

# 1ª Jornada

Sevilla, 16 - 17 de Octubre 2014

# SOBRE MALTRATO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



# Maltrato en persona de Tercera Edad con discapacidad previa o adquirida como factores de riesgo en el desarrollo de conductas autolíticas

Almudena García Alonso y  
Raquel Rojo Moreno

## Objetivos:

El objetivo de este estudio es revisar la prevalencia de conductas de autonegligencia y autolíticas motivadas en numerosos casos por maltrato físico y/o psicológico del entorno inmediato, además de su evaluación y líneas de intervención terapéutica preventiva con el fin de poder detectarlas y evitarlas a tiempo.

## Diseño:

Revisión bibliográfica longitudinal. Procedimiento: Revisión de estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Revisión de las bases de datos Pubmed, Psycarticles, Web of Knowledge y biblioteca Cochrane.

## Introducción:

El envejecimiento de la población y un mayor control médico han propiciado el aumento del número de personas que viven solas. La esperanza de vida media mundial al nacimiento ha aumentado 20 años desde 1950 hasta alcanzar los 68 años en el 2009 y se prevee que para 2050 haya aumentado 10 años más (OMS, 2012). En España la población de más de 65 años se ha duplicado en los últimos 30 años. Se prevé que el porcentaje de personas con 65 o más años de edad sobre el total de la población de España pueda pasar a ser el 29,73% para el año 2042 (INE, 2012). Además el conjunto de los mayores de 80 años se ha duplicado en sólo veinte años, fenómeno que ha venido a llamarse «envejecimiento del envejecimiento». Por otra parte, los recortes de la ley de dependencia (Ley Orgánica de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia del 39/2006 de 14 de diciembre) están afectando a la calidad asistencial de esta población con consecuencias tanto presentes como futuras inquietantes.

### Definición:

El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.

### Formas de maltrato:

Fernández-Alonso, M.C. & Herrero-Velázquez, S. (2006a) contemplan los siguientes: 1. **NEGLIGENCIA**: acto de omisión, descuido o falta de cuidados esenciales para cubrir las necesidades de la persona anciana, de modo que se produzca daño físico, angustia o daño mental. **Tipos**: **Física**: no satisfacer las necesidades básicas (negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos). **Emocional**: negación de afecto, desprecio, aislamiento y/o incomunicación. Los ancianos que presentan un mayor nivel de dependencia para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, pueden sufrir un tipo de negligencia más grave: no recibir comida, alojamiento, ropa, atención médica, higiene, cuidado personal, medicación... El aspecto afectivo tiene mayor importancia en la medida en que el anciano mantiene sus funciones psíquicas y es consciente de su soledad y de la falta de afecto y apoyo social (AMA, 1994). **Terapéutica o diagnóstica**: es la falta de cuidados por parte de los profesionales sanitarios que omitirían medios diagnósticos o terapéuticos eficaces y proporcionados al estado de salud y bienestar del anciano. **Autoabandono o actitud de negación**: en este caso, es el propio anciano el que rechaza la ayuda porque niega ante sí mismo y ante los demás que la necesite poniendo en peligro su salud y su seguridad (insiste en vivir solo cuando sus enfermedades no lo aconsejan, lo que puede conllevar riesgo de incendio, olvido de medicación, mala alimentación, falta de limpieza, o aislamiento familiar y social). En esta forma de negligencia el anciano no tiene conciencia de víctima ni sentimiento de sentirse abandonado, pero puede alcanzar un nivel de riesgo para él que obligue a los responsables a intervenir para evitar el daño para sí mismo o para terceros. **Psicológica**: No proporcionar estímulos sociales a un anciano dependiente (dejarle solo durante períodos largos de tiempo, ignorarle o no proporcionarle información o silencios ofensivos). 2. **ABANDONO**: cuando el responsable de atender y custodiar a un anciano le desampara de manera voluntaria. Se produce un acto de omisión que puede no identificarse como tal si el lugar en que se produce el abandono es un centro hospitalario, no asumiendo que llegado el momento del alta, se deberían volver a asumir sus cuidados y que mientras dure el ingreso, se debe mantener una presencia continuada que favorezca el apoyo de la persona

mayor en la toma de decisiones, actuando en beneficio del enfermo que se encuentra en una situación que puede ser especialmente delicada. **3. MALTRATO FÍSICO:** golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos. **4. MALTRATO PSICOLÓGICO:** manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones. **5. MALTRATO INSTITUCIONAL:** la persona responsable del abuso puede ser un familiar, amigo, otros residentes, los profesionales y la propia institución debido a malas instalaciones, masificación, barreras arquitectónicas. Los tipos de maltratos que pueden darse son los mismos que en ancianos que están en la comunidad. Algunos ejemplos serían: discriminación por la edad, fármacos caros que no se administran en según qué niveles asistenciales, trato infantil, humillaciones o insultos larvados, falta de intimidad, falta de información, restricciones físicas, aislamiento... **6. ABUSO ECONÓMICO:** impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico. **7. ABUSO SEXUAL:** cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento. **8. AUTOMALTRATO** (Arellano, M., Garreta, M., Cervera, A. & Sociedad Española de geriatría y gerontología.; 2006): la violencia autoinfligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio –también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” en algunos países– y suicidio consumado. Por contraposición, el automaltrato incluye actos como la automutilación. El automaltrato puede ser la forma más evidente de un estado de deterioro mental, que requiere intervenciones profesionales urgentes.

### Indicadores de maltrato:

**Datos de la historia clínica:** retraso inexplicado en la búsqueda de tratamiento, no asistencia a varias citas médicas, lesiones previas inexplicadas. **Observaciones sobre la actitud:** el anciano parece temeroso de algún miembro de la familia o parece reacio a contestar cuando se le pregunta, el anciano y un miembro de la familia dan explicaciones diferentes de un incidente, llegada a urgencias sin el cuidador principal, un miembro de la familia está excesivamente preocupado por el coste de la asistencia médica, un miembro de la familia busca evitar que el anciano hable en privado con los profesionales sanitarios. **Indicadores de abuso físico:** heridas y contusiones múltiples, en diferentes momentos evolutivos, localizadas en muñecas, hombros, alrededor del abdomen o en cara interna de muslos y brazos, fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes, lesiones en la cabeza, cara o cuero cabelludo con arrancamiento de cabello, quemaduras en sitios poco frecuentes, enfermedades venéreas o infecciones genitales no explicadas (Arellano, M., Garreta, M., Cervera, A. & SEGG; 2006). **Indicadores de autonegligencia:** alteración del estado emocional, depresión, anhedonia, alexitimia, mutismo, administración arbitraria u omisión de la toma de medi-

camentos, desnutrición, deshidratación, descuido o abandono de los hábitos de autohigiene y conductas autodestructivas como fumar con diagnóstico de EPOC o beber con problemas hepáticos o ingerir dulces con diabetes.

### Pautas de actuación:

**Realización de la entrevista clínica al anciano** por el médico de familia en un marco de tranquilidad y sin prisas. En el curso de la entrevista se debe preguntar por factores de riesgo e investigar signos de alerta o indicios que nos hagan pensar en la posibilidad de maltrato por sus actitudes, comportamientos o síntomas. **Actuación del profesional de atención primaria** (Por parte del médico de familia en la consulta): entrevista con el paciente y con el cuidador, identificar factores de riesgo o vulnerabilidad e investigar señales de alerta a través de indicios o signos precoces de malos tratos. Realizado el diagnóstico, hacer un examen físico y una valoración psicológica y social. Se evaluará la magnitud del maltrato, la gravedad inmediata de las lesiones, el estado psicológico (valorar el riesgo autolítico, inhibición) y riesgo social (situación de dependencia, abandono y los riesgos para una nueva agresión). **Establecer un plan de actuación integral y coordinado** contactando con el trabajador social y los servicios sociales y con los servicios especializados si fuera preciso. En los casos de riesgo inmediato de cualquier tipo debe remitirse siempre a los servicios especializados y/o sociales. En el resto, se procederá en función de la valoración realizada, con la opción acordada por el profesional y el paciente, respetando siempre que sea posible los deseos del paciente. Informar al paciente de la tendencia y 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. Si el anciano no está capacitado, poner en conocimiento de los servicios sociales y de protección al adulto. Hacer parte de lesiones si procede y comunicarlo al juez<sup>1</sup>. Informar de los pasos legales para formalizar la denuncia. Registrarlo en la historia. **Pautas orientadas al anciano** (Protocolo

1. El art. 173 de la legislación española dice: “El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado... 2. El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona a la que esté o haya estado ligada a él por análoga relación de afectividad aún sin convivencia, sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada por cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con....y en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda...”.

del Servicio de Atención al Cuidador Familiar en la Comunidad, 2003): 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 o familiar:** reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como compartir el cuidado con otros miembros de la familia o facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar más capacitado, contactar con grupos de apoyo (voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares de enfermos etc.). Garantizar periodos 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). Proporcionar apoyo técnico y emocional al cuidador. Si el cuidador padece un problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas, debe realizarse entrevista intentado conocer el estado emocional de la persona y facilitar apoyo y tratamiento de problemas psiquiátricos o toxicomanías si las hubiere. Valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados. (Marshall, C. E., Benton, D., & Brazier, J. ;2000).

### Epidemiología:

Carecemos de datos fiables en nuestro país ya que las cifras oscilan, según el ámbito de estudio, desde el 35% en ancianos atendidos por los servicios sociales al 8,5% en los hospitalizados. En un estudio de prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos (sin confirmación diagnóstica) se obtuvieron cifras del 11,9%. En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido, se encontraron cifras de prevalencia de maltrato del 3-6% en mayores de 65 años. Un informe 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 estudio, el 45% de los cuidadores domésticos admitía haber tenido conductas consideradas como maltrato. 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 cinco casos. Se desconoce la incidencia de los malos tratos de los ancianos en las instituciones (Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S.; 2006a). Por otra parte, un trabajo de Cooper, C., Selwood, A. & Livingston, G. (2008), en el que se revisaron 49 estudios y se utilizaron varias técnicas, informes médicos e instrumentos validados, concluyó que uno de cada cuatro ancianos (entre el 3,2 y el 27,5%) puede sufrir abuso, pero tan sólo se identifican el 1-2 % de los casos. Otro estudio (Pérez-Rojo, G.,

Izal, M., Montorio, I., Regato, P., & Espinosa, J. M.; 2013) mostró una prevalencia de malos tratos del 12,1%. Además, se observó que el tipo más frecuente de malos tratos era el psicológico (11,5%), seguido del maltrato físico y sexual (2,95%), siendo menos frecuentes la negligencia (2,07%) y el abuso económico (1,11%). También se descubrió la presencia de malos tratos de forma simultánea, siendo la combinación más frecuente el psicológico y el maltrato físico y sexual (22%).

### Causas y consecuencias del maltrato:

Los valores imperantes en nuestra sociedad actual: juventud, productividad y salud, no dejan espacio para el anciano enfermo con frecuencia dependiente e improductivo. Se han identificado otros factores asociados a maltrato (estrés del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia, etc.). Sin embargo, estos son sólo factores de riesgo ya que su existencia aumenta la probabilidad de que aparezca el problema más que condicionar su aparición. Según Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S. (2006a), las consecuencias pueden ser: lesiones físicas: lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras e intoxicaciones; consecuencias psicológicas: tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y pseudodemencias; y/o sociales: aislamiento físico, psicológico o social. Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios con el aumento de las consultas y de los ingresos.

### Factores de riesgo:

Arellano, M., Garreta, M., Cervera, A. & Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, (2006) señalan los siguientes: **del 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; **factores de riesgo del cuidador responsable del maltrato**: incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados, cuidadores agotados con un promedio de cinco años cuidando al anciano, cuidador único sin ayudas familiares ni oficiales, cuidador poco preparado, cuidadores con problemas personales, laborales, y/o de pareja, problemas psíquicos en el cuidador, cuidador con adicción a drogas, alcohol, cuidador con dependencia económica del anciano, mala relación previa entre el cuidador y el anciano; **factores de riesgo del entorno**: ausencia de respuesta a las demandas realizadas, falta de soporte tanto familiar como institucional, falta de espacio en

la vivienda, dificultades económicas; y **factores de riesgo de la institución:** precaria situación laboral de los trabajadores, Burnout de los trabajadores, problemas personales de los trabajadores, trastornos mentales, consumo de tóxicos por parte de los trabajadores, falta de profesionalidad y formación del trabajador y escasez de medios: escasez de personal, déficit estructurales. Algunas **situaciones de especial vulnerabilidad** son: vivienda compartida, malas relaciones entre la víctima y el agresor, falta de apoyo familiar, social y financiero, dependencia económica o de vivienda del anciano.

### Prevención:

**1.- Prevención primaria:** es importante valorar los factores socioculturales. La sociedad a través de los medios de comunicación y de las escuelas e incluso la propia familia, deben fomentar valores de reconocimiento y respeto a las personas mayores. Serían útiles programas que permitieran valorar su experiencia y que les ofreciesen llevar a cabo una vida física y socialmente activa (programas de guías de monumentos, de conferencias en ámbitos sociales y académicos...) Además, los organismos sanitarios deberían adecuar sus prestaciones a situaciones reales. Por ejemplo, la mayoría de cuidadores son de sexo femenino y la incorporación de la mujer al mercado laboral ha disminuido la posibilidad de atención familiar considerablemente. Otras acciones preventivas son 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 medios para los cuidados psicosociales de la familia así como cambios en la normativa laboral facilitando limitación de jornada en condiciones económicas dignas cuando se está a cargo de discapacitados ancianos. La mujer y el hombre que trabajan fuera del hogar, se ven sometidos a situaciones de estrés cuando al trabajo habitual se añade el cuidado de ancianos o enfermos a su cargo.

**2.-Prevención secundaria:** la prevención secundaria se fundamenta en: Una correcta *detección de casos mediante entrevistas y pruebas de cribado*. Existen varios instrumentos: H-S/EAST (Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., Sengstock, M. C., & Stahl, C.; 1991) con 15 ítems. Este instrumento posee limitaciones en su validez y una alta tasa de falsos negativos. Otro instrumento es el *Indicators of Abuse Screen* (Reis, M., & Nahmiash, D.;1998) con 29 ítems Este instrumento ha demostrado su validez, aunque tiene limitaciones para su uso rutinario por su extensión. Otro instrumento de valoración de riesgo (riesgos futuros) se utilizó en el programa APS (Goodrich, C. S.; 1997) y consta de 33 ítems agrupados en 5 categorías (referidas al anciano, al entorno, servicios de soporte, antecedentes familiares de abuso y al agresor) y a su vez clasifica la situación del anciano como de riesgo bajo, moderado o alto. Otro cuestionario es el Cuestionario para la detección de sospecha de maltrato en el anciano de la



American Medical Association (AMA) que consta de 9 ítems. Una sola respuesta positiva al cuestionario se considera como sospecha de maltrato. Como conclusión, podemos afirmar que tras el análisis de distintos instrumentos de cribado no disponemos de uno que cumpla los criterios metodológicos indispensables como para valorar el riesgo. La investigación en este campo debe continuar.

### Propuestas a futuro:

El trabajo desarrollado por la Red internacional de prevención del abuso y maltrato en la vejez (INPEA), y el énfasis puesto por la OMS para la prevención del maltrato de las personas mayores, han contribuido de forma significativa en lo que se refiere a una toma de conciencia a nivel mundial. La AMA por su parte ha sido más explícita recomendando que los médicos interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato. Por último, tanto la *U.S. Preventive Services Task Force (USTF)* como la *Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTF)* aconsejan estar alerta ante signos y síntomas clínicos y de conducta relacionados con maltrato y negligencia y sugieren incluir preguntas en el curso de la consulta ordinaria para detectar riesgos o signos de maltrato, tratando de identificarlos precozmente a través de la entrevista y la exploración, dando prioridad a aquellas personas con factores de riesgo o situaciones de mayor vulnerabilidad.

### Bibliografía:

- American Medical Association. (1992). Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. In *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*. AMA.
- Arellano, M., Garreta, M., Cervera, A. & Sociedad Española de geriatría y gerontología. (2006) Negligencia, abuso y maltrato. *Tratado de geriatría para residentes*, 133-140.
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and ageing*, 37(2), 151-160.
- Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S. (2006a). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención primaria*, 37(1), 56-59.
- Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S. (2006b). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Atención Primaria*, 37(2), 113-115.
- Goodrich, C. S. (1997). Results of a national survey of state protective services programs: Assessing risk and defining victim outcomes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9(1), 69-86.

- Instituto Nacional de Estadística (2012). Demografía y población. Proyecciones de población a largo plazo . Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspob.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm)
- Ley Orgánica de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia del 39/2006 de 14 de diciembre. En Boletín Oficial del Estado, núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
- Marshall, C. E., Benton, D., & Brazier, J. (2000). Abuso del anciano. *Cómo identificarlo. Modern Geriatrics*, 12(6), 190-196.
- Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., Sengstock, M. C., & Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test. *Journal of applied gerontology*, 10(4), 406-418.
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., Regato, P., & Espinosa, J. M. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Medicina Clínica*, 141(12), 522-526.
- Protocolo del Servicio de Atención al Cuidador Familiar en la Comunidad. Cartera de Servicios de Atención Primaria Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Valladolid (2003)
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480.
- Rueda Estrada, J. D., De la Red Vega, N., Vega García, C., Nieto Bedoya, M., Niño Martín, V., & Arquiaga Thireau, R. (2006). El maltrato a las personas mayores. Bases teóricas para su estudio.
- World Health Organizations (2012). Programmes and Projects. Disponible en: [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/en/index.html](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/index.html)