

MEDICINA DE FAMILIA Y MALTRATO

Coordinadora de la serie: M.C. Fernández Alonso

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

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

Si el maltrato a la mujer ha sido hasta hace poco un problema oculto, el maltrato al anciano lo es aún más, y aunque se dispone de pocos estudios respecto a su magnitud, hay razones que hacen pensar que va en aumento. Algunas encuestas disponibles con base poblacional encuentran que el 4-6% de los ancianos sufre algún tipo de maltrato¹⁻⁴. En la práctica, sin embargo, el grado de identificación es mucho menor. A menudo los ancianos no quieren reconocerse víctimas de maltrato por temor a represalias, al confinamiento en instituciones o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta difícil de aceptar; por otra parte, los familiares o los cuidadores, con frecuencia responsables de la situación, no revelan los hechos por razones obvias.

El maltrato al anciano se definió en la Primera Conferencia de Consenso⁵ sobre el anciano maltratado, celebrada en España en 1995, 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”.

Formas de maltrato

Las más frecuentes son:

- Maltrato físico. Cualquier forma de agresión física: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.
- Maltrato psicológico. Conductas que producen daño psicológico, como manipulación, intimidación, amenazas,

humillaciones, chantaje afectivo, desprecio o privación del poder de decisión.

- Negligencia física. No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos.
- Maltrato emocional o abandono. Negación de afecto, aislamiento e incomunicación.
- Abuso económico. Impedir el uso y control de su dinero, explotación financiera y chantaje económico.
- Abuso sexual. Cualquier tipo de actividad sexual no consentida, o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.

La OMS⁶ y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores (INPEA: International Network for the Prevention of Elder Abuse)⁷ recogen otras formas de maltrato al anciano:

- Maltrato estructural y social. Es el maltrato ejercido desde los gobiernos e instituciones, entendido como la discriminación en las políticas hacia los ancianos, la falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos y de alojamiento. Se considera que da origen a otros tipos de maltrato.
- Falta de respeto y prejuicios contra el mayor. Los prejuicios y los estereotipos sobre las personas mayores se traducen en actitudes irrespetuosas y maltrato verbal y emocional, es decir, una actitud social negativa hacia el anciano.

Causas de maltrato

El maltrato en el anciano es un fenómeno más reciente que otros tipos de maltrato, como el dirigido hacia la mujer o a la infancia, ambos documentados desde antiguo, aunque no se hayan reconocido como problema social o sanitario hasta hace sólo algunas décadas.

Ello tiene que ver, sin duda, con los cambios sociales y particularmente con el cambio de estatus de la persona mayor. El anciano gozaba de reconocimiento social, respeto y poder, y era la garantía de transmisión de conocimientos y tradiciones en una sociedad donde la experiencia ligada a la edad era considerada un valor. Los cambios en la estructura social, en el contexto familiar, en las actitudes y en

^aCentro de Salud Casa del Barco. Grupo de Salud Mental del PAPPS. Valladolid. España.

^bCentro de Salud La Puebla. Palencia. España.

Miembros del Grupo de Violencia Familiar de la Socalemfyc.

Correspondencia: María del Carmen Fernández-Alonso.
C/Juan de Herrera, 21. 47130 Simancas. Valladolid. España.
Correo electrónico: mfernandez@meditex.es

Palabras clave: Maltrato. Anciano. Atención primaria.

los valores en nuestra sociedad actual, están probablemente en el trasfondo del problema. La juventud, la productividad, la salud, el logro individual y el poder son valores en alza; el anciano, improductivo y con frecuencia dependiente, es infravalorado y a veces resulta una carga, una molestia para familias nucleares con dificultades para cuidar al anciano.

Los cambios demográficos y sociales no se han visto acompañados de la adaptación en recursos necesaria para dar respuesta a las nuevas necesidades que se han creado, sin añorar el pasado, sino mirando al futuro. En el origen del maltrato podemos encontrar multicausalidad, ya que no sólo los factores sociales están implicados, sino también los culturales, familiares e individuales.

Los malos tratos se ejercen generalmente sobre las personas más vulnerables del ámbito doméstico, en el caso de la mujer con el propósito de dominio y sometimiento por parte del agresor; en el caso del anciano, aunque también se pueden dar estas mismas razones (violencia en la pareja en los ancianos), se cree que con mayor frecuencia son la respuesta a una situación de rechazo hacia el anciano, considerado como carga para la familia. Se han identificado factores asociados al maltrato, como el estrés por sobrecarga del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar en la propia familia, etc. Estos factores se consideran más de riesgo que causales, ya que no siempre su existencia condiciona la aparición del problema, sino que sólo aumenta la probabilidad de que éste aparezca.

Consecuencias

Los malos tratos tienen consecuencias físicas, psicológicas o sociales sobre el anciano.

- Físicas. Lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras de decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras, intoxicaciones, etc.
- Psicológicas. Tristeza, sufrimiento, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y seudodemencias.
- Sociales. Aislamiento físico, psicológico o social.

Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios, ya que generan un aumento de la frecuentación y de las hospitalizaciones.

Epidemiología

No hay estudios con base poblacional que permitan estimar la magnitud de este problema en España, aunque hay algunos trabajos⁸⁻¹² que han intentado investigarlo, tanto desde el punto de vista epidemiológico como mediante la búsqueda de herramientas diagnósticas y factores de riesgo. Sus resultados no se pueden extrapolar a la población

general y tampoco están validadas las escalas que se utilizan.

Las cifras oscilan, según el ámbito de estudio, desde el 35% en ancianos atendidos por los servicios sociales¹² al 8,5% en los hospitalizados⁸. En un estudio de prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos¹¹ (sin confirmación diagnóstica) se obtuvieron cifras del 11,9%.

En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos¹, Canadá² y Reino Unido³, se encontraron cifras de prevalencia de maltrato del 3-6% en mayores de 65 años. Un informe¹³ sobre las enfermeras de asistencia a domicilio mostró que más del 36% de ellas había sido testigo de abusos físicos y el 81%, de maltrato psicológico.

Los agresores eran, en el 66% de los casos, los propios cónyuges, mientras que en el resto lo fueron los hijos mayores. En otro estudio¹⁴, el 45 % de los cuidadores domésticos admitía haber tenido conductas consideradas como maltratantes. Sin embargo, muchas de las víctimas no las consideraban como abuso o maltrato.

El grado de denuncia es muy bajo, ya que se estima que se denuncia uno de cada 5 casos. Se desconoce la incidencia de los malos tratos de los ancianos en las instituciones.

Factores de riesgo

En distintos estudios¹⁵⁻¹⁸ se ha observado una asociación estadística entre maltrato y algunos factores de riesgo y situaciones de mayor vulnerabilidad (tabla 1).

Posibilidades de intervención del profesional sanitario ante los malos tratos a los ancianos

Prevención primaria

Las intervenciones de los profesionales sanitarios en prevención primaria serían las siguientes:

- Detectar los factores de riesgo del anciano y del cuidador y las situaciones de mayor vulnerabilidad para que el maltrato se produzca.
- Canalizar las intervenciones para modificar los factores de riesgo.
- Apoyar a los cuidadores. Identificar y actuar preventivamente ante situaciones de estrés y sobrecarga física y emocional que pueden influir en la aparición de conductas violentas, mediante el desarrollo de programas de atención al cuidador.

Otras acciones preventivas que deberían poner en marcha la administración y los gobiernos serían:

- El desarrollo de programas educativos para niños y jóvenes orientados al respeto y al reconocimiento a las personas mayores y discapacitadas, en la familia, en la escuela, en los medios de comunicación y en la comunidad.
- El desarrollo de programas de ayuda social a los ancianos y a las familias por parte de las instituciones públicas y una mayor dedicación de recursos para los cuidados psicosociales de la familia.

**TABLA
1**

Para el anciano
Edad avanzada
Deficiente estado de salud
Incontinencia
Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta
Dependencia física y emocional del cuidador
Aislamiento social
Antecedentes de malos tratos
Para el agresor (cuando es el cuidador)
Sobrecarga física y emocional (situaciones de estrés, crisis vitales)
Tener trastornos psicopatológicos
Abuso de alcohol u otras toxicomanías
Experiencia familiar de maltratos a ancianos o violencia familiar previa
Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados
Situaciones de especial vulnerabilidad
Vivienda compartida
Malas relaciones entre la víctima y el agresor
Falta de apoyo familiar, social y financiero
Dependencia económica o de vivienda del anciano

– Cambios en la normativa laboral que faciliten la limitación de jornada en condiciones económicas dignas cuando se tienen a cargo ancianos dependientes.

Prevención secundaria. Detección temprana del maltrato
Tras la revisión y el análisis en diferentes estudios¹⁹⁻²² de distintos instrumentos de cribado, se considera que aún no se dispone de uno suficientemente válido para la detección, por lo que debe seguir la investigación en este campo.

Por otro lado, hay que tener en cuenta las recomendaciones de organizaciones internacionales. La Asociación Médica Americana (AMA) recomienda que los médicos interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato²³

La USTF²⁴ (US Preventive Services Task Force) y la CTF²⁵ (Canadian Task Force on Preventive Health Care) consideran que no hay evidencias científicas suficientes en el momento actual que permitan aconsejar o rechazar la utilidad de cuestionarios para el cribado rutinario de maltrato en el anciano (recomendación tipo C). Sin embargo, aconsejan estar alerta ante signos y señales relacionados con maltrato y sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta para detectar riesgos o signos de maltrato, con la intención de identificarlos tempranamente mediante la entrevista y la exploración²⁶⁻²⁹. Dan prioridad a las perso-

nas con factores de riesgo o situaciones de mayor vulnerabilidad (tabla 1).

La segunda parte de este artículo se publicará próximamente en ATENCIÓN PRIMARIA.

Bibliografía

1. Pillemer K, Finkelhor D. The Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*. 1988;28:51-7.
2. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canadá. *J Elder Abuse Neglect*. 1992;4:5-58.
3. Ogg J, Bennet G. Elder Abuse in Britain. *BMJ*. 1992;305:998-9
4. Comijs HC, Pot AM, Smit HH, Jonker C. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998;46:885-8
5. Kessel Sardinias H. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1996;31:367-72.
6. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, et al, editors. World report on violence and health. World Health Organization. Ginebra, 2002.
7. WHO (World Health Organizations)/INPEA(International Network for the Prevention of Elder Abuse. Missing voices. Views of Older Persons on Elder Abuse. Ginebra, 2002.
8. Marín N, Delgado JL, Aguilar JL, et al. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1991;26:40-6.
9. Cantero Hinojosa J, Rodríguez MA, Pérez J, et al. Síndrome de abuso en el anciano. Implicaciones de enfermería. *Enfermería Científica*. 1966;166:39-42.
10. Larrión Z, De Paul JL, Ochotorena J. El síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Bar)*. 1994;102:216-9.
11. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, et al. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos. *Aten Primaria*. 2001;27:331-4.
12. Maltractaments i abusos. Activitats preventives de la gent gran. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1999. p. 303-9.
13. Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. *Gerontologist*. 1989;29:314-20.
14. Homer A, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ*. 1990;301:1359-62.
15. Kosberg J. Preventing elder abuse. Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist*. 1988;28:43-50.
16. Muñoz F, Burgos ML, Rogero P, et al. Detección de factores predictores de abandono de pacientes incapacitados en la zona básica de salud. *Aten Primaria*. 1995;15:21-8.
17. Jones JS, Holstege C, Holstege H. Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. *Am J Emer Med*. 1997;15:579-83.
18. Lachs M, Williams C, O'Brien S, et al. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine year observational cohort study. *Gerontologist*. 1997;37:469-74.
19. Wolf R. Risk assessment instruments. Special research review section. National Center on Elder Abuse Newsletter. Disponible en: www.elderabusecenter.org/research/risk.html
20. Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, et al. Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *J of Applied Gerontology*. 1991;10:406-18.
21. Reis M, Nahmiash D. Validation of the indicators (IOA) screen. *Gerontologist*. 1998;38:471-80.
22. Goodrich CS. Results of a national survey of state protective services programs: assessing risk and defining victim outcomes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 1997;9:69-86.

23. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago: American Medical Association; 1994. p. 4-24.
24. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, et al. 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.
25. Patterson C. Prevention secondaire des mauvais traitements infligés aux personnes âgées en *Medicine Clinique Preventive*. Ottawa: Canadian Task Force; 1994. p. 1040-9.
26. Marshall CE, Benton D, Brazier J. Abuso del anciano. Cómo identificarlo. *Modern Geriatrics.* 2000;12:190-6.
27. Kruger RM, Moon CH. ¿Puede descubrir los signos de maltrato de ancianos? *Postgraduate Medicine.* 2000;4:65-73.
28. Barker NJ, Mersy DJ. La violencia en la familia. *AAFP. Home Study Self Assesement* (ed. esp.). 1996;5:33-46.
29. Lachs MS, Pillemer K. Reconognizing elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med.* 1993;9:665-8.