

ANÁLISIS MÉDICO-LEGAL DE LA VIOLENCIA QUE SUFREN LOS ANCIANOS EN EL MEDIO FAMILIAR

AUTORES: Mercedes Martínez León, M^a Concepción Astruga Tejerina, Camino Martínez León y Daniel Queipo Burón.

Área de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. legal@med.uva.es mercheml@pat.uva.es

“Un anciano debe ser la joya de la familia”.

VERDÚ PASCUAL, FERNANDO (1998). Ancianos, viejos....nosotros mañana, siete días médicos, 351,47.

INTRODUCCIÓN

Las primeras publicaciones acerca de los abusos en los ancianos aparecieron en la literatura médica hace unos 20 años, y no porque no existieran, sino porque siempre ha sido un problema “oculto”. La expresión que se utilizó inicialmente para describir este fenómeno en las revistas científicas británicas fue la de "granny bashing", que podríamos traducir como "abuelo vapuleado", y en los Estados Unidos, la de "parent battering", con un significado similar.

La OMS en su informe “Violencia y Salud” del año 2002 estima que entre el 4-6 % de los mayores declaraban haber sufrido algún tipo de violencia, Además numerosos informes de diferentes países que participaron en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en abril del 2002, afirman que: “La Violencia contra los mayores es generalizada, no se denuncia y tiene costes económicos y humanos muy altos”, según el National Center Elder Abuse de EE.UU 10 casos por cada 1000 habitantes cada año y en España la Catedrática de Sociología Teresa Bazo, en recientes estudios estima que casi el 50 % de los ancianos que requieren atención en casa son víctimas de negligencias y el 5 % reciben malos tratos. La violencia hacia el mayor es un problema frecuente, pero poco conocido. Hay pocos estudios al respecto. Se estima que entre un 2-5% de ancianos sufren maltrato en general, e incluso porcentajes mayores en el medio institucional (Ribera y Gil, 1995).

Aunque los estudios a gran escala sobre prevalencia de la violencia contra personas de edad se refieren únicamente a los países desarrollados y la información y los datos son escasos, demuestran que tanto hombres como mujeres mayores son víctimas de abusos y que éstos son generalizados tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Según estos estudios, la prevalencia estimada de malos tratos en las personas mayores oscila en un 3-10 %. Aunque hay estudios como el de Risco Romero C, Et Al, 2005 que, estiman la prevalencia de sospecha de maltrato en un 52,6 %. Según Isabel Iborra, 2008, autora de un informe del estudio nacional del maltrato de personas mayores, realizado por el Centro de Estudios para la Violencia Reina Sofía, 60.000 ancianos sufren maltrato cada año en España por parte de algún familiar, lo que supone 1 de cada 100 personas, el porcentaje de mayores afectados por maltrato en España de 0,8 % es menor que en otros países como en Australia (4,6 %), Canadá (4%), EE. UU (3,2 %) o el Reino Unido (2,6 %).

Pero sin embargo, según el último estudio (2008) ya citado anteriormente del Centro de Estudios para la Violencia Reina Sofía, ha aumentado el maltrato al anciano un 47 % en España en los últimos cinco años. Ante este crecimiento de las cifras de violencia en los mayores, que según los autores este problema preocupante crecerá junto con el aumento de la esperanza de vida que como vemos no significa necesariamente calidad de vida.

TIPOS DE ABUSOS

Las personas mayores sufren la violencia en forma de negligencia (aislamiento, abandono y exclusión social), la violación de los derechos humanos, jurídicos y médicos, y la privación de opciones, decisiones, jerarquía social, recursos económicos y respeto.

El término “malos tratos a los ancianos” engloba tanto el abuso como el abandono de los ancianos. Pueden ser cometidos por cualquier persona, siendo más frecuentes en el hogar con el personal de confianza o familiares, o bien en las instituciones de ancianos. Por otro lado, el anciano no llega a denunciar el problema por miedo a posibles represalias de las personas que les atienden, incluso en algunos se dan sentimientos de culpabilidad asociados.

Hallamos cuatro tipos de abusos en las personas mayores (Ribera y Gil, 1995) que son los más frecuentes. Hay que destacar que en una misma persona se pueden producir más de un tipo de maltrato.

1. ABUSOS FÍSICOS

Son actos de violencia que pueden producir dolor, daño físico, deterioro o enfermedad.

Los más comunes que se producen son:

- Pegar, golpear
- Agredir con objetos
- Uso inadecuado de medicamentos o sujeciones mecánicas
- Abuso sexual

Sus consecuencias pueden ser variables, llegando incluso a la muerte del agredido. Lo habitual es que no sean lesiones muy severas como abrasiones, contusiones, hematomas y ocasionalmente fracturas u otras heridas, y quemaduras en lugares poco frecuentes producidas por objetos o líquidos muy calientes.

El abuso físico implica habitualmente la producción de dolor o discomfort a través del ataque físico directo o de una forma de cuidado que implique algún tipo de violencia.

2. ABUSOS PSICOLÓGICOS

Son conductas que provocan daño mental o emocional en el anciano. Como ejemplos tenemos:

- Agresiones verbales (insultos, amenazas)
- Aislamiento social provocado
- “Silencios ofensivos”
- Humillaciones e infantilización de las personas ancianas
- Amenazas de abandono o institucionalización

Este tipo de maltrato en el mayor suele manifestarse como depresión, ansiedad, nerviosismo y explicaciones vagas sobre el origen de las heridas.

3. NEGLIGENCIA FÍSICA

Es la incapacidad de los cuidadores para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para un óptimo funcionamiento o para evitar el daño (Arriola e Inza, 1999). Así tenemos:

- Malnutrición
- Deshidratación
- Higiene inadecuada
- Vestimenta inapropiada

- Administración incorrecta de medicamentos
- Falta de cuidados médicos

Se trata quizás del tipo de abuso más frecuente en personas mayores, en el que además el propio cuidador no es consciente de estar actuando de manera negligente. En base a esto, se habla (Kaschak y Jakovac, 1994) de:

- . Negligencia Pasiva o no intencional: sucede por desconocimiento del cuidador de hacer lo apropiado.
- . Negligencia Activa o intencional: cuando se es consciente de los cuidados apropiados a realizar, pero no se utilizan adecuadamente.

4. ABUSO ECONÓMICO

Consiste en el mal uso de los ingresos de una persona anciana para ganancia económica o personal del cuidador. Se llega incluso a negar el acceso del anciano a sus propios bienes. Ejemplos de ello son:

- Robarle dinero o posesiones
- Negar al anciano la vivienda. Ocultar los bienes materiales
- Utilización del dinero del mayor para satisfacer necesidades personales

FACTORES DE RIESGO DE ABUSOS A LAS PERSONAS MAYORES

Existen numerosos factores que influyen en el maltrato a los ancianos sin que nada lo justifique. El aumento de expectativa de vida de los ancianos implica el depender de algún familiar. El estrés que esta dependencia lleva, determina el peligro de sufrir abusos por parte de algún familiar, amigo o cuidador de la persona mayor.

El estrés del cuidador, combinado con los conflictos no resueltos con el anciano, pueden provocar frustración y maltrato. El estrés y la frustración pueden incrementarse por las crecientes incapacidades físicas y/o mentales del adulto mayor, provocando los malos tratos.

Los principales Factores de Riesgo de Abusos y Malos Tratos en las personas mayores, según diferentes estudios son:

- Deterioro funcional del anciano (dependencia importante para las actividades de la vida diaria).
- Alteración de las funciones cognitivas (reducción de las capacidades intelectuales de una persona mayor).
- Aislamiento social.
- Dependencia excesiva de otras personas.
- Cuidador con alteraciones psicológicas.
- Historia previa de violencia familiar.
- Ambiente familiar perturbado por causas externas.
- Convivir en el mismo domicilio por acuerdo previo (el responsable del abuso habita con la víctima).

Las principales características de la víctima y del responsable de los malos tratos serían las siguientes:

PERFIL DE LA POSIBLE VÍCTIMA

- Sexo: Mujer.
- Edad: 75 años o más.
- Estado Civil: Viuda.
- Importante deterioro funcional por una enfermedad crónica y/o progresiva (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, ACV).
- Dependiente de su cuidador para la mayoría de las actividades de la vida diaria.
- Portadora de problemas y conductas anómalas: incontinencia, agresividad, agitación nocturna.
- Convive con un familiar que es el principal y único cuidador.
- Antecedentes previos de lesiones inexplicables y recurrentes.
- Presenta signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene o intoxicación medicamentosa.
- Aislamiento social.

PERFIL DEL CUIDADOR RESPONSABLE DEL ABUSO

- Parentesco con la víctima: hijo, hija, esposo.
- No acepta el papel de cuidador. No asume la responsabilidad que eso conlleva.
- Depende del anciano desde el punto de vista económico y la vivienda suele ser de la víctima.
- Consumidor de fármacos, alcohol y drogas.
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica o alteraciones de la personalidad.
- Tiene pobres contactos sociales.
- Renuncia a las ayudas médicas y de la comunidad.
- En las entrevistas suele ser hostil, irritable y suspicaz.
- Demuestra pérdida de control de la situación.
- Historia previa de violencia familiar (esposa, hijos).
- Sufre estrés por causas diversas (pérdida de trabajo, portador de cualquier enfermedad, problemas conyugales).

MEDIDAS PREVENTIVAS DE MALTRATO A LOS MAYORES

Se distinguen tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La Prevención Primaria asume el riesgo que tiene el anciano de sufrir maltrato e intenta proporcionar ayuda a todos los individuos que cuidan de personas ancianas, así como a todos los ancianos, dependan o no de sus cuidadores. Los programas de prevención primaria son escasos. La Prevención Secundaria implica la identificación de los factores de riesgo de malos tratos al anciano y la realización de programas de prevención para localizar a individuos y familias de alto riesgo. Es necesario que el médico que esté en contacto con ancianos conozca estos factores de riesgo y actúe de una manera eficaz contra ellos. La atención multidisciplinar del anciano con riesgo de maltrato puede contribuir a prevenir la existencia del mismo. La Prevención Terciaria es, por desgracia, la forma de actuación más frecuente. Consiste en intentar prevenir nuevos eventos una vez que ya ha tenido lugar alguno con anterioridad, e incluye la intervención legal.

PAPEL DEL MÉDICO EN LA IDENTIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE MALOS TRATOS EN LAS PERSONAS MAYORES

Los médicos debemos asumir la atención a las personas mayores y modificar en lo posible, las condiciones adversas para un envejecimiento satisfactorio. Por lo que, el llamado “*Síndrome de malos tratos en las personas mayores*”, es una cuestión sociosanitaria. Normalmente, acuden tanto a atención primaria como a los servicios de urgencias, muchos pacientes ancianos por reagudizaciones de sus procesos con síntomas inespecíficos, a los que se les concede poca importancia, cuando en realidad deberían alertar de que nos encontramos ante una persona maltratada. Se trata de un verdadero síndrome, que carece de fisiopatología, pero que cursa con unos síntomas que conducen a auténtica enfermedad, en el sentido de que “el afectado no está sano, son personas con una autoestima muy mermada, no puede hacer una vida normal, su calidad vital está mermada, acaban por convertirse en verdaderos enfermos sin olvidar que su esperanza de vida disminuya varios años”.

No hay instrumentos con un alto índice de sensibilidad y especificidad válidos para la detección de malos tratos, ni evidencia que pruebe la eficacia de ninguno de los métodos usados hasta ahora. El médico no siempre va a saber determinar que se encuentra ante un caso de malos tratos. Según la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), se estima que solamente se detectan de un 10 a 15 % de todos los casos existentes. Los servicios médicos pueden ser instrumentos muy importantes de detección del problema por su accesibilidad y alta frecuentación, así como por el conocimiento del contexto familiar. La Asociación Médica Americana (AMA) recomienda a todos los médicos que atienden pacientes de edad avanzada interrogar al anciano sobre la posibilidad de violencia familiar, aún en ausencia de síntomas y signos atribuibles a abuso y/o negligencia. Esto es razonable por dos hechos:

- a) El incremento de la prevalencia de abusos en los países desarrollados
 - b) La existencia de formas “asintomáticas” de violencia que son muy difíciles de reconocer
- El médico debe saber dirigir el interrogatorio y si damos con un paciente colaborador podemos diagnosticarlo e incluso curarlo.

La formulación de un cuestionario con preguntas directas sobre la sospecha de distintos tipos de maltrato en la práctica clínica diaria es recomendada por la American Medical Association, pero no por otras Sociedades Médicas.

Este cuestionario de “*Sospecha de Maltrato*” editado por el Servicio de Salud Pública de Canadá y la American Medical Association consta de 9 preguntas:

1. ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
2. ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?

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

De estas preguntas la primera hace referencia al abuso físico, la segunda y la quinta al abuso económico, la tercera, cuarta y novena al abuso psicológico, la octava al abuso sexual, y la sexta y séptima al abandono y negligencia respectivamente.

Una sola respuesta positiva al cuestionario se considera como sospecha de maltrato.

Aunque, en muchas ocasiones el poco tiempo de consulta y las características propias del paciente anciano dificultan al médico confirmar su sospecha de que existen agresiones físicas, psíquicas o de algún tipo de negligencia, desatención y abandono por parte del cuidador tanto en el propio domicilio como en determinadas instituciones. Además en España no existen protocolos especiales de actuación médica en la prevención e identificación de casos de abusos y/o malos tratos para personas mayores.

Es fundamental identificar a los mayores de alto riesgo y hacer una valoración de su situación actual. Existen una serie de INDICADORES “SOSPECHOSOS” DE MALOS TRATOS EN EL ANCIANO que pueden ayudarnos en esta investigación (Ribera y Gil, 1995). Se exponen a continuación:

- Explicaciones contradictorias o inverosímiles de las lesiones o de cómo ocurrió el incidente.
- Disparidad en el relato de la historia por parte de la víctima y del cuidador.
- El anciano maltratado es llevado al hospital por otra persona.
- Abandono en la sala de urgencias del hospital por su cuidador.
- Frecuentes visitas al servicio de urgencias por exacerbación de enfermedades crónicas a pesar de un tratamiento correcto y recursos adecuados.
- Demora en la atención médica. Suele haber un intervalo prolongado de tiempo entre el trauma o la enfermedad y la visita al centro médico.
- Falta de comunicación de la víctima con el médico cuando el cuidador está presente.

- Vivienda que presenta unas condiciones higiénicas pésimas y es inadecuada para poder vivir en ella.
- Historia previa de episodios sospechosos de malos tratos.
- La monitorización de fármacos demuestra dosis inadecuadas infraterapéuticas o toxicidad o empleo de fármacos (psicotropos) no prescritos por el médico.

"GRUPOS DE ALTO RIESGO DE ABUSOS Y MALOS TRATOS"

- "Perfil de riesgo": Mujeres mayores de 65 años que viven en su domicilio, en el del cuidador o en una institución, con carencias económicas y sociales, que sufre deterioro funcional y cognitivo, por lo que requieren numerosos cuidados y pueden exceder en breve la capacidad familiar y/o institucional de asumirlos.
- Personas mayores cuyos cuidadores expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel, presentan signos de estrés y pérdida del control de la situación.
- Personas que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar (niños, esposa).
- Personas mayores que viven en su entorno familiar perturbado por otras causas (pérdida de trabajo del cuidador, relaciones de pareja deterioradas)

Es importante identificar a los ancianos de alto riesgo de sufrir abusos para intervenir antes de que ocurra el maltrato. Se puede intervenir de distintas formas. Algunas serían las siguientes (Kaschak y Jakovac, 1994):

- Orientar sobre la forma de cuidar a un anciano.
- Animar al cuidador a que busque ayuda.
- Proporcionar información sobre recursos comunitarios.
- Remitir a quien maltrata a un asesoramiento mediante un programa geriátrico o geropsiquiátrico, a un centro de salud mental comunitario o a un médico familiarizado con el maltrato o abandono a los mayores.
- Comunicar los casos de sospecha de maltrato o negligencia de mayores.
- Anotar con exactitud la sospecha de maltrato, con frases textuales y descripciones específicas de hallazgos físicos. La notificación exacta y clara es esencial para el

diagnóstico como para las posibles intervenciones de instituciones legales o servicios sociales.

- Consultar con el trabajador social sobre la posibilidad de referir a un paciente a instituciones comunitarias o proporcionarle alternativas de vida.

El profesional sanitario debe estar alerta y considerar la posibilidad de violencia familiar en estos colectivos (Ribera y Gil, 1995).

Existen varios PROTOCOLOS DE DETECCIÓN DE MALOS TRATOS EN EL MAYOR, pero no hay uno establecido, aunque todos son muy parecidos. Vamos a exponer el realizado por Lachs y Pillemer en el año 1995 que se resume en lo siguiente:

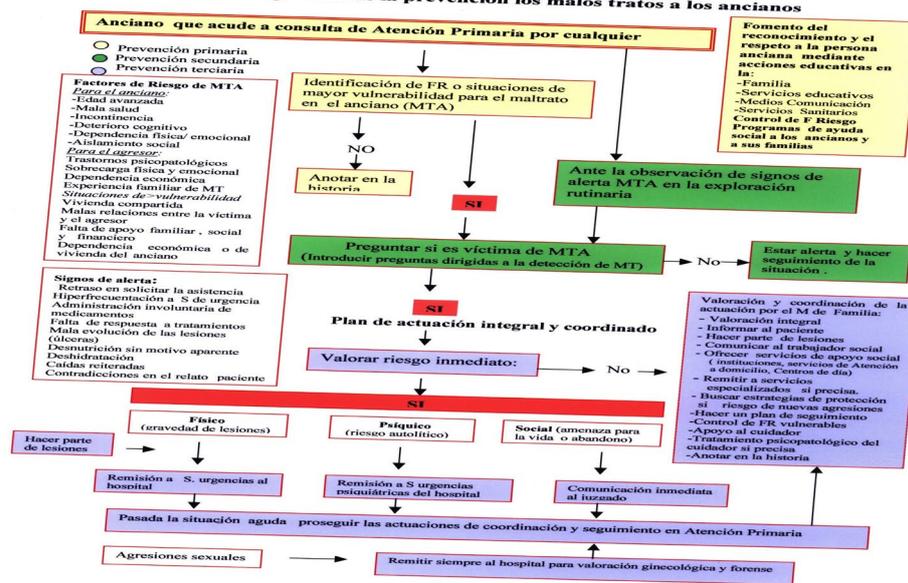
1. Historia clínica y valoración geriátrica.
2. Observación del comportamiento del cuidador.
3. Aspecto general del anciano.
4. Exploración física exhaustiva.
5. Exploración psíquica completa.
6. Valoración de los recursos económicos y sociales.
7. Realización de exploraciones complementarias.

Si se llega al diagnóstico de maltrato se pondrá en marcha un conjunto de actuaciones protocolizadas con un abordaje integral del problema: atención a las lesiones físicas, a las repercusiones psicológicas y a su situación social y familiar.

Si la persona está en peligro, debe ser inmediatamente separado de su cuidador para prevenir nuevos sucesos que pongan en peligro la vida del anciano, incluso hospitalizándole. Rápidamente se buscarán soluciones en el nivel asistencial geriátrico más adecuado.

(FIGURA 1. ALORITMO DE LA PREVENCIÓN LOS MALOS TRATOS A LOS ANCIANOS)

Figura 1.- Algoritmo de la prevención los malos tratos a los ancianos



MATERIAL Y MÉTODO

El trabajo realizado es un estudio observacional. La población objeto de estudio fueron 200 personas mayores de 65 años sin enfermedad mental y/o demencia pertenecientes a las Comunidades Autónomas de Castilla y León y Cantabria, que vivieran en sus domicilios o bien en una institución, resultando así cuatro grupos: 1. Institucionalizados zona urbana. 2. Institucionalizados zona rural. 3. No institucionalizados zona urbana. 4. No institucionalizados zona rural.

Las Comunidades Autónomas Españolas en las que se lleva a cabo el estudio, según los datos del Instituto Nacional de Estadística del año 2001, tienen un Censo de población de personas mayores de 65 años y con más años muy elevada, siendo la Comunidad Autónoma de Castilla y León la más envejecida de Europa, como consecuencia, el número de plazas residenciales se queda insuficiente:

- Castilla y León: 2.456.474 personas, de 65 y más años ----- 512.714 (20.97%)
- Cantabria : 535.131 personas, de 65 años y más años-----94.342 (17,92 %)
- Plazas Residenciales (públicas, privadas y concertadas)
 - Castilla y León: 31.000
 - Cantabria: 3.883

Se diseñaron dos tipos de cuestionarios: Institucionalizados y No institucionalizados con preguntas dirigidas a saber si existían malos tratos. No existe un cuestionario ni un protocolo válido sobre el maltrato. En nuestro cuestionario se utilizó diferentes Escalas o Índices científicos de uso común en Geriátrica como: Índice de Barthel, Escala de Yessage, Valoración Social y Calidad de Vida y preguntas específicas sobre el maltrato. El cuestionario se realiza a través de una entrevista personal a solas en el 95 % de las ocasiones. Existiendo muy buena colaboración en la mayoría de los entrevistados. Con ello se pretende saber si se cometen abusos hacia el mayor tanto en los que viven en sus domicilios como a nivel institucional.

En el análisis estadístico de los datos se empleó el programa SAS, versión 8.11 (SAS Institute Inc. Cary. NC. USA). Mediante el test chi-cuadrado y el test exacto de Fisher. Intervalos de confianza al 95% por distribución binomial.. Se consideraron significativos valores de p inferior a 0.05.

Para facilitar el estudio de las diferentes variables se dividen en tres grupo:

1. Variables Socio-Demográficas:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel cultural (estudios realizados)
- Nivel socio-económico (trabajo desempeñado, pensión percibida)
- Estado de salud

2. Variables Específicas:

- Relaciones familiares
- Grado de dependencia
- Apoyo socio-sanitario (atención por servicios sociales, asistencia sanitaria, apoyo afectivo)
- Existencia de maltrato (tipos de maltrato, agresores, formas de agresión)
- Estado anímico

3. Variables Institucionalizados

- Trato por personal de Residencia
- Cumplimiento de horarios (alimentación, medicación)

- ❑ Convivencia diaria

4. Variables No Institucionalizados

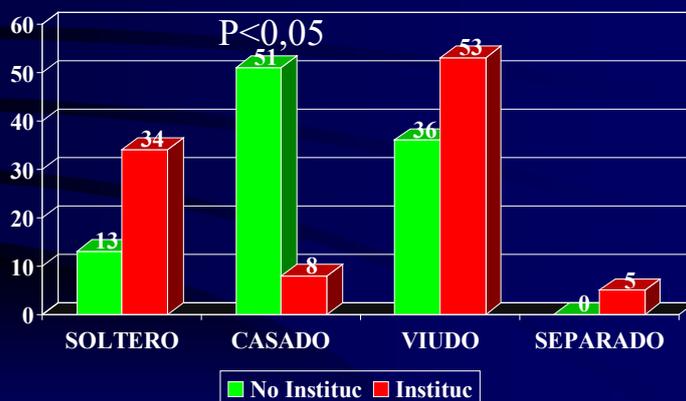
- ❑ Condiciones de habitabilidad de la vivienda
- ❑ Apoyo Socio-familiar (apoyo de la familia y servicios sociales)
- ❑ Opinión sobre las Residencias

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Variables Socio-Demográficas

Nuestra población va a tener en su mayoría entre 70 y 80 años (cerca del 52%), siendo más mujeres que hombres. En cuanto al estado civil, la mayoría de casados suelen vivir en sus domicilios (existiendo diferencias significativas con una $P > 0,05$), con el cónyuge o algún familiar. Por otro lado, los que son viudos, solteros y/o separados los encontramos sobre todo en las residencias. (Gráfico 1). En cuanto al nivel de estudios realizados encontramos en su gran mayoría han realizado estudios primarios incompletos, pero lo más llamativo y preocupante es que todavía existen 18 personas que son analfabetas, que no saben leer ni escribir, que con más frecuencia lo encontramos en institucionalizados rurales. Su estado de salud va a ser bueno hasta en un 70%. Son atendidos por su médico cuando así lo necesitan recibiendo buena asistencia sanitaria en el 100%.

Gráfico 1
ESTADO
CIVIL

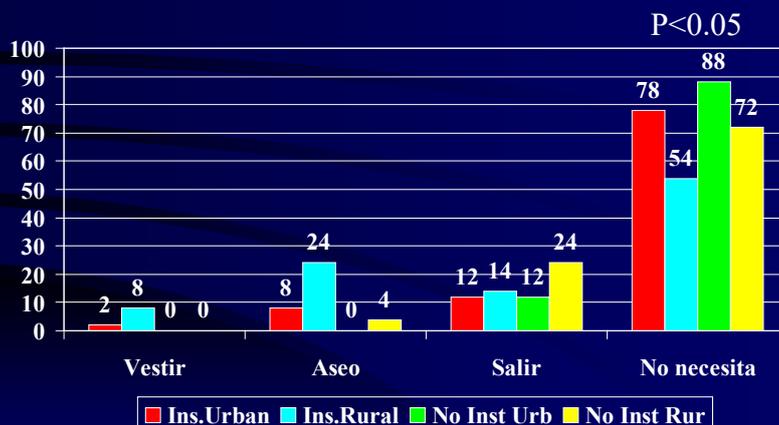


2. Variables Específicas

Cerca del 75% no precisan ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria (existiendo diferencias significativas con una $P > 0,05$). Los que precisan ayuda se encuentran entre el grupo de los institucionalizados de la zona rural, fundamentalmente para el aseo personal y para vestir. En el grupo de los no institucionalizados rurales hasta un 24% necesita ayuda para salir a caminar. (Gráfico 2).

Gráfico 2

NECESIDAD DE AYUDA



Dentro de sus preocupaciones destacan la familia sobre todo para los no institucionalizados (existiendo diferencias significativas con una $P>0,05$) y la soledad especialmente en los institucionalizados (Gráfico 3).

Gráfico 3

PREOCUPACIÓN PRIMORDIAL



Nuestros mayores mantienen buenas relaciones con la familia, sobre todo los no institucionalizados hasta en un 93% (existiendo diferencias significativas con una $P>0,05$). (Gráfico 4)

Gráfico 4

RELACIONES FAMILIARES



Mayor porcentaje de personas mayores con síntomas depresivos en institucionalizados. (Tabla 1). Se habla del doble o triple grado de depresión en institucionalizados respecto a los que viven en sus hogares (Jiménez et al.,1999). Un maltrato puede quedar oculto tras un estado de ansiedad y/o depresión (I.Gerontológico de Madrid, 2000).

Tabla 1

¿ESTÁ TRISTE?

	SI	NO
Instit. Urb	9 18%	41 82%
No Inst Urb	8 16%	42 84 %
Instit. Rur	24 48%	26 52%
No Inst Rur	12 24%	38 76 %

En cuanto a lo referente a los malos tratos encontramos que, a nivel institucional hay un 1% de maltrato, siendo los tipos más frecuentes el psicológico con agresión verbal en forma de gritos e insultos y el económico con apropiación indebida de dinero en forma de engaño.

Resultados similares encontramos en los que viven en sus domicilios: 1% de maltrato, siendo el psicológico con agresiones verbales en forma de gritos, insultos, menosprecios y el físico en forma de empujones y golpes los más frecuentes. (Tabla 2 y 3)

Tabla 2

EXISTENCIA DE MALTRATO

Maltrato	SI	NO
Instit. Urb	1 2%	49 98%
No Inst Urb	0 0%	50 100 %
Instit. Rur	0 0%	50 100%
No Inst Rur	1 2 %	49 98 %

Tabla 3

TIPO DE MALTRATO

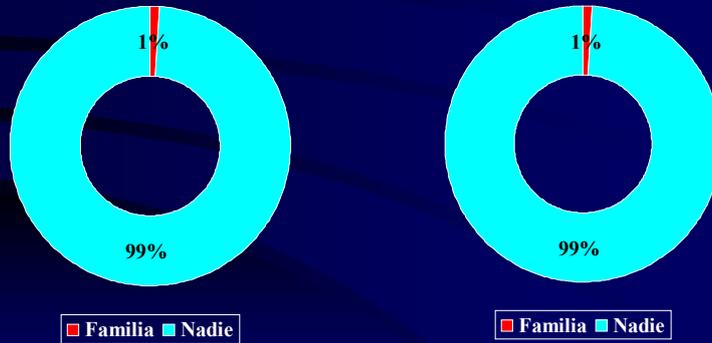
Tipo de maltrato	Físico	Psicológ	Económ	No lo hay
Instit. Urb	0 0%	1 2%	1 2%	48 96%
No Inst Urb	0 0%	0 0%	0 0%	50 100%
Instit. Rur	0 0%	0 0%	0 0%	50 100%
No Inst Rur	1 2%	1 2%	0 0%	48 96%

El perpetrador en ambos grupos va a ser la familia. (gráfico 5).

Gráfico 5

QUIÉN HA MALTRATADO

Institucionalizados No Institucionalizados



De este estudio se hallan cifras bajas de maltrato tanto institucional como no institucional, pero el haber encontrado ya un 1% es bastante significativo de la existencia de un problema serio y que no se le presta la suficiente atención. En general, podemos decir (con una seguridad del 95%) que menos del 3.1% han sido maltratados, aunque la estimación de nuestra población es del 1%. (Tabla 4).

TIPO DE MALTRATO

Tabla 4

Maltrato Global:
Con seguridad 95%: <3.1% hay maltrato



MALTRATO INSTITUCIONAL (1%)
en una misma persona:

- **Psicológico**, agresión verbal en forma de gritos.
- **Económico**, apropiación indebida de dinero en forma de engaño.

MALTRATO DOMICILIO (1%)
en una misma persona:

- **Físico**, en forma de golpes.
- **Psicológico**, agresión verbal (gritos, insultos).

El tipo de maltrato más frecuente encontrado en nuestro estudio en ambos grupos es el abuso psicológico. Según la INPEA (Red Internacional para Prevención del Maltrato en Personas Mayores, 2001), el 4% de >60 años sufre abuso psicológico, habiendo cifras similares en nuestro país. Es de los que menos se tiene en cuenta y, a veces, el que más daño produce. También en el estudio más reciente realizado por el Centro de Estudios para la violencia Reina Sofía con entrevistas realizadas en el año 2005, los tipos de maltrato más frecuente son el psicológico (0,3 %), las negligencias (0,3 %), las agresiones físicas (0,2 %), el abuso económico (0,2 %) y el sexual (0,1 %).

Comparando nuestras cifras de maltrato en general encontrado con otros estudios podemos afirmar que son más bajas, excepto con el estudio del Centro de Estudios para la violencia Reina Sofía ya comentado, realizado con entrevistas personales en el año 2005 que, estima que el porcentaje de mayores víctimas de algún tipo de maltrato en España es del 0,8 % (no incluye datos sobre ancianos que habitan en residencias):

- EEUU (Pillemer y Finkelhor, 1988), Canadá (Podnieks, 1992) y Reino Unido (Ogg y Bennet, 1992), por encuestas: 3-10 %.
- -Informe “Violencia y Salud” de OMS, 2000: 6 % ancianos víctimas de maltrato.
- -España (Marín et al., 1991): 4.7 y 8.57 %.
- -España (Ribera y Gil, 1995): 2 y 5 %.
- -España (Bazo, 2001): 4.7 % de maltrato.

También encontramos cifras bajas de maltrato institucional en nuestro estudio aunque en el caso de la violencia ejercida en el medio institucional la incidencia real es todavía más desconocida. Ribera y Gil, en 1995: habla de 2-5 % maltrato en general, y dice que puede aumentar en el medio institucional. Y •Según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), 2002: 2-5 % maltrato en el entorno familiar o residencial.

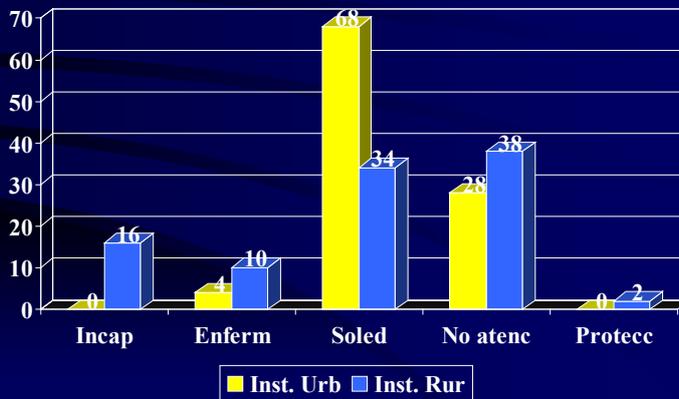
3. Variables Institucionalizados

Lo que más les mueve a entrar en una residencia va a ser fundamentalmente la soledad: hasta en un 68% los de la zona urbana frente al 34% en la zona rural ($p < 0.05$). Después será el no poder atenderles la familia, con un 38% en la zona rural y 28% en la urbana. (Gráfico 6).

Gráfico 6

CAUSA DE ENTRADA EN RESIDENCIA

$P < 0.05$

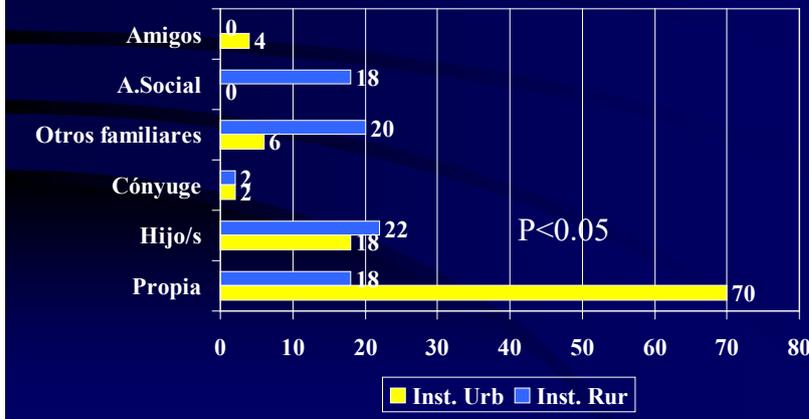


En torno a un 60% que viven en la zona rural no tienen hijos. Menos del 28% de la zona urbana tienen 3 ó más hijos. Son muchos los que se van a encontrar solos por no tener hijos. Esto hará que bastantes decidan ir a una residencia.

En institucionalizados urbanos la mayoría ingresó por decisión propia, un 70% frente a un 36% en los rurales ($p < 0.05$). Los que viven en zona rural, por debajo del 22% la decisión fue tomada por los hijos, hasta un 20% otros familiares (hermanos, sobrinos) y en un 18% lo decidió el asistente Social (Gráfico 7).

Gráfico 7

DECISIÓN INGRESO EN LA RESIDENCIA



Son muchos los que afirman recibir un buen trato por el personal de la residencia (cerca del 90%), estando más contentos los de la zona rural. Un 2% dice que el trato recibido es regular y los que se quejan viven en la zona urbana. Va a depender su opinión del tipo de residencia, ya sea pública o privada, y de los recursos que dispongan. En el estudio encontramos alguna residencia privada, de la zona urbana, que presentaba un número insuficiente de personal; estos, a veces, tienen que asumir más tareas de las que deben y les produce sobrecarga en el trabajo que puede reflejarse indirectamente en el trato a los mayores.

4. Variables No Institucionalizados

Encontramos que alrededor del 50% van a vivir con el cónyuge. Estas cifras coinciden con el 50% de casados que hallamos en el estudio entre los no institucionalizados. Vemos que van a permanecer en sus domicilios mientras puedan y estén acompañados. Un 30% que viven en zona rural van a estar con los hijos. Y un 26% de la zona urbana viven solos.

Aproximadamente un 82% prefiere vivir en sus domicilios. Es donde más a gusto se encuentran y mientras puedan defenderse por sí mismos, sin depender de nadie, es el lugar que van a elegir para vivir. Por debajo del 20% les gustaría estar con los hijos. Aquí juega un importante papel el grado de dependencia – atención que precisen, para optar vivir en un sitio u otro.

Hoy en día, la mayoría de los domicilios tienen todo tipo de comodidades, así el 100% que viven en zona urbana no les falta nada de lo esencial. En cambio, vemos que aún queda un pequeño porcentaje que no dispone en su domicilio ni de calefacción (8%), ni de baño completo (6%); éstos pertenecen a la zona rural.

Las personas mayores que viven en sus domicilios no suelen tener una opinión aceptable de las residencias de ancianos, así el 62% tiene un concepto regular de ellas, sobre todo los que pertenecen a la zona rural. Destacamos que un 58% que viven en la zona urbana tienen una opinión buena de las residencias frente al 36% de la zona rural ($p < 0.05$). (Gráfico 8).



La gran mayoría, en torno a un 90% no les gustaría estar en una residencia de ancianos. Prefieren vivir en sus domicilios, mientras se defiendan, aún estando solos. Tienen mal concepto de ellas por otros familiares y/o amigos que han ido y parecen no estar muy contentos. Solo menos de un 12% (sobre todo los de la zona urbana), dice que irían a una institución si no les quedara más remedio. Por lo que vemos, nuestros mayores prefieren quedarse en sus domicilios y si tuvieran que ir a una residencia lo harían con resignación.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL MALTRATO DE ANCIANOS:

1. Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás seres humanos.
2. La Asociación Médica Mundial reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los ancianos.
3. El médico debe velar, si es consultado por el anciano directamente, el hogar o la familia, para que el anciano reciba la mejor atención posible.
4. El médico que constate o sospeche de maltrato, en el sentido de esta declaración, debe discutir la situación con los encargados, sea la familia o el hogar. Si se confirma que existe el maltrato o se considera una muerte sospechosa, el médico debe informar a las autoridades correspondientes.
5. Para garantizar la protección del anciano en cualquier ambiente, no debe hacer restricciones a su derecho de elegir libremente el médico. Las asociaciones médicas nacionales deben luchar para que dicha libre elección sea respetada en el sistema médico-social.

RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL PARA LOS MÉDICOS QUE TRATAN A LOS ANCIANOS

Los médicos que atiendan ancianos deben:

- Identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato y/o abandono.
- Proporcionar una evaluación y tratamiento médico por los daños producidos por el abuso y/o abandono.
- Permanecer objetivos y no emitir su opinión.
- Intentar establecer o mantener una relación terapéutica con la familia (por lo general, el médico es el único profesional que mantiene un contacto duradero con el paciente y la familia).
- Informar toda sospecha de casos de maltrato y/o abuso de ancianos, conforme a la legislación local.

- Utilizar un equipo multidisciplinario de tratantes de las profesiones médica, servicio social, salud mental y legal, cada vez que sea posible.
- Estimular la generación y utilización de recursos comunitarios de apoyo que entreguen servicios domiciliarios, reposo y disminución del estrés, a las familias de alto riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS: Elder abuse and neglect. JAMA 1987; 257: 966-971.
- BELSKY J. Psicología del Envejecimiento. Madrid: Paraninfo-Thomson Learning; 2001. p. 6: 150-158.
- CASTELLANO ARROYO, M Y VILLANUEVA CAÑADAS, E. Aspectos Médico-Legales de la Vejez. Revista Ciencia Forense. Zaragoza, 2001; Ciencia Forense 3/2004:23-40.
- CENTRO DE ESTUDIOS PARA LA VIOLENCIA REINA SOFÍA. Informe elaborado sobre el Maltrato al anciano por Isabel Iborra, 2008. En: http://www.centroreinasofia.es/informes/Maltrato_Elder.pdf
- COMA M ET AL. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. Gac Sant. 2007; 21 (3): 233-41.
- COOPER C ET AL. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. Age and ageing 2008; 37: 151-160.
- DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL MALTRATO EN EL ANCIANO. En : <http://www.wma.net/s/policy/a4.htm>
- HWALEK MA, SENGSTOCK MC. Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument in *J Appl Gerontol*, 5 (1986), p. 153-173.
- IZAL M, MONTORIO I. Gerontología Conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid: Ed. Síntesis, S.A; 1999. p. 62-66: 79-87: 135-158.
- KASCHAK NEWMAN D, JAKOVAC SMITH DA. Planes de cuidados en Geriátria. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1994. p. 291-295.
- LACHS MS, PILLEMER K. Abuse and neglect of elderly persons. N Engl J Med 1995; 332: 437-443.

- O'MALLEY TA, EVERITT DE, O'MALLEY HC, CAMPION EW. Identifying and Preventing family-mediated abuse and neglect of elderly persons. *Ann Intern Med* 1983; 98: 998-1005.
- PRITCHARD J (ED). *Elder abuse work. Best practice in Britain and Canada*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.
- RIBERA CASADO J.M, GIL GREGORIO P. Problemas éticos en relación con el paciente anciano. *Clínicas Geriátricas XI*. Madrid: Editores Médicos, S.A; 1995. p. 11-32: 67-71: 155-171: 181-192: 211-217.
- RISCO ROMERO C, ET AL. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Med Clin (Barc)* 2005; 125 (2): 51-5.
- RODRÍGUEZ R, MORALES J, ENCINAR J, TRUJILLO Z, D'HYVER C. *Geriatría*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 230-235: 295: 300-301.
- SANMARTÍN, J. *El laberinto de la Violencia: causas, tipos y efectos*. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Barcelona: Ariel, 2004.
- VEGA MARTÍNEZ, M Y FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, O. *Malos Tratos: detección precoz y asistencia en atención primaria*. Barcelona: Ars Médica, 2004.
- VERDU PASCUAL F. *Ancianos, viejos....nosotros mañana*. *Siete Días Médicos*, 1998; 351: 47.