



ORIGINAL/SECCIÓN CLÍNICA

Prevalencia y factores asociados a sospecha de malos tratos en la unidad geriátrica del área de urgencias del hospital

Pilar Jürschik^{a,*}, Maria Viladrosa^b, Teresa Botigué^a, Ana Lavedán^a,
Ana Belen Vena^c y Teresa Noguera^c

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Lleida, Lleida, España

^b Unidad Funcional Interdisciplinaria Socio-sanitaria (UFISS) geriátrica, Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

^c Unidad Socio Sanitaria, Hospital Santa María, Lleida, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de febrero de 2012

Aceptado el 7 de mayo de 2012

On-line el 20 de enero de 2013

Palabras clave:

Prevalencia

Maltrato a personas mayores

Valoración geriátrica

Servicio de salud para ancianos

Servicio de urgencias

R E S U M E N

Objetivo: Conocer la prevalencia de sospecha de maltrato e identificar los factores asociados en las personas mayores sin déficit cognitivo, que son atendidas por la unidad geriátrica ubicada en el servicio de urgencias del hospital.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal de una población de 65 años o más, valorada por la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) geriátrica del servicio de urgencias del hospital Arnau de Vilanova de Lleida. El total de participantes fue de 127. La sospecha de maltrato se midió con el cuestionario de la *American Medical Association (AMA)* y la *Canadian Task Force (CTF)*. Las variables estudiadas fueron las características sociodemográficas y la dependencia funcional.

Resultados: La prevalencia de sospecha de maltrato fue del 29,1% (IC del 95%: 0,21-0,37). Los subtipos más frecuentes fueron por abandono y psicológico, y menos frecuente por negligencia. Los factores asociados fueron el sexo femenino, profesión previa no remunerada, ser viudo, y vivir solo.

Conclusiones: Tres de cada 10 personas mayores fueron identificadas como posibles víctimas de maltrato. Debido al relativo aislamiento de muchos adultos mayores que son maltratados, una visita inesperada al servicio de urgencias puede ser la única oportunidad para su detección. Las unidades geriátricas ubicadas en esta área deberían incluir en la valoración integral, la sospecha de malos tratos a dicha población. Para ello, es necesario poder contar con un instrumento con un alto índice de sensibilidad y especificidad para la detección de los malos tratos en las personas mayores.

© 2012 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prevalence and factors associated with suspected mistreatment in a geriatric unit in a hospital emergency area

A B S T R A C T

Objective: To know the prevalence of mistreatment and to identify the associated factors among elderly people without cognitive impairment, seen in the geriatric unit, located in the hospital emergency area.

Methods: Cross-sectional study of a population of 65 years or older assessed by the geriatric Interdisciplinary Social Welfare Functional Unit (ISSFU) of the emergency area in the Arnau de Vilanova hospital of Lleida. We excluded participants with cognitive impairment. The total number of participants was 127. The suspicion of mistreatment was measured using the Questionnaire of the American Medical Association (AMA) and the Canadian Task Force (CTF). The variables studied were social demographic characteristics and functional dependency.

Results: Prevalence of suspicion of mistreatment was 29.1% (95% CI: 0.21-0.37). The most frequent subtypes were neglect and psychological, and less frequent was negligence. Associated factors were being female, being in unpaid work, being a widow and living alone.

Keywords:

Prevalence

Elderly abuse

Geriatric assessment

Health services for the elderly

Emergency area

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pilar.jurschik@infermeria.udl.es (P. Jürschik).

Conclusions: Three out of ten elderly people were identified as possible victims of abuse. Due to the relative isolation of many of the elderly who were abused, an unexpected visit to the emergency area may be the only opportunity for detection. Geriatric units located in this area should include the suspicion of mistreatment of this population in their comprehensive assessment. For this, it is necessary to have tool with a high degree of sensitivity and specificity for detection of abuse in the elderly.

© 2012 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El maltrato a las personas mayores comprende cualquier acto u omisión que resulte en daño o amenaza de daño para la salud y el bienestar de esta población. Se puede encontrar de muchas formas: física, psíquica, sexual, económica, negligencia, autonegligencia, abandono y vulneración de los derechos¹.

Actualmente no se encuentran instrumentos validados para la detección de los malos tratos a las personas mayores, ni tampoco evidencias científicas que permitan aconsejar o rechazar su utilización². Uno de los cuestionarios más utilizados en nuestro entorno³⁻⁶ es el editado por la *American Medical Association* (AMA)⁷ y la *Canadian Task Force* (CTF)⁸.

Una forma de prevenir los malos tratos a las personas mayores es concienciar a los profesionales de la salud⁹ en cuanto a esta problemática. El conocimiento de la situación podría proporcionar un punto de partida para elaborar estrategias de mejora. Es por esta razón, que el objetivo de este estudio es dar a conocer la prevalencia y los factores asociados a sospecha de malos tratos a las personas mayores sin deterioro cognitivo, atendidas por la unidad geriátrica del servicio de urgencias del hospital.

Métodos

Estudio descriptivo y transversal cuya población son todas las personas de 65 años o más que acuden al área de urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Dicha población es valorada por la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS) geriátrica. Los motivos de exclusión fueron los pacientes con deterioro cognitivo y/o con enfermedades o alteraciones sensoriales que dificultaban e impedían la realización de la entrevista.

El deterioro cognitivo se midió mediante el cuestionario de Pfeiffer, adaptado y validado al castellano¹⁰. Aquellos pacientes con una puntuación de 3 o más errores o a partir de 4 errores si la persona no sabía leer o escribir fueron excluidos del estudio.

Las variables utilizadas para el estudio fueron

Sospecha de maltrato

Cuestionario de la AMA⁷ y la CTF⁸, sobre los diversos tipos de maltrato. Consta de 9 preguntas: una sobre abuso físico (Pregunta 1), 3 sobre abuso psicológico (Preguntas 2, 3 y 7), una sobre abuso sexual (Pregunta 6), una sobre negligencia (Pregunta 5), una sobre abuso económico o financiero (Pregunta 4), una sobre abandono (Pregunta 9) y una sobre vulneración de los derechos (Pregunta 8). Una sola respuesta positiva se considera como sospecha de maltrato.

Características sociodemográficas

Edad, género, estado civil, nivel de estudios (con estudios o sin estudios), profesión previa, convivencia (solo o acompañado), tipo de residencia (permanente o rotatoria), procedencia (rural o urbana), existencia de cuidador, percepción de ayuda social e ingresos.

Dependencia funcional

Valorada con la escala de Barthel¹¹ en el momento de la entrevista. Se consideró deterioro moderado o mayor a una puntuación < 60 y deterioro leve o independiente a una puntuación ≥ 60.

La asociación entre las variables explicativas con la sospecha de maltrato se realizó mediante el test de Chi-cuadrado (con la corrección de Yates cuando fue necesaria).

Se utilizó el paquete SPSS[®] versión 18.0 para Windows.

Previamente al comienzo del estudio, el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital informó favorablemente la solicitud del proyecto del estudio. Todos los pacientes firmaron antes de la entrevista el consentimiento informado.

Resultados

De los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, ninguno rechazó participar en el estudio y 3 se descartaron por datos incompletos en la encuesta, analizándose finalmente los datos de 127 individuos (85% del tamaño muestral), de los cuales un 57,5% eran mujeres con una media de edad de 84,9 ± 5,4 años y un 42,5% varones con una media de edad de 84,9 años ± 4,9.

En la *tabla 1* se muestra las principales características sociodemográficas de la muestra.

En la *tabla 2* se observan las preguntas del cuestionario utilizado, el número de pacientes y el porcentaje de respuestas afirmativas.

La prevalencia de sospecha de maltrato fue del 29,1% (IC del 95%: 21-37) que son los que respondieron afirmativamente en al menos una de las 9 preguntas. El 14,1% respondieron afirmativamente a 2 preguntas. El porcentaje de sospecha de maltrato por abuso físico fue del 3,1%, por abuso psicológico del 4,2%, por negligencia del 2,4%, económico del 2,4%, por abandono del 24,3% y por vulneración de derechos del 5,5%.

La *tabla 3* muestra la asociación entre el riesgo de maltrato y los posibles factores asociados. Presentaron mayor riesgo de sufrir malos tratos el sexo femenino, profesión previa no remunerada, quedarse viudo y vivir solo.

Discusión

Para la realización de este estudio se excluyeron los pacientes con deterioro cognitivo debido a que la sospecha de maltrato se determinó mediante preguntas directas a los participantes, y la presencia de demencia podría haber disminuido la fiabilidad de la información.

La detección de sospecha de maltrato se realizó aplicando el cuestionario utilizado en la UFISS del hospital, traducido al castellano en un estudio previo³. La prevalencia de maltrato fue del 29,1%. Si se compara este porcentaje con otros estudios que han utilizado el mismo instrumento en nuestro país, se observa que el porcentaje es muy similar al estudio de Garre-Olmo et al.⁶ (29,3%) realizado en 8 áreas rurales de Girona a pacientes ≥ 75 años sin deterioro cognitivo. Sin embargo, en el estudio realizado también en Catalunya³, en un área básica de salud a pacientes ≥ 72 años, también sin deterioro cognitivo, la prevalencia fue mucho menor (11,9%). Por otro lado, llama la atención que en otros estudios, la prevalencia sea de casi el doble. El estudio de Risco et al.⁴ realizado en Badajoz a pacientes ≥ 72 años en atención primaria, la

Tabla 1
Características de la muestra

	N	%
Sexo		
Mujeres	73	57,5
Varones	54	42,5
Estado civil		
Soltero	4	3,1
Casado	50	39,4
En pareja	1	0,8
Viudo	72	56,7
Nivel de estudios		
No sabe leer ni escribir	12	9,4
No terminó los estudios primarios	64	50,4
Primarios	44	34,6
Secundarios de primer grado	2	1,6
Secundarios de segundo grado	3	2,4
Universitarios	2	1,6
Profesión		
Profesional o alto cargo administrativo	3	2,4
Ventas o servicios	9	7,1
Trabajador/a cualificado o de personal administrativo	16	12,6
Trabajador semicualificado/a o no cualificado/a	24	18,9
Granja/campo no remunerado	43	33,9
Faena del hogar	31	24,4
Otros	1	0,8
Con quién vive actualmente		
Solo/a	22	17,3
Esposo/a	37	29,1
Hijos/as	43	33,9
Esposo/a y hijos/as	9	7,1
Institucionalizado	10	7,9
Otros	6	4,7
Tipos de residencia		
Rotatoria	11	8,7
Fija	116	91,3
Procedencia		
Medio rural	40	31,5
Medio urbano	87	68,5
Cuidador específico		
Sí	78	61,4
No	49	38,6
Ayuda a domicilio		
Pensiones no contributivas	14	11,0
Trabajador/a social	3	2,4
Ninguno	110	86,6
Ingresos mensuales		
Menos de 400 €	14	11,0
Entre 400 € y 600 €	46	36,2
Entre 600 € y 900 €	37	29,1
Entre 900 € y 1.200 €	6	4,7
Entre 1.200 € y 1.800 €	2	1,6
Más de 1.800 €	2	1,6
Estado funcional		
Dependiente	34	26,8
Independiente	93	73,2

N: frecuencia; %: porcentaje.

prevalencia fue del 52,6% y el de Pérez-Cárceles et al.⁵ en Murcia a pacientes ≥ 65 en diferentes centros de salud, fue del 44,6%. La diferencia de estos 2 últimos es que solo fueron excluidos los pacientes con deterioro cognitivo avanzado (Pfeiffer ≥ 5).

La tipología de maltrato encontrada es similar a la de Risco et al.⁴ en el que predomina el maltrato por abandono y es menos frecuente por negligencia. Ruiz et al.³ encontraron el tipo psicológico como el más común, un tipo de maltrato que en este estudio también fue muy frecuente. Sin embargo, otros estudios obtienen mayor prevalencia en la negligencia^{6,12,13}. En nuestro medio, la tendencia es hablar de negligencia cuando el fallo se produce en los cuidados

Tabla 2
Cuestionario de cribado y número de pacientes que han respondido afirmativamente a cada respuesta

Preguntas del cuestionario	N	%
¿Alguien le ha hecho daño en casa?	4	3,1
¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?	5	3,9
¿Le han amenazado?	3	2,4
¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?	3	2,4
¿Alguien les ha puesto dificultades para que se pueda valer por usted mismo?	3	2,4
¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?	0	0
¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?	8	6,3
¿Alguien le coge cosas que le pertenecen sin su permiso?	7	5,5
¿Está solo frecuentemente?	31	24,3

N: frecuencia; %: porcentaje.

que debería proporcionar un profesional y de abandono cuando es el cuidador familiar el que no cumple con la responsabilidad de cuidado.

En cuanto a los factores asociados a sospecha de maltrato, los resultados son similares a otros estudios en cuanto al sexo

Tabla 3
Factores asociados a maltrato

	Riesgo de maltrato				Valor de p
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Edad					NS
< 85	18	(48,6)	55	(61,1)	
≥ 85	19	(51,4)	35	(38,9)	
Sexo					0,008
Mujer	28	(75,7)	45	(50,0)	
Varón	9	(24,3)	45	(50,0)	
Estado civil					< 0,001
Viudo	30	(85,7)	42	(48,3)	
Casado	5	(14,3)	45	(51,7)	
Nivel de estudios					NS
Sin estudios	24	(64,9)	52	(57,8)	
Con estudios	13	(35,1)	38	(42,2)	
Profesión anterior					0,03
Trabajo no remunerado	27	(73,0)	47	(52,2)	
Trabajo remunerado	10	(27,0)	43	(47,8)	
Con quién vive					0,01
Solo	11	(29,7)	11	(12,2)	
Acompañado	26	(70,3)	79	(87,8)	
Tipo de residencia					NS
Rotatoria	3	(8,1)	8	(8,9)	
Fija	34	(91,9)	82	(91,1)	
Procedencia					NS
Rural	14	(37,8)	26	(28,9)	
Urbana	23	(62,2)	64	(71,1)	
Cuidador específico					NS
No	15	(40,5)	34	(37,8)	
Sí	22	(59,5)	56	(62,2)	
Ayuda social					NS
No	33	(89,2)	77	(85,6)	
Sí	4	(10,8)	13	(14,4)	
Ingresos					0,02
< 600 €	28	(75,7)	49	(54,4)	
≥ 600 €	9	(24,3)	41	(45,6)	
Estado funcional					NS
Dependiente	13	(35,1)	21	(23,3)	
Independiente	24	(64,9)	69	(76,7)	

N: frecuencia; %: porcentaje.

femenino, la profesión previa no remunerada^{3,4} y a los bajos ingresos^{5,6}. Así mismo se ha observado, que no existe una relación directa entre el grado de dependencia física y el riesgo de sufrir maltrato^{6,14}, a pesar de que se ha determinado que la discapacidad física podría conducir a una situación de abuso porque la defensa propia o escapar de la situación de maltrato es limitada¹². Por último, existen resultados contradictorios en cuanto al estado civil. Mientras unos autores observan, al igual que en el presente estudio, que las personas mayores solteras o viudas presentan un mayor riesgo de sospecha de maltrato³⁻⁵, otros señalan que las personas casadas presentarían mayor riesgo¹⁵.

En la realización de este estudio se han encontrado una serie de limitaciones que obstaculizan una detección más a fondo de la problemática que se trata. En primer lugar, y teniendo en cuenta las diferencias en la prevalencia de malos tratos en los estudios consultados con una población similar, hace pensar que el problema reside en la falta de instrumentos validados con un alto índice de sensibilidad y especificidad para la detección de los malos tratos en las personas mayores, lo que hace que no exista evidencia de la eficacia de ninguno de los métodos utilizados hasta ahora. Es de fundamental importancia diseñar y validar un instrumento para detectar este tipo de situaciones. En este sentido, dicho instrumento se encuentra en proceso de validación con la participación de 11 países y coordinado por la OMS, siendo España un componente destacado en este proceso⁵. Por otro lado, recalcar que los resultados se basan en una única entrevista al paciente, sin contrastar situaciones, con lo que solo se puede llegar a sospechar de malos tratos, pero no de confirmar su presencia⁷. Finalmente, dado que se trata de un estudio transversal, no es posible deducir la dirección causal de las asociaciones encontradas entre la sospecha del abuso y sus variables relacionadas.

Conclusiones

Según los resultados del estudio, uno de cada 10 pacientes valorados por la unidad geriátrica del área de urgencias del hospital, fueron identificados como posibles víctimas de maltrato. Debido al relativo aislamiento de muchos adultos mayores que son maltratados, una visita inesperada al servicio de urgencias puede ser la única

oportunidad para su detección. Las unidades geriátricas ubicadas en esta área deberían incluir en la valoración integral, la sospecha de malos tratos a dicha población. Para ello, se hace necesario el poder contar con un instrumento con un alto índice de sensibilidad y especificidad para la detección de los malos tratos en las personas mayores.

Bibliografía

1. Domingo F. La violencia intrafamiliar. *Form Med Contin Aten Prim*. 2000;7:205-8.
2. Bover A, Moreno ML, Mota S, Taltavull JM. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Aten Primaria*. 2003;32:541-51.
3. Ruiz A, Altet J, Porta N, Duaso P, Coma M, Recasens N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria*. 2001;27:331-4.
4. Risco C, Paniagua MC, Jiménez G. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Med Clin*. 2005;125:51-5.
5. Pérez-Cárceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: the extent and risk factors. *Arch Geront Geriatr*. 2009;49:132-7.
6. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Juvinya D, Vila A, Vilalta-Franch J. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57:815-22.
7. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago: American Medical Association; 1994. p. 4-24.
8. Patterson C. Secondary prevention of elder abuse. En: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Health Canada; 1994. p. 922-9.
9. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gac Sanit*. 2007;21:235-41.
10. Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin*. 2001;117:129-34.
11. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med*. 1965;14:61-5.
12. Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:8-14.
13. Kessel H, Marín N, Maturana N, Castañeda L, Pageo M, Larrión J. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1996;31:367-72.
14. Shugarman LR, Fries BE, Wolf RS, Morris JN. Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:24-31.
15. Lowenstein A, Eisikovits Z, Band-Winterstein T, Enosh G. Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *J Elder Abuse Negl*. 2009;21:253-77.