



## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor

Gustavo Montero Solano<sup>1</sup>,  
Juan Carlos Vega Chaves<sup>1</sup>  
Gabriel Hernández<sup>1</sup>

#### RESUMEN

Existe incongruencia en las definiciones e interpretación del abuso en adultos mayores. Una definición apropiada y unificada es la dada por la Organización Mundial de la Salud, que indica que el abuso en adulto mayor es cualquier acto aislado o repetitivo o la falta de acción apropiada, ocurrida en cualquier relación de la que se espera confianza, que causa daño o malestar a la persona mayor.

Este grupo poblacional es particularmente vulnerable, pues es muy probable que, en algún momento y en mayor o menor grado, aparezca la dependencia. Entre los principales tipos de abuso están el físico, psicológico, económico y la negligencia.

Es importante reconocer el abuso y conocer los componentes del cuadro clínico de esta problemática, sin embargo, lo más importante es la prevención primaria. Entre las medidas más importantes para prevención se encuentran las leyes de cada país, y sobretodo, crear una cultura de educación y concientización tanto en personal de salud, familiar y población general respecto a esta problemática.

#### PALBRAS CLAVE

Abuso. Maltrato. Adulto mayor. Tipos de abuso. Negligencia. Abordaje. Prevención.

#### ABSTRACT

Abuse in older adults lacks of congruence in regard to its definition and interpretation. The World Health Organization provides an appropriate and unified definition, which describes abuse in an elder as any isolated or repeated act, or to the lack of proper action, occurred in any relationship where trust is expected in such way that causes harm in the individual.

This population group is particularly vulnerable because there is a probability that eventually, in a higher or lesser degree, dependence will appear. Physical, psychological, economical abuse and neglect are some of the most important types.

It is important to acknowledge abuse and its clinical components. However, primary prevention should be the main focus. Some of the paths for prevention include the law framework of a determinate country, and most importantly, raising a culture of education and awareness among health care providers, family members and the general population.

<sup>1</sup>Licenciatura en Medicina y Cirugía de la Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: gmonso@hotmail.com



## KEY WORDS

Abuse. Mistreatment. Older adult. Types of abuse. Neglect. Management. Prevention.

## INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor está en aumento rápido y progresivo a nivel mundial, lo cual asocia del mismo modo un incremento progresivo de abuso y maltrato en la vejez, incluso en formas silentes, con fuertes implicaciones en la calidad de vida de esta población. Actualmente, los malos tratos hacia las personas mayores se han revelado como un serio problema de salud pública, captando cada vez en mayor medida el interés de nuestra sociedad, particularmente de la comunidad científica<sup>1,2,3</sup>.

Esta problemática se manifiesta tanto en países ricos como en pobres, y en cualquier nivel social<sup>4</sup>. Además, es un problema complejo, y es necesaria una definición suficientemente amplia y flexible para cubrir diferentes comportamientos que pueden constituir abuso y los diferentes escenarios en los cuales puede ocurrir. Asimismo, la definición debería ser específica y concreta para que sea útil en el contexto profesional<sup>4</sup>.

A pesar de que en los últimos años, este problema ha ganado más atención y se ha producido un incremento de los estudios e investigaciones de prevalencia de malos tratos hacia las personas mayores en diferentes países y contextos, los resultados son solo orientativos y no existe aún una estimación precisa de la tasa de abuso, por lo que las estadísticas globales siguen faltando.

La incongruencia entre las diferentes definiciones e interpretaciones de abuso en el adulto mayor ha hecho que la estimación de prevalencia e incidencia de la problemática parta de una perspectiva empírica, además hacen de este un fenómeno difícil de analizar y entender en una forma comparativa, lo cual tiene implicaciones en la investigación, desarrollo de políticas, programas de intervención y prevención<sup>4</sup>.

El abuso en adultos mayores y la negligencia de la cual pueden ser víctimas representa un importante reto para el patólogo forense, pues es difícil de detectar. Una de las tareas más difíciles para la medicina forense es certificar la causa de muerte cuando esta no es clara o cuando es debatible. Puede ser complicado definir la causa de muerte de manera precisa en ancianos con múltiples variables potencialmente involucradas como heridas, enfermedad y desnutrición<sup>3</sup>. Sin embargo, es importante mencionar que la negligencia y heridas físicas y psicológicas pueden empeorar o potenciar las consecuencias fisiopatológicas de las condiciones médicas de fondo; sin embargo es complicado definir cuán significativas son las causas de muerte indirectas en cada caso, así como la relevancia en causalidad<sup>3</sup>. Este artículo pretende lograr una definición adecuada para abuso en adultos mayores así como las principales características de este acto, para así facilitar su detección. Además, se describen los tipos de abuso y formas de prevención.

## EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO

La definición de abuso del adulto mayor ha cambiado y evolucionado considerablemente en el tiempo: pasó de llamarse “*vapuleando a la abuelita*” a “*maltrato del anciano*” o “*abuso del anciano*” entre 1970 y el 2000. El término “*vapuleando a la abuelita*” (“*granny battering*”) no era más que un eufemismo para los malos tratos a las personas mayores. En un inicio solo se consideraba en la definición al abuso físico, pues el término “*bapulear*” hace énfasis en el abuso físico. Además, se consideraba un fenómeno doméstico, donde las víctimas ancianas eran destinatarios pasivos del cuidador, y por tanto una carga para la familia<sup>4</sup>.

Más adelante, cuando se denominaba “*Síndrome de la abuelita vapuleada*”, se incluían tres grandes categorías de abuso: físico, psicológico y financiero o material. El abuso físico incluía tanto golpes como falta de supervisión y cuidado inadecuado que llevara a lesiones físicas. En la categoría de abuso psicológico se consideraban las amenazas y el aislamiento. En el abuso material o financiero se tomaban en cuenta los engaños y robos de sus posesiones<sup>4</sup>. A pesar



de esto, el nombre “*Síndrome de la abuelita bapuleada*” tiene definitivamente una connotación física, además de que el término incluye solo a mujeres, y es un calificativo que trae implícito debilidad y vulnerabilidad. Más adelante pasó a llamarse “*abuso en la vejez*” que se definía como “*el maltrato sistémico, físico, emocional o financiero de un adulto mayor por parte de su familiar cuidador*”. En esta definición se deja claro que no solo se incluyen a las mujeres, y no solo incluye abuso físico. No obstante, este término limita el abuso por parte del cuidador familiar<sup>4</sup>.

Si bien es cierto los miembros de familia, cónyuges, hijos, nietos están implicados en el 90% de los casos de abuso del anciano, esta problemática no se da únicamente en contexto familiar<sup>4</sup>. Tomando en cuenta las circunstancias bajo las cuales este problema puede producirse, se propuso el término “*maltrato del anciano*”, definido como “*todos los actos contra las personas mayores de 65 años, por aquellos que tiene una relación personal o profesional, con el adulto mayor, llevando a daño físico, psicológico, o material repetitivo*”. Sin embargo, esta definición es un tanto arbitraria con respecto al corte de edad, puesto que en algunos países desarrollados se ha aceptado la edad cronológica de 65 años como la definición de vejez o persona mayor, y en algunos países a esa edad se otorgan los beneficios de la pensión; sin embargo esta no se adapta bien en África por ejemplo<sup>4</sup>. El uso común de la edad cronológica para marcar el inicio de la vejez asume equivalencia con la edad biológica, aunque al mismo tiempo, es ampliamente aceptado que estas dos no sean necesariamente sinónimos<sup>4</sup>.

## DEFINICIÓN ACTUAL

La OMS define maltrato del anciano como “*cualquier acto aislado o repetitivo o la falta de acción apropiada, ocurrida en cualquier relación de la que se espera confianza, que causa daño o malestar a la persona mayor*”<sup>1</sup>. Es importante notar, que esta definición excluye actos de violencia o conducta criminal contra los adultos mayores. La agresión al anciano traslapa con actos criminales, pero no es necesariamente sinónimo. La relación de confianza entre el abusador y el abusado es el clave en el problema, pudiéndose tratar de amigos, hijos, nietos, yernos, nueras, enfermeras, trabajadores sociales, cuidadores, trabajadores domésticos, y cualquier otra relación familiar o de confianza<sup>4</sup>.

En muchas instancias, los profesionales de la salud lo ignoran aún y no se han tomado acciones suficientes para proteger a los individuos víctimas de abuso<sup>4</sup>. Este desconocimiento se debe principalmente a la carencia de una definición universal y a la propia existencia de barreras que dificultan la detección de posibles situaciones de agresión, lo que ha llevado a calificarlo como «fenómeno iceberg»<sup>2,5</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA

Existen pocos datos en Costa Rica que nos permitan establecer una prevalencia aproximada de abuso en nuestra población adulta mayor. Los lugares donde existe mejor documentación son Estados Unidos y Europa.

La OMS define una prevalencia abuso de 3-25% en adultos mayores dependientes<sup>2</sup>. En el 2014, en Estados Unidos, se estimó un total de más de 715000 casos de abuso físico en adultos mayores<sup>6</sup>. Las tasas de prevalencia en Canadá, Gran Bretaña y Finlandia están entre 4-6% y en Estados Unidos entre 1-10%<sup>4</sup> (Mysuk Y, 2013). Se proyecta que para el 2060 la prevalencia de abuso en el anciano en Estados Unidos será del 23.5%<sup>7</sup>.

## TIPOS DE ABUSO

### Abuso físico

El abuso físico se define como el daño o coerción física que causa lesión física o psicológica. Este puede incluir; infligir dolor físico o privar de forma intencionada, por parte del cuidador, de los servicios necesarios para mantener la salud física y mental. Algunos ejemplos específicos serían escoriaciones, laceraciones y cicatrices sin explicación en cara, cuello o tronco, así como dolor sin explicación o fracturas o múltiples traumatismos. Se deben considerar también lesiones a nivel genital que sugieran abuso sexual<sup>1,8</sup>.



## Abuso psicológico

El abuso psicológico es la práctica de infligir angustia mental y sufrimiento, a través de agresiones verbales, insultos, amenazas, infantilización, humillación, así como el irrespeto a la privacidad o a sus pertenencias. El anciano psicológicamente agredido se siente con miedo, apatía y se le dificulta la toma de decisiones. Signos y síntomas de este pueden incluir evasión física, silencio inexplicable, disminución del contacto social, enojo, depresión o pérdida de peso<sup>1,8</sup>.

## Abuso económico

La OMS define abuso económico como la explotación o uso ilegal o indebido de los fondos u otros recursos de la persona anciana<sup>9</sup>. En regiones donde la población en envejecimiento aumenta y así la transferencia de riquezas de una generación a otra, el problema toma mayor importancia con aumento concomitante de reportes. Respecto a su incidencia o prevalencia no hay suficiente información, aunque en Australia y otros países se reporta una cifra de 0.5 a 5% en personas de edad avanzada. En España se ha documentado este tipo como uno de los más frecuentemente reportados, junto con el psicológico, referidos por adultos no institucionalizados y sus cuidadores<sup>10</sup>.

A pesar de esto se considera que existe un subreporte de casos, dado que muchas veces se produce en la intimidad del hogar. Las consecuencias implican la privación de la posibilidad de los afectados de vivir de manera independiente, recibir los cuidados necesarios e incluso afectar su salud directamente<sup>10</sup>. Los adultos mayores resultan especialmente vulnerables al abuso económico por un proceso denominado influencia indebida, la cual consiste en una dinámica en la que en una relación de confianza una parte dominante aprovecha su posición de poder sobre una parte débil, en este caso, con fines económicos. La confianza y dependencia de una de las partes son explotadas mediante tácticas como adulación, insistencia y engaño, al punto en que se toman acciones legales como ejecuciones de testamentos o transmisión de propiedades<sup>10</sup>.

La vulnerabilidad al abuso económico aumenta a medida que disminuye la capacidad financiera, la cual muchas veces afecta a las víctimas de este proceso, sumado a su propensión al deterioro cognitivo y necesidad de asistencia en el manejo de sus bienes. Sin embargo, no solo se presenta en personas con problemas cognitivos, sino que influyen otros factores psicológicos y sociológicos como lo son vivir con el abusador, estar en aislamiento social, ser soltero, viudo o divorciado, bajo nivel educativo, ser financieramente independiente sin gastos financieros, y el género, donde las mujeres son más afectadas. Aparte de factores individuales, elementos sociales como inequidad socioeconómica en un país aumentan el riesgo de este tipo de abuso<sup>10,11</sup>.

## Negligencia

La negligencia es otra forma de abuso que resulta ser constante y en algunas fuentes se reporta como la más frecuente. Es el fallo del cuidador al brindar alimentación, agua, vestimenta, confort, seguridad, acceso a los servicios de salud y protección contra el abuso o explotación. Se manifiesta en pacientes con desnutrición o pérdida de peso, pobre higiene, vestimentas inapropiadas o inadecuadas, mal olor, infecciones a repetición, úlceras por presión, ansiedad o depresión y deterioro clínico inesperado que podría sugerir falta de suministro de medicamentos o tratamientos. Además, puede ser evidente en aquellos que carezcan de dispositivos de asistencia necesarios para mantenerse alerta de su alrededor, como andaderas, anteojos, dentaduras, audífonos, entre otros. Sin estos, esta población es susceptible a caídas, fracturas y disminución de su capacidad funcional, lo cual aumenta su morbilidad y mortalidad. Entre los factores de riesgo se encuentra la interdependencia entre la víctima y el abusador, aislamiento social y lugar de residencia compartido, como lo son asilos de ancianos, donde en algunos estudios se reportan cifras de prevalencia de hasta 9,8%<sup>12,1,8</sup>.

Por otra parte, el abuso a este grupo etéreo no se limita a la casa o a la comunidad, también puede verse en residencias, casas de cuidado y hospitales, entonces se puede clasificar también en intradomiciliar y extradomiciliar. Algunos factores de riesgo para el abuso extradomiciliar incluyen las pobres condiciones de trabajo del personal encargado del cuidado de los ancianos, bajos salarios y supervisión inadecuada, entre otros<sup>8</sup>.



## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ABUSADO Y DEL ABUSADOR

En este grupo de población es muy probable que, en algún momento y en mayor o menor grado, aparezca la dependencia, necesitando la ayuda de otra persona para realizar actividades de la vida diaria. Esta situación puede crear estrés en el cuidador y, a su vez, favorecer el maltrato o la negligencia<sup>2</sup>. El principal perpetuante, según estudios, es un miembro de la familia del anciano, difícil de identificar pues las víctimas temen reportarlo, por ellos mismos y por proteger a su familia y amigos, por temor de que la situación se torne aún menos favorable<sup>1</sup>. Se estima que entre el 16-38% de todos los abusadores de adultos mayores tienen historia de enfermedad mental, en su mayoría con enfermedades mentales serias<sup>6</sup>.

Estudios realizados sobre la demografía en abuso en el adulto mayor describen que existen factores que sugieren predisposición al maltrato en este grupo etario. Por ejemplo, fragilidad, sexo femenino, dependencia en actividades básicas de vida diaria, deterioro cognitivo o deterioro en estado de salud, problemas de comportamiento, agresividad, aislamiento, red de apoyo limitada, entre otros<sup>8,1,13</sup>. Se reporta que el perfil de la víctima es: femenina entre 65-75 años, pensionada, residente en áreas urbanas, aislada socialmente<sup>1</sup>. En un estudio retrospectivo realizado en Portugal, en el cual se analizaron expedientes médicos del 2004-2013 de casos de abuso físico en adultos mayores en contexto institucional, se reportó que en un 79.7% de los casos la víctima era de sexo femenino, mayor de 75 años en el 75.9% de casos, con discapacidad severa en el 55.9% e incapaz de comunicarse en el 47.2% de casos<sup>14</sup>.

Por otro lado, los factores que predisponen al cuidador a maltratar a un anciano incluyen la presencia de estrés, pobre salud mental, psicopatología, abuso de alcohol y drogas, historia de dependencia económica del abusador, falta de apoyo para el cuidado del anciano y ser hombre<sup>8,13</sup>. Se describe que el perfil del agresor corresponde al esposo o hijo hombre entre 35-45 años, que vive en condiciones de estrés<sup>1</sup>. El agresor más prevalente es la pareja, seguido de hijos, desconocidos, hermanos y vecinos; y es más prevalente en mujeres casadas<sup>2</sup>.

Como se indicó previamente, se estima que es en el ámbito doméstico donde estas situaciones se producen con mayor frecuencia, y es aquí donde se considera que es más difícil de combatir<sup>2</sup>. La dimensión institucional ha recibido más atención, porque el acceso a hogares o centros de cuidado y apoyo de ancianos ha aumentado significativamente. El abuso en estos casos es usualmente practicado por personas que son contratadas para proveer cuidado y servicios a los adultos mayores, como enfermeras, asistentes de pacientes, guardas, médicos, y otros<sup>1</sup>. Las formas de maltrato acá pueden ser agresión verbal, restricciones excesivas, sobre o submedicación, explotación financiera, infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización<sup>1</sup>.

El efecto que produce el abuso en el anciano, ya sea en contexto familiar o institucional parece ser similar. El adulto mayor tiende a desarrollar actitudes y sentimientos de culpa, baja autoestima, aislamiento social, mayor tendencia a depresión, trastornos del sueño, reforzamiento de dependencias y aumento de estigma social<sup>1</sup>.

Otro estudio portugués reporta que en mayores de 75 años se ve principalmente abuso físico y psicológico, mientras que en menores de 75 años se ve principalmente abuso financiero. Ellos no reportan significancia en cuanto a sexo, pero sí reportan que los hombres suelen sufrir más negligencia. Los pensionados y residentes en zonas urbanas sí son más afectados. Con respecto al estado civil, se ve más abuso en ancianos casados, seguidamente en viudos, solteros y por último en divorciados<sup>1</sup>.

Asimismo, un estudio español realizado con personas mayores que viven en la comunidad reportó una prevalencia de 12.1% de abuso en la población estudiada, siendo el tipo psicológico el más frecuente, presente en más del 80% de todos los casos, seguido de tipo físico y sexual, por último económico y negligencia. La combinación de maltrato más probable es aquella en la que aparece simultáneamente abuso psicológico y físico. Aunque sobre el psicológico es más difícil consensuar su presencia, ya que tiene un componente altamente subjetivo y límites difusos, su elevada comorbilidad con otros tipos puede servir para el profesional como una señal de alarma de que es altamente probable la existencia de otras formas de abuso<sup>2</sup>.



Los adultos mayores con discapacidad física o mental, tiene aún más riesgo en la medida que tengan limitaciones inherentes en las actividades básicas de vida diaria que los hagan dependientes parciales o totales. La baja resistencia física contra la violencia, baja capacidad para escapar de esta y/o mayor dificultad para entender y reportar el abuso son posibles explicaciones para el riesgo de abuso en ancianos con discapacidades<sup>15</sup>

La mayor prevalencia de abuso de este grupo etéreo en el ámbito domiciliario podría explicarse parcialmente por los altos niveles de estrés, el *burn-out* y los problemas financieros que afectan a los cuidadores, que pueden incluso llevar a consecuencias fatales<sup>15</sup>. A pesar de que los ancianos con problemas de salud frecuentemente visitan a su médico, quien está en una posición privilegiada para detectar y reportar los casos de abuso en esta población, solo el 2% de los casos sospechosos son reportados por los médicos<sup>15</sup>.

En un estudio retrospectivo de 70 reportes médicos forenses de abuso en adultos mayores con discapacidad moderada o severa en Portugal, determinaron características sociodemográficas de las víctimas y los abusadores. Los resultados arrojaron que la mayoría de las víctimas eran mujeres, casadas, retiradas, con discapacidad moderada. La edad media de las víctimas de sexo femenino fue de 76.94 años, mientras que en hombres fue de 75 años. La proporción de discapacidad severa fue mayor en mujeres y en víctimas mayores de 74 años. En cuanto al agresor, en su mayoría eran hombres, con edad media de 52.53 años y ninguno de los abusadores tenía actividad profesional. No hubo relación estadísticamente significativa entre el sexo de la víctima y el agresor. Los agresores eran en su mayoría, al considerar la totalidad de los casos, hijos de las víctimas; los compañeros sentimentales fueron el principal agresor al considerar las víctimas en matrimonio. La discapacidad motora fue el principal tipo detectado en las víctimas. En el 74% de los casos había reporte de abuso previo, 93% de las víctimas refirió ser abusada frecuentemente y el 40% refirió tener más de 10 años de ser víctima de abuso. El 14.3% de los casos fueron reportados por profesionales, y en ninguno de los casos fue un médico el que realizó el reporte. El abuso físico fue el principal tipo documentado, y las lesiones se encontraron en múltiples sitios, con mayor frecuencia en cabeza y cuello, particularmente rostro<sup>15</sup>. La literatura reporta que las extremidades superiores son el sitio más frecuente para lesiones resultantes de abuso físico en ancianos, lo cual es esperable considerando que la mayoría de víctimas de abuso físico tratan defenderse. Los adultos mayores con discapacidad, especialmente severa, tienen menor capacidad para hacerlo, lo cual puede explicar la presencia de lesiones en múltiples sitios, así como la predominancia de lesiones en cabeza y cuello<sup>15</sup>.

Como dicho previamente, el género constituye un factor de riesgo agregado para ser sujeto de algún tipo de violencia. La violencia doméstica que sufren las adultas mayores es considerada un problema de salud pública. Varios estudios enfatizan que este tipo de violencia no es reportada por la víctima en muchas ocasiones. Por otro lado, a muchos profesionales en salud les es difícil detectar que sus pacientes adultas mayores sufran de abuso por parte de su cónyuge. Dado que existe poca información epidemiológica basada en violencia de género en esta etapa específica del ciclo de vida, se puede hablar de un fenómeno de invisibilización. Muchos autores señalan la necesidad de profesionales con entrenamiento y conocimiento apropiado que les brinde las habilidades necesarias para confrontar la realidad de esta situación, para poder ser capaces de apoyar a la mujer adulta mayor que sufra de este tipo de violencia<sup>16</sup>.

### **ABUSO EN EL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA**

El abuso en personas con deterioro cognitivo y demencia que viven en su hogar no es infrecuente. Cuidar de personas con deterioro cognitivo en el hogar es una tarea pesada y estresante para una familia, y el incremento de esta población está convirtiendo este problema en uno más difícil. La carga severa de ser cuidador se asocia con efectos negativos en la salud del cuidador y en ingreso temprano de pacientes con demencia a hogares de ancianos<sup>17</sup>.

En un estudio en Japón con 123 cuidadores y ancianos referidos a una clínica de memoria, se estimó una prevalencia de comportamiento abusivo de 15.4%, además se vio que la severidad de la enfermedad puede reflejar la prevalencia del grado de conflicto de abuso y los factores que la afectan. Otros estudios han investigado la frecuencia de comportamiento abusivo hacia el paciente con demencia, en los cuales la prevalencia de abuso fue de 37-62%. En estos se tomaron en cuenta varios factores que afectan la conducta abusiva del cuidador, como por ejemplo la



puntuación del paciente con demencia en cuanto a sus actividades básicas de vida diaria y comportamiento ansioso o agitado por parte del cuidador, así como la relación entre el cuidador y el adulto mayor, el estado psicosocial del cuidador (ansiedad y depresión), la co-residencia y la carga severa que implica<sup>17</sup>.

Además, Kishimoto y colaboradores observaron que los síntomas neuropsiquiátricos contribuyen de manera significativa en comportamientos agresivos; en otro estudio se evidenció que la agitación en el adulto mayor con demencia fue causa de abuso por parte del cuidador. No obstante, reportes previos indicaron que los síntomas neuropsiquiátricos no son un factor predictor importante de abuso, a pesar de estar significativamente correlacionados con conductas abusivas<sup>17</sup>.

Por otro lado, no hay clara diferencia en prevalencia de conducta abusiva por parte de cuidadores entre sexos; algunos autores reportan que es mayor en mujeres, otros reportan que no hay diferencia y Kishimoto y colaboradores encontraron que la tendencia fue mayor en los hombres<sup>17</sup>.

## ABORDAJE

La importancia de detectar e intervenir en casos de abuso al anciano radica en que el riesgo de muerte en estos sujetos es 3 veces mayor, además de que asocia mayores tasas de hospitalización, por lo que es un asunto que amerita ser manejado con urgencia. La escoriaciones, quemaduras, laceraciones, la alopecia traumática, pérdida de peso y pobre higiene son indicadores de abuso que deben ser identificados y abordados por el médico<sup>7,18,13</sup>.

Por lo mencionado es relevante conocer qué compone el cuadro clínico de esta problemática, dado que muy frecuentemente se presentan como lesiones leves que son evidentes a la exploración física en centros de atención primaria. Sin embargo, el abuso en el adulto mayor no tiene patrones tan determinados como los que tiene el del niño. Existen formas de distribución de las lesiones que son sugestivas. Por ejemplo, estudios muestran que la mayoría de las lesiones se encuentran en extremidades superiores, donde se manifiestan como contusiones o abrasiones en axila y la cara interna de los brazos, lugares poco frecuentes a verse afectados en traumas accidentales. Algunos posibles mecanismos de lesión incluye el agarre forzoso por parte del abusador, uso de amarres o como forma de defensa propia de la víctima. Otros sitios frecuentes afectados comúnmente incluyen el torso posterior, miembros inferiores en cara interna de muslo o aspecto plantar o dorsal del pie. Algunas fuentes incluyen la zona del cuello y maxilofacial, principalmente periorbital y en párpados, como regiones frecuentemente afectadas. Estas, al ser zonas susceptibles a lesiones por accidentes, se deben describir y examinar con precisión para poder descartar abuso. Dado que no son datos específicos debe siempre evaluarse el contexto social y los factores de riesgo presentes<sup>19</sup>.

Actualmente no hay consenso en cuanto a las recomendaciones de tamizaje de abuso en el adulto mayor. La USPSTF (US Preventive Services Task Force) plantea que es insuficiente la evidencia sobre la precisión de los cuestionarios de tamizaje, mientras que la AMA (American Medical Association), entre otras asociaciones, recomienda el tamizaje de rutina. Ante la heterogeneidad y la ausencia de consenso al respecto, la decisión de tamizar queda al buen juicio clínico del médico tratante<sup>7</sup>.

En el 2008 Yaffe et al desarrollaron y validaron el EASI (Elder Abuse Suspicion Index), el cual es un instrumento breve de 6 ítems para atención primaria, validado para ser aplicado únicamente en ancianos cognitivamente íntegros. Las primeras cinco preguntas del EASI serán realizadas al paciente y la sexta es dirigida al médico tratante. Si la respuesta a alguna de las preguntas es afirmativa, amerita mayor investigación<sup>7,20</sup>. A continuación se indican las 6 preguntas que incluye:

**Tabla 1.** Cuestionario EASI (Elder Abuse Suspicion Index)<sup>20</sup>

1	En los últimos 12 meses/En el último año ¿Ha contado con la ayuda de alguna persona cercana (familiar, persona que le cuida) para la realización de alguna de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, comer, comprar, ir al banco?	NO	SI
2	En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha puesto dificultades para disponer de comida, ropa, medicamentos, gafas, audifono o cuidado médico, o le ha puesto dificultades para estar con la gente con la que quiere estar?	NO	SI
3	En los últimos 12 meses/En el último año ¿Se ha sentido molesto porque alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) le ha tratado de alguna forma que le ha hecho sentirse humillado, avergonzado o amenazado?	NO	SI
4	En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien cercano a usted (familiar, persona que le cuida) ha intentado obligarle a firmar documentos o a utilizar su dinero o sus pertenencias contra su voluntad?	NO	SI
5	En los últimos 12 meses/En el último año ¿Alguien le ha amenazado o atemorizado, tocándole de alguna forma que a Ud. no le guste o dañándolo físicamente?	NO	SI
6	Para el médico: El maltrato hacia las personas mayores podría estar asociado con síntomas/indicadores como: escaso contacto visual, introversión, malnutrición, cuestiones de higiene, cortes, moratones, ropa inapropiada o cuestiones relacionadas con la administración adecuada de medicamentos, ¿Ha observado cualquiera de estos signos hoy o en los últimos 12 meses?	NO	SI

Si se sospecha de abuso, ya sea por la herramienta de tamizaje o por sospecha clínica, se debe obtener una historia clínica médica y quirúrgica, así como un examen físico completo, incluyendo genitales. Si el paciente presenta lesiones físicas, se deben plantear preguntas abiertas sobre cómo ocurrieron. Es importante consultar sobre el responsable de administrarle los medicamentos al paciente. En caso de que el cuidador no administre adecuadamente los medicamentos, el paciente presente dolor subtratado o sedación extrema, se debe abordar el caso urgentemente y descartar abuso al anciano. Si se sospecha de negligencia, en casos de pacientes con higiene general u oral pobre o nutrición subóptima, se debe valorar también los recursos financieros y el contexto socioeconómico. A la hora de abordar el caso se debe tener cuidado con el lenguaje y tono empleados durante la entrevista. Es importante entrevistar al paciente y al cuidador por separado, en la medida de lo posible<sup>7</sup>.

No hay lesiones que sean específicas de abuso en el adulto mayor, a diferencia de las hemorragias retinales y hematoma subdural que son más específicas de síndrome de niño sacudido. De hecho, las tres formas de abuso que pueden ser físicamente visibles (negligencia, abuso físico y sexual), son difíciles de distinguir de enfermedad o envejecimiento normal. Por ejemplo, como parte del envejecimiento la piel se vuelve frágil y es susceptible a equimosis prominentes, particularmente en pacientes anticoagulados<sup>7</sup>. Siempre es recomendable realizar examen físico completo incluyendo genitales. En caso de sospechar abuso sexual, en casos de dolor o sangrado en área genital asociados a casos de abuso, se debe referir al paciente a un servicio de emergencias o de atención primaria donde se pueda recolectar y preservar la evidencia de manera apropiada<sup>7,18</sup>.

En cuanto al manejo, el primer paso en caso de sospechar abuso es procurar la seguridad del paciente, por lo que si el paciente se encuentra en peligro amerita internamiento y la aplicación de recursos legales. En caso de que el paciente no corriera peligro, se debería considerar si el paciente acepta la intervención o si el paciente está en la capacidad de rechazarla. Si acepta la intervención, se debe desarrollar un plan de seguridad, brindándole al paciente un contacto de emergencia y refiriéndolo a los servicios pertinentes para seguimiento, así como asignarle una cita de control. Si un paciente adecuado desde el punto de vista cognitivo rechaza la intervención, se debe intentar brindarle la educación pertinente y tratar de discutir con él sobre las intervenciones que estaría dispuesto a aceptar. Por otro lado, un paciente con deterioro cognitivo que rechaza la intervención, debe ser referido a un servicio de protección<sup>7</sup>.





## PREVENCIÓN

Lo más importante para la prevención de abuso y maltrato en adultos mayores, es lograr identificarlo oportunamente. Para esto, se requiere un adecuado entrenamiento al personal de salud y educación a la población, especialmente familiares. Por lo tanto, son indispensables herramientas y programas de tamizaje para la detección temprana y signos y síntomas de abuso, utilizando herramientas como la mostrada en el apartado anterior<sup>21</sup>. Hay consenso en que en la actualidad los recursos sociales son insuficientes, lo que limita las posibilidades de intervención y hace infructuosa la detección. Entre los recursos necesarios, unos son de tipo socio-sanitario, como el factor básico para prevenir e intervenir, y otros de tipo estructural, como un buen nivel educativo y económico de la población y una sociedad que contemple más las necesidades de los ancianos<sup>5</sup>.

Entre las principales estrategias de prevención propuestas están; aumentar la disponibilidad de recursos destinados al cumplimiento de leyes, detección y tamizaje de abuso a adultos mayores, una mejor difusión de información y concientización en la población acerca de esta problemática y una mejor educación y capacitación a todo personal de salud<sup>22</sup>. Se ha sugerido implementar programas similares a los utilizados para prevención de abuso en niños, sin embargo debe tomarse en cuenta que un abordaje similar puede infantilizar a las víctimas adultos mayores. Es importante reconocer esto, ya que sin importar la intervención que se realice, siempre se debe respetar la autonomía de este grupo poblacional<sup>22</sup>.

Sin lugar a dudas, las leyes propias de cada país juegan un rol fundamental para la prevención. En Costa Rica, la ley No. 7935 denominada "Ley Integral para la Persona Adulta Mayor", establece en el artículo 3, que toda persona adulta mayor tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan entre otras cosas; la protección jurídica y psicosocial a las personas adultas mayores afectas por la violencia física, sexual, psicológica y patrimonial. Además en los artículos 58, 59, 60, 61, se establecen sanciones penales que van de un mes a dos años de prisión, para la agresión física, sexual, psicológica y explotación en contra de las personas adultas mayores<sup>23</sup>, dejando por fuera el abuso económico y patrimonial.

Existe evidencia inadecuada para lograr determinar cuáles son las intervenciones que previenen la ocurrencia o recurrencia de abuso, por lo tanto se necesitan más estudios y metanálisis que permitan establecer intervenciones puntuales con poder estadístico. Sin embargo, se siguen recomendando todas aquellas intervenciones y programas dirigidos a mejorar el conocimiento y educación, tanto en las víctimas, en los cuidadores, familiares y personal de salud<sup>24</sup>. Las intervenciones más tempranas deberían ser las primarias, que son aquellos programas dirigidos a evitar que suceda el abuso. Cuando se han implementado programas adecuados para prevención tanto primaria, secundaria, como terciaria, se han mostrado resultados favorables, además se ha visto que al aumentar la educación y concientización en el personal de salud y familiares, se disminuye el comportamiento agresor, especialmente de tipo psicológico<sup>25</sup>.

Dichos programas o herramientas de prevención, deben incluir identificación de factores de riesgo, signos y síntomas, así como establecer un protocolo a seguir en caso de que se detecte y la forma y lugar donde se deben reportar. Además, deben incluir cuestionarios cortos y que puedan aplicar en un tiempo adecuado, y que a la vez sean claros y entendibles para cualquier individuo independientemente del grado académico<sup>25</sup>.

Una de las principales limitaciones para la prevención, es la falta al reporte de abuso a las autoridades pertinentes, tanto por parte de las víctimas como de sus familiares no agresores. Esto puede ser debido al miedo de las víctimas a ser rechazados o abandonados por otros miembros de la familia. Además, en muchas ocasiones las víctimas no están en capacidad de reportar el abuso debido a deterioro cognitivo o a alguna discapacidad mental o física. En otras ocasiones se sienten avergonzados, se culpan a si mismos del abuso recibido o incluso, el abuso puede llegar a verse como un comportamiento normal debido a que la agresión ha sido un patrón típico en dinámica familiar. Debido a esto, es importante recalcar la importancia de educar e informar a la población y establecer métodos para aumentar el entendimiento público respecto a esta problemática<sup>26</sup>.



## CONCLUSIÓN

Si bien es cierto, el abuso en adultos mayores no es un fenómeno nuevo, continua en muchos casos oculto y con bajas tasas de detección que pueden estar relacionadas con la falta de guías y protocolos de detección, así como a la falta de conciencia e interés por parte de profesionales de la salud o temor de reportarlo por parte de las víctimas<sup>1,2,3</sup>. Por otra parte, siguen estando poco delimitadas las funciones y las responsabilidades de cada uno de los agentes sociales implicados<sup>5</sup>.

Se requiere mayor concientización por parte de las víctimas y sus familiares para lograr prevenir cualquier forma de abuso, detectar el mismo o lograr reportarlo de forma oportuna y adecuada cuando éste ocurra. Actualmente, las autoridades de salud y políticas están más conscientes de que el abuso en adultos mayores es un problema real y que no puede ser tolerado. No solo se deben establecer medidas, sino formas de lograr implementarlas con éxito, que aseguren protección a los adultos mayores y que les permita gozar de forma digna los beneficios y derechos propios de su edad<sup>25</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martins, R., Neto, M., Andrade, A., et al. (2014). Abuse and maltreatment in the elderly. *Aten Primaria*, 46, 206-209.
2. Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., et al. (2013). Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin (Barc)*, 141(12), 522–526.
3. Paranitharan, P. y Pollanen, M. (2009). The interaction of injury and disease in the elderly: A case report of fatal elder abuse. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 16, 346–349.
4. Mysyuk, Y., et al. (2013). Added value of elder abuse definitions: A review. *Ageing Research Reviews*, 12, 50–57.
5. Coma, M., et al. (2007). Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gac Sanit*, 21(3), 235-41.
6. Labrum, T. & Phyllis L. (2015). Physical elder abuse perpetrated by relatives with serious mental illness: A preliminary conceptual social–ecological model. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 293–303.
7. Danesh, M. J. & Chang, A. L. (2015). The role of the dermatologist in detecting elder abuse and neglect. *J Am Acad Dermatol*. 73, 285-293.
8. Yaffe, M. J. & Tazkarji B. (2012). Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician*, 58, 1336-1340.
9. World Health Organization. Abuse of the elderly. 2002 [consultado 20 Nov 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/global\\_campaign/en/elderabusefacts.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/elderabusefacts.pdf).
10. Bennett, B., Gómez, E. y Richards, D. (2013). Abuso financiero e influencia indebida de las personas de avanzada edad. *Rev Esp Med Legal*, 39(2), 63-69.
11. Fraga, S., Lindert, J., Barros, H. & Torres-Gonzales, F. (2013). Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries. *Preventive Medicine*, 61, 42–47.
12. T del Carmen et al. (2014). Elder Neglect. *Clin Geriatr Med*, 30 (4), 769-777.
13. Giurani, F. & Hasan, M. (2000). Abuse in elderly people: the Granny Battering revisited. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 31, 215–220.
14. Frazão, S. L., Correia, A. M. & Norton, P. (2015). Physical abuse against elderly persons in institutional settings. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 36, 54-60.
15. Frazão, S. L., et al. (2014). Domestic violence against elderly with disability. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 28, 19-24.
16. Casado, I. & Bárcena, C. (2014). Analysis of violence against elderly woman. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 161, 110 – 114.



17. Kishimoto, Y., et al. (2013). Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study). *Psychiatry Research*, 209, 699–704.
18. Palmer, M., Brodell, R. & Mostow E. (2013). Elder abuse: Dermatologic clues and critical solutions. *Am Acad Dermatol*, 68, e37-e42.
19. Murphy, K., Waa, S., Jaffer, H., Sauter, A. & Chan, A. (2013). A literature review of findings in physical elder abuse. *Can Assoc Radiol J.*, 64(1), 10-4.
20. Yaffe, M. J., et al. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*, 20(3), 276-300.
21. Burnett, J., Achenbaum, A. & Murphy, K. (2014). Prevention and Early Identification of Elder Abuse. *Clin Geriatr Med*, 30, 743–759.
22. The Lancet. (2011). Preventing elder abuse: can we learn from child protection? *Lancet*, 377, 876.
23. Costa Rica. Ley No. 7935. Ley Integral de la Persona Adulta Mayor. *La Gaceta*, San José, Costa Rica No. 221. 15 de noviembre de 1999.
24. Baker, P., Francis, P., Hairi, N., Othman, S. & Choo W. (2016). Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*, 16(8).
25. De Donder, L., De Witte, N., Brosens, D., Dierckx, E. & Verté D. (2015). Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 191, 1483 – 1488.
26. Binti Jamaluddina, S., Chuanb, G. & Abu Taherc, M. (2015). Strategies in the prevention or reduction of Elder Abuse in Bangladesh and Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 172, 42 – 48.