

Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica

César Martínez Querol,¹ Víctor T. Pérez Martínez,² Yolanda Cardona Sanson³ y Laura Inclán Ravelo³

En la época actual, como consecuencia del mejoramiento de la calidad de vida en muchos países y de los progresos científico-técnicos logrados por la medicina, se ha producido un aumento significativo en la duración media de la vida, lo que ha llevado a un incremento numérico, que le causa a la sociedad una serie de dilemas y desafíos médicos, sociales, económicos y éticos, que se espera sean resueltos con satisfacción.^{1, 2}

Cuba, junto con Argentina, Uruguay y Chile ocupan los primeros lugares en porcentaje de envejecimiento en el continente americano, por lo que está presente la categoría de "vejez demográfica".³

A los problemas médicos habituales de los ancianos como son la incontinencia de los esfínteres, la polifarmacia, las caídas, la inmovilidad, el delirio, la depresión y la demencia,⁴ pudiera adicionarse el maltrato, teniendo en cuenta que es un problema ascendente, cada vez más frecuente en este grupo poblacional. Los ancianos, al igual que las mujeres y los niños, constituyen un grupo vulnerable y víctima frecuente de abusos y maltratos por parte de sus cuidadores y personas que conviven con ellos, conformando el límite superior del síndrome de violencia familiar. La *American Medical Association* definió el abuso en 1987 de la siguiente manera: "Todo acto u omisión que lleva como resultado un daño o amenaza de daño para la salud o el bienestar de una persona anciana".⁵⁻⁷

Algunos autores sugieren el análisis del maltrato a los ancianos en 3 perfiles: uno indicativo del maltrato físico y psicológico, otro que denota el descuido o negligencia, que constituye el segundo perfil, y el llamado maltrato económico/financiero que constituye el tercero.^{1,6}

En publicación de la OPS/OMS se exponen de manera clara las formas de manifestarse el maltrato o abuso en los adultos mayores.⁸ Por ejemplo, el abuso físico se evidencia cuando la persona es víctima de empujones, de quemaduras con cigarrillos, líquidos etc., de golpes, de heridas, cuando se le fuerza a comer o tomar algo, o se le coloca en una posición incorrecta, cuando sufre sacudidas, o si se le amarra o sujeta, si se le tira o derrama agua o comida encima, si se le pellizca y también si es víctima de abuso sexual. El abuso psicológico o emocional, por su parte, se manifiesta cuando están presentes amenazas de abandono, las amenazas de acusación, el acoso, la intimidación con gestos o palabras y la infantilización, así como también la limitación de sus derechos (de privacidad, de decisión, de información médica, de voto, de recibir correspondencia o de comunicarse con quien quiera).

Por otra parte, existen también formas de manifestarse el abuso financiero o económico, y este se da cuando se usan los recursos del senescente en beneficio del cuidador, cuando es víctima de chantaje

financiero, si sufre de la apropiación de sus propiedades, o de la coerción para firmar documentos legales como pudieran ser testamentos y propiedades. La negligencia o abandono está dado cuando se descuida la hidratación, la nutrición, la higiene personal etc.; si se observan úlceras por presión sin atender, si no se atienden lesiones abiertas, si se percibe un ambiente poco sano, o si se incurre en el abandono a las personas mayores en la cama, en la calle o en algún servicio público.

Motivados por estos argumentos decidimos investigar esta problemática en la población de adultos mayores de uno de nuestros consultorios en la APS, a manera de estudio preliminar, persiguiendo como objetivo fundamental identificar este fenómeno en sus diferentes modalidades o perfiles y proceder a su caracterización.

Métodos

Se realizó estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal en la población geriátrica del consultorio del Médico de Familia 11.1 del policlínico "Ana Betancourt", municipio Playa, que asciende a la cifra de 101 adultos mayores, de los cuales se excluyeron 8 por presentar trastornos cognitivos severos, enfermedad mental descompensada, enfermedad cerebro vascular con afasia, 3 casos que se encontraban fuera de la provincia y 2 que se negaron a participar.

A todos ellos se les aplicó una encuesta formulario, por los médicos que realizaron la investigación, en la que se recogen sus datos generales: nombres y apellidos, edad, sexo, dirección, estado civil, escolaridad, ocupación, etc. Se investigaron también los aspectos económicos en cuanto a ingresos financieros que devengan y su manejo, así como su procedencia, si reciben ayuda de familiares, amigos o allegados y su cuantía, si esta ayuda es suficiente para cubrir sus gastos y cómo se comporta el índice de satisfacción con relación a la ayuda recibida. En otro epígrafe se indaga acerca de la composición y funcionamiento de los núcleos donde viven los ancianos, considerándose como bueno o malo en dependencia de que existan o no factores adversos que así lo justifiquen, como puede ser la violencia, el alcoholismo, las malas relaciones familiares o alteraciones en la cohesión, así como la armonía, la comunicación, la adaptabilidad, la afectividad, el rol y la permeabilidad, acordes con las pruebas para medir la percepción de funcionamiento familiar diseñada en Cuba en el 1994.⁹

Se interrogó además, acerca de si el adulto mayor se siente afectivamente bien atendido y si tiene buena comunicación con familiares, amigos y allegados, preguntándosele si los familiares o cuidadores lo atienden, si son cariñosos y amables, si existe maltrato físico, si oyen sus opiniones, sus quejas, sus sugerencias, etcétera.

El maltrato lo clasificamos como físico cuando existe la agresión física, con el uso de la fuerza manual, el puñetazo, el empujón con uso de las manos o instrumentos u objetos, y que puede provocar injurias, heridas, dolores o discapacidad. El maltrato psicológico está dado por la acción de infringir pena, dolor o angustia, a través de acciones expresas verbales o no verbales, miradas y amenazas; mientras que el maltrato por negligencia o desatención se da por no darle la atención debida al senescente, no preocuparse por su salud, higiene, porte y aspecto personal, alimentación, recreación etc., que puede ser social, es decir, proveniente de los organismos que proporcionan salud (consultorio, farmacia, clínica

dental, etc.) o de otro tipo.

El maltrato económico/financiero está presente cuando los recursos financieros del adulto mayor no son manejados por este y son empleados sin su consentimiento, o también por no darle la ayuda económica que necesita el anciano y que puede depender de familiares, amigos allegados o de la propia sociedad.

El estado civil lo consignamos solamente como con *vínculo conyugal* o *sin vínculo conyugal*, y el nivel ocupacional en *ocupados* y *desocupados*. Se emplearon como criterios de exclusión en el estudio aquellos con marcado deterioro cognitivo, *Mini-mental status examination* (MMSE < 24), y déficit sensorial importante que impidiera aplicar los instrumentos utilizados, así como también la negativa a participar en el estudio. Se contó con el consentimiento informado de los adultos mayores de forma verbal.

Resultados

En nuestra investigación detectamos que 41 adultos mayores (44 %) fueron víctimas de algunos de los tipos de abuso o maltratos referidos, en el período estudiado (año 2003). Los grupos de edades que recibieron mayor cuantía de maltrato fueron los incluidos de 70 a 74 años con 16 en total (39 %); en segundo lugar el grupo de 60 a 64 años con 10 (24 %), y luego el de 65 a 69 años con 8 (20 %). Predominó el sexo femenino con 26 (63 %), mientras que el masculino ascendió a 15 (37 %) (tabla 1).

TABLA 1. Grupos de edades y sexo de los adultos mayores que recibieron maltrato

Grupos de edades (en años)	Sexo femenino	Sexo masculino	Total	%
60-64	6	4	10	24
65-69	6	2	8	20
70-74	10	6	16	39
75-79	2	0	2	5
80-84	2	3	5	12
Total	26	15	41	100

Fuente: Investigación realizada.

Los distintos perfiles del abuso o maltrato se comportaron de la manera siguiente: maltrato económico/financiero: 19 adultos mayores (35 %), maltrato psicológico: 18 (33 %), abuso por desatención o negligencia: 15 (27 %), y sufrieron maltrato físico 3 (5%) (tabla 2).

TABLA 2. Prevalencia del maltrato recibido por los ancianos distribuidos en los diferentes perfiles

Perfiles	Sexo femenino	Sexo masculino	Total	%
Físico	2	1	3	5
Psicológico	9	9	18	33
Desatención	9	6	15	27
Económico/financiero	15	4	19	35
Total	35	20	55	100

Nota: 14 adultos mayores sufrieron 2 perfiles de maltrato a la vez.

(n = 55)

Fuente: Investigación realizada.

El nivel educacional del grupo de pacientes que recibió maltrato estuvo distribuido con 13 (32 %) con la enseñanza primaria concluida, 8 (19,5 %) ostentaban la secundaria básica, el preuniversitario lo tenían 12 (29 %), y la enseñanza universitaria la habían vencido 8 (19,5 %) (tabla 3). Exhibía vínculo laboral 1 caso (2,4 %) y no lo tenían 40 (97,6 %). En cuanto al vínculo conyugal, lo tenían 22 casos (54 %) y no lo poseían 19 (46 %) (tabla 4).

TABLA 3. Nivel educacional de los senescentes que recibieron maltrato

Niveles	Sexo femenino	Sexo masculino	Total	%
Primaria	10	3	13	32
Secundaria Básica	6	2	8	19,5
Preuniversitario	5	7	12	29
Universitario	5	3	8	19,5
Total	26	15	41	100,0

(n=41)

Fuente: Investigación realizada.

TABLA 4. Estado civil de los casos que recibieron maltrato

Estado civil	Sexo femenino	Sexo masculino	Total	%
Con vínculo conyugal	10	12	22	54
Sin vínculo conyugal	16	3	19	46
Total	26	15	41	100

(n=41)

Fuente: Investigación realizada.

El funcionamiento familiar fue malo en 8 familias (18 %), en las que se apreció maltrato en algunos de sus perfiles, incluidos fundamentalmente en 3 casos de maltrato físico, 3 de maltrato por negligencia o desatención y 2 de maltrato psicológico.

En el grupo de ancianos que recibieron maltrato se apreció que 12 núcleos (27 %) viven solos y 5 (12 %) constituyen núcleos de parejas de ancianos solos. Del total de adultos mayores encuestados 20 (23 %) reciben ayuda económica de sus familiares, que en la inmensa mayoría de los casos, no les alcanza para cubrir sus necesidades vitales.

Discusión

En EE.UU. entre el 4 y el 10 % de las personas mayores de 65 años son víctimas de algunas de las formas de maltrato.⁵ *Pillemer y Finkelhor*, por ejemplo, en Boston encontraron en 2 020 personas ancianas no institucionalizadas en el área metropolitana un 3,2 % de maltrato.⁵ Un equipo de Canadá y EE.UU. realizó el primer estudio de prevalencia de maltrato en los ancianos en Canadá, y obtuvo como resultados que el 4 % de los ancianos estudiados habían recibido algunas de las formas de maltrato.⁵

Vivian Zas Tabares en estudio realizado en nuestro país con 200 adultos mayores, reporta que el 59,9 % de su serie recibió algún tipo de maltrato, con un predominio en el grupo de 60 a 64 años y el sexo femenino, y fue el perfil conocido como maltrato psicológico el más frecuente encontrado por ella en su investigación (94 %), seguido del social y el familiar. Asimismo *Alma del Pino* en el Policlínico Docente "Mario Escalona" en Ciudad de La Habana, también constata predominio del maltrato psicológico perpetrado por sus familiares más cercanos. En nuestro medio, el licenciado *Manuel Real Espronceda* en un trabajo realizado con 158 senescentes encontró un elevado porcentaje de maltratos o abusos, aunque él trabajó con otros perfiles no contemplados por nosotros (maltrato social, familiar, etc.) y (Real E. MA. "Maltrato al anciano en una comunidad de Ciudad de La Habana. Trabajo para optar por el título de Máster en Psiquiatría Social. Ciudad de La Habana, 2003).

En cuanto a los grupos de edades y sexo, la mayoría de las publicaciones consultadas por nosotros concuerdan con nuestra investigación.^{10,11} Si nos referimos a los perfiles de maltrato encontrados por los diferentes investigadores vemos que el equipo canadiense/norteamericano que realizó el estudio antes mencionado halló que el maltrato financiero fue el más común, lo que coincidió con nuestro trabajo, seguido del maltrato psicológico, el físico y el descuido.⁵ Algunas investigaciones nacionales no obtuvieron resultados elevados en el perfil del maltrato financiero (Real E. MA. Maltrato al anciano en una comunidad de Ciudad de La Habana. Trabajo para optar por el título de Máster en Psiquiatría Social. Ciudad de La Habana, 2003), (Martha JI. Maltrato en el anciano en una comunidad de Lawton. Trabajo para optar por el título de Máster en Gerontología Comunitaria, 1999, 5-33) y (Rodríguez ME. Maltrato en los ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén. Trabajo para optar por el título de Máster en Gerontología Comunitaria, 1998, 5-42), quizás debido a que solamente tuvieron en cuenta el primer aspecto del problema (cuando los recursos financieros del anciano no son manejados por él mismo y lo

dilapidan sus cuidadores), mientras que nosotros también incluimos los ancianos que no reciben una ayuda económico/financiera adecuada a sus necesidades.

Coincidimos con *Real Espronceda* en la cuantía del maltrato psicológico que en su investigación alcanzó índices del 50,5 % con una prevalencia, al igual que en el nuestro, del sexo femenino, en las personas con menor grado de escolaridad y desocupados (Real EMA. Maltrato al anciano en una comunidad de Ciudad de La Habana 2003. Trabajo para optar por el título de Máster en Psiquiatría Social. Ciudad de La Habana. 2003).

Al igual que lo informado por *Real Espronceda* en su estudio sobre maltrato en Ciudad de La Habana, en el año 2003, donde él enfatiza que el maltrato físico obtuvo cifras poco relevantes (el 13,3 % en 158 senescentes), nosotros obtuvimos resultados inferiores (3 casos de los 55 maltratos detectados en los 93 ancianos, 3 %), y es bueno señalar que los adultos mayores no confiesan abiertamente los abusos que reciben de sus familiares, allegados o cuidadores.

En nuestros casos las personas que infringieron maltrato fueron los parientes más cercanos del adulto mayor, en este caso, sus hijos, nueras y cónyuges, y en el caso del maltrato físico en 2 casos (66 %) fueron los hijos los protagonistas del maltrato, y en 1 (33,3 %), la nuera.

En la mayoría de nuestros casos de maltrato físico y psicológico se detectaron como factores de riesgo la violencia familiar, el alcoholismo, las malas relaciones en la familia, etc. *Bristowe y Collins* en estudio realizado en Columbia Británica encontraron como factor más significativo el uso del alcohol, sobre todo, por parte de los proveedores de atención a hombres.¹⁰

Conclusiones

En la población geriátrica del consultorio médico objeto de estudio se detectaron 41 casos de maltrato o abuso en sus diferentes perfiles (44 %), y el abuso más frecuente fue el económico/financiero, seguido del psicológico, la negligencia o la desatención, y finalmente el maltrato físico.

Los grupos de edades en los que incidieron mayor cifra de maltratos fueron: el de 70-74 años con 16 casos (39 %), el de 60-64 con 10 (24 %) y el de 65-69 con 8 (20 %). Predominó en el sexo femenino con 26 (63 %), mientras que el masculino tuvo 15 (37 %).

Se apreció relación entre el maltrato y el bajo nivel educacional, así como también entre el maltrato y la carencia de vínculo laboral de nuestros ancianos. Fue predominante en los senescentes con vínculo conyugal.

El funcionamiento familiar fue malo en algunas familias en las que se apreció maltrato en sus diferentes perfiles; y en algunos de los núcleos familiares donde se registró maltrato eran de ancianos que viven solos o parejas de ancianos solos. Solamente un grupo insignificante de adultos mayores objeto de maltrato, recibían ayuda económica, en algunos casos insuficiente, de sus familiares.

Referencias bibliográficas

1. Marín LPP. *Ética OPS*; Washington, DC: 1997,389-95. (Publicación Científica # 546).
2. Prieto RO, Vega GE. Envejecimiento de la sociedad moderna. En: *Temas de Gerontología*. La Habana: Editorial Científico Técnica; Ciudad Habana. 1997.15-9.
3. Menéndez JJ. Aspectos demográficos y epidemiológicos del envejecimiento. En Ramos O y Vega García, E. *Temas de Gerontología*. Editorial Científico Técnica, La Habana 1997.20-7.
4. Lipschitz DA y Sullivan DH. The sick old man. En: *Cecil Compendio de Medicina Interna*. 3ed. New York Interamericana Mc Graw Hill: 1996, 998-1001.
5. Martín PPL. La atención a los ancianos: un desafío para los años noventa. OPS. Washington. D. C.:1997. (Publicación científica # 546).
6. Farreras R. Aspectos éticos de la asistencia geriátrica. En: *Compendio de Medicina Interna*. Harcourt. España. Med. Int. 14a edición. 2000. CD.
7. Gracia GD, Broggi TMA, Salva L, Costa PJ. *Ética médica*. En: *Compendio de Medicina Interna* Farreras Rozman. 14 ed. Madrid. Edic. Harcourt. 2000.
8. *Guía clínica para la atención primaria a las personas adultos mayores*. Washington DC: OPS/OMS; 2002 [en CD].
9. Louro BI. Atención familiar. En. Álvarez Sintés R. *Temas de Medicina General Integral*. T I, La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001-225.
10. Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non institutionalized elderly man and women living in British Columbia. *J Elder Abuse Neglect* 1989; 1(1): 45-64.

Recibido: 1ro. de noviembre de 2004. Aprobado: 14 de enero de 2005.

Dr. *César Martínez Querol*. Calle 5ta C #9011 entre 90 A y 92, Miramar, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹ **Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Director del Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica. Presidente de la Comisión Científica.**

² **Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría. Profesor Instructor.**

³ **Residente de 2do. año de Medicina General Integral.**