

Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana



Carmen Risco Romero, María del Carmen Paniagua Vicioso,
Gloria Jiménez Mendoza, María Dolores Poblador Curtó,
Luis Molina Martínez y Francisco Buitrago

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Universitario La Paz.
Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la sospecha de maltrato en población anciana.

PACIENTES Y MÉTODO: Participó en el estudio un total de 209 pacientes de 72 años de edad o más sin deterioro cognitivo (puntuación en test de Pfeiffer menor o igual a 4 puntos). Como cuestionario de sospecha de maltrato se utilizó el recomendado por la Canadian Task Force y la American Medical Association, que consta de 9 preguntas, y donde una respuesta positiva se considera indicativa de sospecha de maltrato. Para la valoración del grado de dependencia en las actividades de la vida diaria se recurrió al índice de Barthel, y para evaluar el apoyo social y las redes sociales del paciente se utilizó el cuestionario MOS.

RESULTADOS: La prevalencia de sospecha de maltrato fue del 52,6% (una respuesta positiva al cuestionario). El 8,6% respondió afirmativamente a 2 preguntas y el 2% a 3. El sexo femenino, la viudedad, la carencia de estudios, el vivir solo o en instituciones y el no haber ejercido un trabajo remunerado son las variables asociadas en el análisis bivalente a la sospecha de maltrato, así como las puntuaciones bajas en el cuestionario MOS y el grado de autonomía en el índice de Barthel. En el modelo de regresión logística, la asociación significativa se mantuvo entre la sospecha de maltrato, el estado civil y la convivencia del núcleo familiar, con un mayor riesgo de maltrato en viudos y/o solteros ($p < 0,001$) y en quienes viven solos ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES: La prevalencia de sospecha de maltrato en población anciana es muy elevada.

Palabras clave: Maltrato a ancianos. Factores de riesgo. Prevalencia.

Prevalence and risk factors of suspicion abuse in elder population

BACKGROUND AND OBJECTIVE: We determined the prevalence and associated risk factors in the suspicion of elder abuse in the old population.

PATIENTS AND METHOD: We included a total of 209 patients ≥ 72 years of age without cognitive deterioration (score in test of Pfeiffer ≤ 4 points). The questionnaire of suspicion of elder abuse used was one recommended by the Canadian Task Force and the American Medical Association; it consists of 9 questions and the presence of a positive answer is considered as indicative of suspicion of abuse.

RESULTS: The prevalence of suspicion of elder abuse was 52.6% (at least one positive answer to the questionnaire). 8.6% affirmatively responded to 2 questions and 2% to 3. Female gender, widowhood, deficiency of studies, living alone or in institutions and having exerted a remunerated work were the associated variables in the bivariate analysis with regard to the suspicion of abuse. In the model of logistic regression, there was a significant association with the civil status and the coexistence of the familiar nucleus, with a greater risk of elder abuse in unmarried and/or widowers ($p < 0.001$) and in those living alone ($p < 0.0001$).

CONCLUSIONS: There is a high prevalence of suspicion of elder abuse in the old population.

Key words: Elder abuse. Risk factors. Prevalence.

Este estudio ha sido financiado por la red IAPP (Innovación e Integración de la Prevención y Promoción de la Salud en atención primaria, red temática de investigación cooperativa G03/170), aprobada por el Instituto de Salud Carlos III.

Correspondencia: Dr. F. Buitrago Ramírez.
Pantano del Zújar, 9. 06010. Badajoz. España.
Correo electrónico: fbuitrago@meditex.es

Recibido el 17-6-2004; aceptado para su publicación el 30-9-2004.

La primera conferencia de consenso sobre el anciano maltratado, celebrada en nuestro país en 1995, define el maltrato al anciano como «cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente»¹. Las causas de este complejo fenómeno son múltiples, desde factores sociales y culturales a familiares e individuales. Son también varias las formas en las que puede manifestarse, desde la negligencia en los cuidados necesarios hasta el maltrato físico o psicológico o el abuso sexual, económico y social^{2,3}. La prevalencia estimada de este problema, que varía según el ámbito del estudio y las herramientas diagnósticas empleadas, oscila entre el 3 y el 35%, y las cifras más altas se observan en los ancianos que son atendidos por los servicios sociales o han sido hospitalizados⁴⁻¹². La carencia de un instrumento diagnóstico suficientemente sensible y específico dificulta la comparabilidad de los datos, por lo que en muchas ocasiones los diagnósticos son sólo de sospecha de maltrato, sin una posterior confirmación, como se señala en un reciente trabajo¹³ que encontró una prevalencia de sospecha de maltrato en atención primaria del 12%. La falta de instrumentos estandarizados y validados convierte al maltrato en un hecho primordialmente observacional^{12,14}. Los cuestionarios de cribado y las guías de valoración son útiles para los clínicos, pero la complejidad del fenómeno es tal que debería contemplarse la definición de la sospecha de maltrato a los ancianos como un juicio clínico multidisciplinario, producto del análisis de la información captada por el equipo asistencial en su conjunto (médico, enfermera, trabajador social). La mayoría de los investigadores también considera que la incidencia del maltrato

está en aumento¹² y que se trata de un problema infravalorado¹⁵, entre otras cuestiones porque los maltratadores pertenecen al ámbito familiar del anciano, lo que implica unas ambivalencias afectivas y dependencias emocionales que favorecen la negación del problema y dificultan la prevención y la intervención^{2,14,16-18}. Además, los profesionales sanitarios estamos poco sensibilizados en su detección, en parte porque existen dudas sobre la pertinencia de incluirla como una actividad preventiva¹⁵⁻¹⁹. De hecho, la US Preventive Service Task Force (USPSTF) considera que no existe suficiente evidencia a favor o en contra del cribado sistemático del maltrato en ancianos^{17,18}. Sin embargo, organizaciones como la American Medical Association (AMA) recomiendan que los médicos interroguen de forma sistemática con preguntas directas acerca del maltrato y otras instituciones como la propia USPSTF y la Canadian Task Force (CTF) on Preventive Health Care aconsejan estar alerta ante signos y sínto-

mas clínicos y de conducta relacionados con el maltrato y la negligencia en la atención de los ancianos^{17,20-23}. En nuestro país, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) ha elaborado, dentro del subprograma de actividades preventivas en salud mental, un documento de actuación y recomendaciones sobre el maltrato en los ancianos²⁴. Con estos antecedentes diseñamos un trabajo para conocer la prevalencia de sospecha de maltrato y los factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a estas conductas en la población anciana adscrita a nuestro centro de salud.

Pacientes y método

El Centro de Salud La Paz se ubica en una de las zonas de más rápido crecimiento urbanístico de la ciudad de Badajoz y atiende a una población aproximada de 26.980 habitantes (53,6% mujeres), predominantemente de clase media. El 9,5% de la población tiene 70 años o más y el 8%, 72 años o más (el 67%, mujeres). El estudio se llevó a cabo en el grupo de edad de 72 o más años, por ser en esta franja etaria donde se incluyen los ancianos considerados de más alto

riesgo de sufrir malos tratos (dependientes, vulnerables, frágiles), tanto en la familia como en las instituciones. El tamaño de la muestra se calculó para un valor de p de 0,15 (media del rango de sospecha de maltrato referido en la bibliografía), una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%, lo que resultó en un total de 196 pacientes, aunque esta cifra se duplicó por las posibles pérdidas y exclusiones hasta el total de 400 pacientes, los cuales se seleccionaron mediante muestreo aleatorio sistemático del listado de pacientes adscritos al centro de salud.

La entrevista fue realizada en el segundo semestre de 2003 por 3 enfermeras previamente adiestradas por una psicóloga con experiencia clínica en el abordaje de ancianos y en el asesoramiento necesario para facilitar su confidencialidad. Entre las características sociodemográficas que se recogieron de los pacientes (tabla 1) se incluyeron: edad, estado civil, nivel de estudios, convivencia habitual (solo, con el cónyuge o con familiares), residencia (familiar, institucional, rotatoria), profesión previa (remunerada o no remunerada), presencia de cuidador y percepción de ayuda de los servicios sociales. Se estableció contacto con los pacientes elegidos a fin de explicarles los objetivos y pedirles el consentimiento para la realización de la entrevista, que tuvo lugar en el domicilio o en el centro de salud, según la disponibilidad y el estado funcional de los pacientes. Las entrevistas se realizaron a solas con el paciente. El primer cuestionario utilizado fue el Short Portable Mental Status Questionnaire o test de Pfeiffer²⁵, que sirvió para descartar a los pacientes con deterioro cognitivo avanzado (puntuación mayor o igual a 5). Como cuestionario de sospecha de maltrato se utilizó el recomendado por la CTF^{22,23} y la AMA^{20,21}, que consta de 9 preguntas (tabla 2) y en el que se evalúan el maltrato físico (pregunta 6), psicológico (preguntas 4, 5 y 7), sexual (pregunta 8), negligencia (pregunta 9) y abandono en los cuidados (pregunta 1). Para la valoración del grado de dependencia en las actividades de la vida diaria se recurrió al índice de Barthel²⁶, una escala ampliamente utilizada en la valoración de las actividades básicas de la vida diaria, con un intervalo de puntuación de 0 a 100 puntos, en el que las puntuaciones menores de 20 indican la existencia de una dependencia total y una puntuación de 100, la autonomía plena del paciente. El cuestionario MOS²⁷ fue el utilizado para evaluar el apoyo social y las redes sociales del paciente. Se trata de un cuestionario de 20 preguntas con una puntuación global que puede oscilar de 19 a 94 puntos y una puntuación media de 57 puntos, de modo que los valores menores a la media indican la existencia de un escaso apoyo. También permite la cuantificación del apoyo social en sus diversas dimensiones: emocional (intervalo de 8-40 puntos; media de 24 puntos), afectiva (3-15 puntos; media de 9), instrumental (4-20; media de 12 puntos) y la interacción social positiva (4-20, media de 12 puntos).

Análisis estadístico

Se utilizó el paquete SPSS versión 11.0 para Windows. Se realizó una comparación de medias con la prueba de la t de Student y de proporciones mediante la prueba de la χ^2 (con la corrección de Yates cuando fue necesario), así como un análisis multivariante mediante regresión logística, considerando la existencia de maltrato como variable dependiente.

Resultados

Se seleccionó a un total de 400 ancianos adscritos al centro de salud (fig. 1). De ellos, 11 habían fallecido y no pudo entrevistarse a 134 por diferentes motivos. La distribución por sexo de estos 134 pacientes (con un 70% de mujeres) no fue estadísticamente diferente de la encontrada en el grupo de pacientes entrevistados, si bien tuvieron una media (desviación estándar) de edad ligeramente superior: 79,03 (5,5) años ($p = 0,056$). Se entrevistó a 255 ancianos, con una edad media de 78,6 (7,8) años (un 63,5%

TABLA 1

Características sociodemográficas de la población entrevistada

Características sociodemográficas	Mujeres	Varones	p	Total
N.º de personas entrevistadas (%)	128 (61,2)	81 (38,8)	< 0,001	209
Edad media (DE), años	78,05 (5,37)	77,46 (6,03)	NS	77,8 (5,6)
Estado civil (%)				
Casados	38 (29,7)	58 (71,6)	< 0,001	
Viudos	77 (60,2)	17 (21)	< 0,001	
Solteros	11 (8,6)	3 (3,7)	NS	
Separados/divorciados	1 (0,8)	1 (1,2)		
Parejas de hecho	1 (0,8)	2 (2,5)		
Nivel de estudios (%)				
Analfabetos/analfabetos funcionales	84 (65,6)	39 (48,1)	< 0,05	123 (58,9)
Estudios primarios	36 (28,1)	24 (29,6)	NS	60 (28,7)
Estudios medios	7 (5,5)	13 (16)	< 0,05	20 (9,6)
Superiores	1 (0,8)	5 (6,2)	0,06	6 (2,9)
Convivencia (%)				
Viven solos	51 (39,8)	14 (17,2)	< 0,001	65 (31,1)
Viven con su cónyuge	33 (25,8)	54 (66,7)	< 0,001	87 (41,6)
Viven con su familiares (hijos, nietos, etc.)	44 (34,4)	13 (16)	< 0,001	57 (27,3)
Residencia (%)				
Fija familiar	108 (84,4)	70 (86,4)	NS	178 (85,2)
Fija institucional	13 (10,1)	10 (12,3)	NS	23 (11)
Rotatoria	7 (5,5)	1 (1,2)	NS	8 (3,8)
Profesión previa remunerada	64 (50)	78 (96,3)	< 0,001	142 (68)
Puntuación en el test de Barthel (%):				
Con dependencia	42 (33)	20 (25)	NS	62 (30)
Independientes	86 (67)	61 (75)	NS	147 (70)
Percepción de ayuda de servicios sociales (%)				
No perciben ayuda	113 (88,3)	71 (87,7)	NS	184 (88)
Perciben ayuda	15 (11,7)	10 (12,3)	NS	25 (12)

DE: desviación estándar; NS: no significativo.

TABLA 2

Cuestionario de cribado de maltrato en el anciano y número de pacientes que contestan afirmativamente a cada pregunta

Cuestionario	Número de pacientes
1. ¿Está solo a menudo?	94
2. ¿Le han cogido cosas sin su consentimiento?	6
3. ¿Ha firmado alguna vez documentos que no comprendía?	6
4. ¿Tiene miedo de alguien en casa?	4
5. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?	9
6. ¿Alguna vez alguien en casa le ha pegado o hecho daño?	1
7. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que no quería?	5
8. ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?	1
9. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?	9

mujeres y un 36,5% varones). Del total de entrevistas, 182 (71%) se realizaron en el centro de salud; 32 (12,5%), en el domicilio familiar; 25 (10%), en una institución, y 16 (6%) en el propio domicilio de la persona entrevistada.

El primer test utilizado fue el de Pfeiffer, por el que se descartó para investigación de signos de alerta de maltrato a los pacientes con deterioro cognitivo avanzado, es decir, aquellos que obtuvieron una puntuación de 5 o superior. En los 46 pacientes excluidos (un 74% mujeres) la edad media, de 84,8 (6,7) años, y el porcentaje de mujeres eran significativamente superiores ($p < 0,05$) a los encontrados en la población (209 sujetos; edad media de 77,8 [5,6] años) que alcanzó una puntuación igual o inferior a 4 en el Short Portable Mental Status Questionnaire.

Las principales características sociodemográficas de los 209 pacientes finalmente entrevistados para detección de maltrato se muestran en la tabla 1. Entre ellas destaca un mayor porcentaje de casados (71,6%) y de viudas (60,2%) ($p < 0,001$) y un predominio de analfabetos o analfabetos funcionales, más acusado en las mujeres (65,6%) que en los varones (48,1%) ($p < 0,05$). La mayoría de los entrevistados (85,2%) vive en su propio domicilio, frente a un 11% que lo hace en una residencia o asilo y el 4% que rota el domicilio entre sus allegados o familiares. El 70% de los entrevistados mantiene una total autonomía en las actividades básicas de la vida diaria y sólo un 12% recibe ayuda de los servicios sociales públicos.

En cuanto a la aplicación del cuestionario para la detección de maltrato, en la tabla 2 se recoge las preguntas empleadas y el número de pacientes que respondieron afirmativamente a ellas. En concreto, el 52,6% de los entrevistados (110 pacientes) respondieron «sí» al menos a una de las preguntas, un 8,6% (18 pacientes) contestaron afirmativamente a 2 preguntas y un 2% (4 pacientes) a 3 preguntas. El 61% de las mujeres contestó afirmativamente alguna pregunta del cuestionario frente al 39,5% de los varones ($p = 0,003$). A la primera pregunta («¿Está solo a menudo?») respondieron afirmativamente el 54% de las mujeres y el 31% de los varones ($p < 0,001$). También manifestaron sentirse solos el 58% de los mayores con algún grado de dependencia en la escala de Barthel, frente al 41% de los que se mantenían independientes; en esta última categoría funcional se observaron diferencias en el sentimiento de soledad entre mujeres y varones (el 52 frente a un 26%; $p < 0,001$).

Los porcentajes de pacientes que responden «sí» a alguna de las preguntas del cuestionario se presentan en la tabla 3, agrupados por las diferentes variables estudiadas. Se aprecia que el sexo feme-

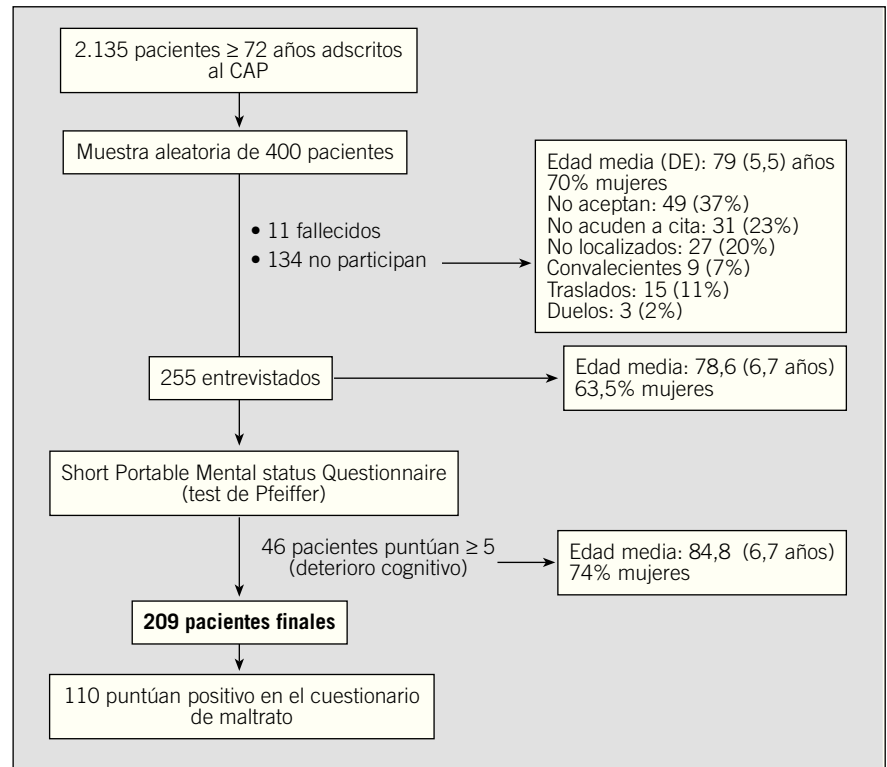


Fig. 1. Esquema del estudio. CAP: centro de atención primaria; DE: desviación estándar.

nino, la viudedad, el nivel de estudios, el vivir solos o en residencias o asilos y no haber ejercido una profesión previa remunerada son variables que se asocian a respuestas afirmativas en el cuestionario

empleado. En el modelo de regresión logística, al ajustar por todas las variables, se encontró una asociación significativa entre la positividad de sospecha de maltrato, el estado civil y la convivencia del

TABLA 3

Distribución del porcentaje de pacientes que responden afirmativamente a alguna de las preguntas del cuestionario de detección de maltrato

Características sociodemográficas	N.º total de pacientes	Respuestas positivas (%)	p
Personas entrevistadas (n = 209)	110	52,6	0,003
Mujeres	78	60,9	
Varones	32	39,5	
Edad (años)			NS
< 78	133	51	
> 86	28	46,4	
Estado civil			< 0,0001
Casados	96	33,3	
Viudos	94	70,2	
Solteros	14	50	
Nivel de estudios			< 0,05
Analfabetos/estudios primarios	183	55,2	
Estudios medios y superiores	26	34,6	
Convivencia			< 0,0001
Viven solos	64	79,7	
Viven con su cónyuge	87	34,5	
Viven con su familiares (hijos, nietos)	57	49,1	
Residencia			< 0,0001
Fija familiar	178	50	
Fija institucional	23	69,6	
Rotatoria	8	25	
Profesión previa			< 0,001
Remunerada	142	49,3	
No remunerada	67	59,7	
Presencia de cuidador			NS
Formal	25	68	
Informal	14	57	
Percepción de ayuda de servicios sociales			NS
No perciben ayuda	184	52,7	
Perciben ayuda	25	52	

NS: no significativo.

TABLA 4

Puntuaciones medias en el cuestionario MOS según la positividad o negatividad en alguna(s) de las preguntas del cuestionario de sospecha de maltrato

Categorías	Puntuaciones medias (IC del 95%)		p
	Pacientes con respuesta(s) afirmativa(s)	Pacientes con respuesta(s) negativa(s)	
Global	72,74 (68,45-77,03)	86,10 (83,44-88,76)	< 0,0001
Emocional	30,30 (28,27-32,33)	34,53 (32,75-36,31)	0,003
Social	13,54 (12,47-14,61)	17,06 (16,13-17,99)	< 0,0001
Instrumental	17,20 (16,38-18,02)	18,64 (17,90-19,38)	< 0,05
Afectivo	12,72 (12,02-13,42)	14,04 (13,48-14,60)	< 0,004

IC: intervalo de confianza.

núcleo familiar, con un mayor riesgo de maltrato en viudos y/o solteros frente a los casados ($p < 0,001$) y en quienes viven solos frente a quienes viven con su cónyuge o familiares ($p < 0,0001$). El estar casado disminuye el riesgo relativo de positividad en el cuestionario de maltrato en un 69% y quienes conviven con su cónyuge y/o otros familiares presentan una reducción relativa del riesgo de positividad en el cuestionario de maltrato del 60 y el 70%, respectivamente, frente a quienes viven solos ($p < 0,0001$).

La puntuación media obtenida en el MOS global y en sus diferentes categorías no difirió entre varones y mujeres, salvo en la categoría del MOS social donde los varones obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que las mujeres (16,26 [5,02] frente a 14,54 [5,79]; $p < 0,05$). Las puntuaciones medias del MOS en los pacientes que respondieron afirmativa o negativamente el cuestionario de maltrato se muestran en la tabla 4, con valores significativamente inferiores en todos los casos para aquellos que respondieron «sí» a alguna de las preguntas del cuestionario de maltrato, aunque la mayor correlación con sospecha de maltrato se encontró para las puntuaciones obtenidas en el MOS social.

Un total de 14 pacientes (7%) contestó afirmativamente a una o más de las 3 preguntas orientadas a la detección de maltrato psicológico. La prevalencia de sospecha de esta categoría de maltrato fue 2 veces superior en las mujeres (8,6%) que en los varones (3,7%), si bien estos porcentajes no alcanzan significación estadística.

Discusión

El maltrato de ancianos es un problema social y sanitario complejo con múltiples barreras que obstaculizan su detección. La investigación sobre los aspectos epidemiológicos del maltrato está plagada de dificultades, entre otras razones porque afecta a la intimidad de los pacientes y al mundo privado de las relaciones personales. En la mayoría de los casos los maltratadores pertenecen al núcleo familiar del anciano^{10,17,28}, y este hecho dificulta que las propias víctimas o sus fami-

liares comuniquen el maltrato y genera situaciones de estrés, dudas y problemas éticos en los profesionales sanitarios ante las actuaciones que debieran tomar para acabar con esa situación. Tampoco existen cuestionarios validados que puedan utilizarse como instrumentos diagnósticos. De hecho, el maltrato se confirma si se obtienen datos incongruentes en la entrevista clínica con la situación real del paciente; cuando existen signos físicos o lesiones no atribuibles a otras causas, o cuando se presenta una denuncia por parte del agredido o una confesión por parte del agresor, lo cual no es frecuente. Otros componentes del maltrato (como la negligencia en el cuidado físico o el maltrato psicológico o emocional) son aún más difíciles de objetivar.

En nuestro trabajo hemos aplicado un cuestionario de detección de sospecha de maltrato que consta de 9 preguntas, 5 recomendadas por la AMA más 4 recomendadas por la CTF, que constituyen el núcleo de la entrevista en el anciano que preconiza la semFYC²⁴; éste fue el cuestionario empleado también en el trabajo de Ruiz et al.¹³. Sorprende el porcentaje encontrado (52%) de positividad de sospecha de maltrato en la población anciana. Esta cifra bajaría al 10,6% si establecemos la positividad en 2 o más preguntas como valor a partir del cual considerar la sospecha real de maltrato. Esa prevalencia del 10,6% está, obviamente, más próxima a las cifras referidas en otros estudios^{3,6,13,14}, pero conviene destacar que la prevalencia sería sin duda mayor si hubiesen participado los 46 pacientes (un 11% de los 400 seleccionados) excluidos por su deterioro cognitivo, que es uno de los principales factores de riesgo de sufrir maltrato^{11,17,28-31}.

Las mujeres responden afirmativamente en mayor medida que los varones a la primera pregunta, que valora el sentimiento de soledad (un 54 frente al 31%; $p < 0,001$). Este dato es coherente con las inferiores puntuaciones obtenidas por las mujeres en el MOS social, que valora la interacción social positiva y la disponibilidad de personas con las que compartir y salir. Sin embargo, el sentimiento de soledad no se relaciona con el grado de autonomía para las actividades de la vida

diaria, puesto que el porcentaje de respuestas positivas es significativamente superior en las mujeres que mantienen su autonomía funcional en la escala de Barthel. También los ancianos que responden afirmativamente a alguna de las preguntas de sospecha de maltrato tienen menores puntuaciones en todas las categorías del MOS, sobre todo en la social. Estos aspectos no se han analizado en la bibliografía consultada y constituyen una de las aportaciones de nuestro estudio que reflejan el aislamiento social de los mayores, con escasas relaciones extrafamiliares, más acusado en las mujeres que en los varones. Y ello a pesar de que en la muestra analizada el porcentaje de mujeres que habían disfrutado de una profesión remunerada era alto (50%), sobre todo modistas y sastres (21%), empleadas de hogar (19%), limpiadoras (12%) y dependientas (9%).

Las variables que se han encontrado asociadas a la sospecha de maltrato en el análisis multivariante son el estado civil y el tipo de convivencia, sin poder excluir que otras variables (lugar de residencia, sexo, la carencia de estudios y de profesión remunerada) pudieran serlo. El 80% de los ancianos que viven solos y el 70% de los viudos/as (tabla 3) responden afirmativamente a alguna de las preguntas del cuestionario. También el 70% de los ancianos que viven en residencias contestan afirmativamente alguna pregunta, por lo general la primera, relativa a la percepción de soledad. Esto nos debe obligar a reflexionar sobre la calidad de las relaciones humanas en las instituciones y residencias de la tercera edad, donde los ancianos, a pesar de vivir en comunidad, pueden llegar a sufrir maltrato³ y un aislamiento progresivo del mundo exterior, y donde la salida de ellas, salvo casos extraordinarios, se cierra con su muerte.

Una primera limitación de nuestro estudio es la ya referida exclusión de personas con deterioro cognitivo, por lo que nuestros resultados no son extrapolables a la población anciana en su totalidad. Otra limitación se refiere al instrumento de cribado empleado. No existen escalas validadas o cuestionarios que puedan emplearse como instrumento de diagnóstico, sino más bien como un baremo de detección de factores de riesgo o de sospecha de maltrato^{14,32-35}. El cuestionario que hemos empleado no está validado y adaptado para la población española, lo que podría explicar, al menos en parte, la distinta prevalencia de maltrato encontrada en población americana y española, que son 2 poblaciones que mantienen marcadas diferencias en aspectos psicosociales y culturales. Una singularidad de nuestro estudio es el orden en que se realizaron las preguntas; desconocemos en qué medida el cambio de orden de una

pregunta pudiera haber alterado la positividad del cuestionario y haber influido en la prevalencia de sospecha de maltrato, diferente de la comunicada en el trabajo de Ruiz et al¹³. Sin embargo, nuestra población es también más anciana y las entrevistas se hicieron en un ambiente de intimidad, procurando ganarse la confianza del entrevistado, lo que pudo aumentar la sinceridad de sus declaraciones^{3,14,21,24}.

Aun con las deficiencias y particularidades del instrumento de medida utilizado, nuestro trabajo (realizado en población anciana con características sociodemográficas parecidas a las encontradas en otras zonas fuera³⁶⁻³⁸ y dentro³⁹ de nuestra región) confirma la alta tasa de sospecha de maltrato que es posible encontrar en las personas mayores, sobre todo en viudos o solteros que viven solos y en quienes viven en residencias o rotan periódicamente de domicilio entre sus familiares y cuentan con pocos recursos sociales. También señala la necesidad de continuar perfeccionando los instrumentos de cribado para permitir un diagnóstico preciso y fiable del maltrato²³, pues, de confirmarse, estos resultados revelarían una preocupante desatención psicoafectiva a la población anciana en nuestra sociedad. Finalmente, es preciso sensibilizar a los profesionales sanitarios de la existencia de maltrato en las personas mayores, implementar estrategias que rompan las barreras que dificultan su abordaje¹² y reclamar los recursos intrafamiliares y sociales necesarios para facilitar su prevención.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Dra. Carmen Gómez González, técnica de salud de la Gerencia de Área de Don Benito-Vilanova, por su ayuda en el análisis de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kessel H, Marín N, Maturana N, Castañeda L, Páez MC, Larrión JL. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1996;31:367-72.
- Larrión Zugasti JL, De Paúl Ochotorena J. El síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Barc)*. 1994;102:216-9.
- Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med*. 1995;332:437-43.
- Pillemer K, Finkelhor D. The Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*. 1988;28:51-7.
- Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *Gerontologist*. 1989;29:314-20.
- Marín N, Delgado M, Aguilar JL, Martínez MA, Díez A, Soto JA, et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1991;26:40-6.
- Marín N, Delgado M. Síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:357-8.
- Ogg J, Bennet G. Elder abuse in Britain. *BMJ*. 1992;305:998-9.
- Comijs HC, Pot AM, Smit JH, Bouter LM, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46: 885-8.
- The National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS). Final Report. The National Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association in Collaboration with Westat, Inc., for the Administration for Children and Families and the Administration on Aging in the U.S. Department of Health and Human Services. Washington, DC: American Public Health Services Assoc; 1998.
- Dolan VF. Risk factors for elder abuse. *J Insur Med*. 1999;31:13-20.
- Hajjar I, Duthie E Jr. Prevalence of elder abuse in the United States: a comparative report between the national and Wisconsin data. *WMJ*. 2001;100:22-6.
- Ruiz A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M, Requens N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria*. 2001;27:331-4.
- 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.
- Ahmad M, Lachs MS. Elder abuse and neglect: what physicians can and should do. *Cleve Clin J Med*. 2002;69:801-8.
- Krueger P, Patterson C. Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. The Research Subcommittee of the Elder Abuse and Self-Neglect Task Force of Hamilton-Wentworth. *CMAJ*. 1997;157:1095-100.
- US Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2004;140:382-6.
- Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140:387-96.
- McCreadie C, Bennett G, Gilthorpe MS, Houghton G, Tinker A. Elder abuse: do general practitioners know or care? *J R Soc Med*. 2000;93: 67-71.
- Mount Sinai/Victim Services Agency Elder Abuse Project. Elder mistreatment guidelines for health care professionals: detection, assessment and intervention. New York: The Mount Sinai/Victim Services Agency Elder Abuse Project; 1988.
- American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago: American Medical Association 1994. p. 4-24.
- Patterson C. Secondary prevention of elder abuse. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada; 1994; p. 922-9.
- Whaten CN, MacMillan HL. Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. 2003;169:582-4.
- Tizón JL, Buitrago F, Ciurana R, Chocón L, Fernández C, García-Campayo J, et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. *Maltrato a los ancianos. Aten Primaria*. 2003;32 Supl 2:77-101.
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23:433-41.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md State Med J*. 1965;14: 61-5.
- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med*. 1991;32:705-14.
- Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:8-14.
- Lachs M, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine year observational cohort study. *Gerontologist*. 1997;37:469-74.
- Wolf R. Risk Assessment instruments. Special research review section. National Center on Elder Abuse Newsletter 2000. Disponible en: www.elderabusecenter.org/research/risk.html.
- Lázaro del Nogal M. Abusos y malos tratos en el anciano, responsabilidad del médico. *An Med Interna*. 2000;17:37-45.
- Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Sengstock MC, Stahl C. Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *J Applied Gerontology*. 1991;10:406-18.
- Reis M, Nahmias D. Validation of the indicators (IOA) screen. *Gerontologist*. 1998;38:471-80.
- Goodrich CS. Results of a national survey of state protective services programs: assessing risk and defining victim outcomes. *J Elder Abuse & Neglect*. 1997;9:69-86.
- Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *Gerontologist*. 2003;43: 110-20.
- Aspiazú M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:683-99.
- Maestro E, Albert V. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara (II). *Medicina General*. 2002;46:559-83.
- Tomás C, Moreno LA, Germán C, Alcalá T, Andrés E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertos de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:215-26.
- Corrales D, Palomo L, Magariño MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, et al. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Aten Primaria*. 2004;33:426-33.