nuestra sociedad, y aumentar la red de apoyo a familiares y sobre todo a cuidadores para evitar la aparición de fenómenos que produzcan el desarrollo de estos trastornos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.01.004>.

Bibliografía

1. International Network for the Prevention of Elder Abuse. Elder abuse in the family in Spain, 2008 [acceso 22 Ene 2015]. Disponible en: http://www.inpea.net/images/Spain_Report_2008_Elder.pdf
2. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Regato P, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;141:522-6.
3. Martins R, Neto MJ, Andrade A, Albuquerque C. Abuse and maltreatment in the elderly. *Aten Primaria*. 2014;46 Suppl 5:206-9.
4. Rueda Estrada JD, Martín Martín FJ. El maltrato a personas mayores: instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas*. 2011;18:7-33.
5. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services. 2009. Nursing Home Data Compendium. Washington, D.C.: Author.
6. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi AB, Lozano R, editores. *World report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization; 2002.
7. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination en la población general geriátrica) INTERPSIQUIS. 2001. [consultado 14 Jan 2015]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/neuropsiquiatria/demencias/2518/>
8. López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) Mini-Mental Examination (MMSE). *Rev Esp Med Legal*. 2011;37:122-7.
9. Pérez-Rojo G, Izal M, Sancho MT, Grupo de Investigación Trátame Bien. Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:213-8.
10. Hoover RM, Polson M. Detecting elder abuse and neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89:453-60.
11. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician*. 2012;58:1336-40, e695-8.
12. INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse)/WHO (World Health Organization). Missing voices. Views of older persons on elder abuse. Ginebra, 2002.
13. Fulmer T, Guadagno L, Bitondo Dyer C, Connolly MT. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:297-304.
14. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria*. 2001;27:331-4.
15. Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereníguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49:132-7.
16. Risco Romero C, Paniagua Vicioso MC, Jiménez Mendoza G, Poblador Curtó MD, Molina Martínez L, Buitrago F. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:51-5.
17. Hickey T, Douglass RL. Mistreatment of the elderly in the domestic setting: An exploratory study. *Am J Public Health*. 1981;71:500-7.
18. Fundació Viure i Conviure-Caixa Catalunya. Prevenir y actuar contra los malos tratos a las personas mayores, Barcelona, 2007.
19. Amstadter AB, Zajac K, Strachan M, Hernandez MA, Kilpatrick DG, Acierio R. Prevalence and correlates of elder mistreatment in South Carolina: The South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence*. 2011 Oct;26:2947-72.
20. Iborra I. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en la población española. *Zerbiztuan*. 2009;45:49-57.
21. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria*. 2006;37:56-9.
22. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Xiang Y, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a Rural Community in People's Republic of China: A cross-sectional study. *Plos One*. 2012;7:e33857.
23. Liao S, Jayawardena KM, Bufalini E, Wiglesworth A. Elder mistreatment reporting: differences in the threshold of reporting between Hospice and Palliative Care Professionals and Adult Protective Service. *J Palliative Med*. 2009;12:64-70.