



ORIGINAL BREVE

Detección y seguimiento de malos tratos en personas mayores en un hospital terciario: experiencia de 3 años



Montserrat Lázaro del Nogal*, Cesareo Fernández, Paloma Serrano, Andrés Santiago, Patricia Villavicencio y Teresa Martín

Comisión Contra la Violencia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de junio de 2016

Aceptado el 1 de febrero de 2017

On-line el 27 de junio de 2017

Palabras clave:

Malos tratos

Personas mayores

Registro hospitalario

RESUMEN

Objetivos: La Comisión Contra la Violencia del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) puso en marcha en 2012 un plan integral de detección y seguimiento de los casos de sospecha de malos tratos al adulto mediante un registro hospitalario. En este estudio se valoran los resultados de los primeros 3 años analizando las diferencias en función de la edad (menores y mayores de 65 años).

Material y métodos: De acuerdo con el registro se han comparado los resultados de mayores y menores de 65 años relativos a: sexo, lugar del registro, responsable de la notificación, historia de violencia previa, tipo de maltrato, recursos empleados y seguimiento. También se recogió la tasa de fallecidos en el primer año. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados: El número registrado de casos de sospecha durante los 3 años (2013-2015) fue de 172. Grupo A (15-64 años): 140 casos. Grupo B (> 65 años): 32 (22,8%). Sexo: Grupo A: 93,5% mujeres. Grupo B: 78,1% ($p=0,014$). Lugar del registro: Grupo A: urgencias: 90,7%, hospitalización: 6,4%, consultas externas: 3,0%. Grupo B: urgencias: 65,6%, hospitalización: 31,6%, consultas externas: 2,8% ($p=0,001$). Notificación: Grupo A: trabajador social: 25%, médico: 67,8%, enfermera: 6,4%. Grupo B: trabajador social: 65,2%, médico: 28,1%, enfermera: 6,2. ($p<0,001$). Historia de violencia previa: Grupo A: 62,1%. Grupo B: 68,7%. Tipo de maltratos: Grupo A: físicos: 56,4%, psíquicos: 2,8%, físicos + psíquicos: 30,4%, físicos + psíquicos + económicos: 10,1%. Grupo B: físicos: 31,1%, psíquicos: 5,1%, negligencia: 18,7%, físicos + psíquicos: 10,1, físicos + psíquicos + económicos: 9,8, económicos: 25,1 ($p<0,0001$). Recursos empleados y seguimiento: Parte de lesiones: Grupo A: 63,5%. Grupo B: 31,2% ($p=0,001$). Medidas de protección judicial: Grupo A: 12,8. Grupo B: 15,6 ($p=0,773$). Orden de alejamiento: Grupo A: 2,1. Grupo B: 6,25 ($p=0,235$). Fallecieron al año de seguimiento más de un tercio de los pacientes del grupo B y ningún paciente en el grupo A.

Conclusiones: La urgencia médica es el lugar donde más se detecta el problema. Existe historia de violencia previa en más de la mitad de los casos en ambos grupos de edad. Retrato robot de la víctima: mujer anciana, con importante deterioro físico y cognitivo. El abuso económico y la negligencia son más frecuentes en la población anciana. En nuestra serie fallecen al año más de un tercio de los pacientes ancianos víctimas de malos tratos. El registro hospitalario es fundamental para la detección y el seguimiento del maltrato en el anciano.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Three years experience in the detection and follow-up of violence against the elderly in a tertiary hospital

ABSTRACT

Objectives: The Hospital Clínico San Carlos Committee against violence established a protocol in 2012 in order to detect and follow-up violence against elderly persons. This article presents the experience after 3 years of its introduction, as well as an analysis comparing the differences between those younger and older than 65 years of age.

Keywords:

Abuse and neglect

Elderly

Hospital registry

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Montserrat.lazaro@salud.madrid.org (M. Lázaro del Nogal).

Material and methods: All cases were collected during years 2013, 2014, and 2015, and were divided into two groups, A and B, according to age, younger or older than 65 years. Parameters studied were: gender, place of detection (emergency department, during hospital admission, or outpatient clinics), type of professional worker who detected each case (social workers, nurses, or physicians), previous history of violence, type of aggression (physical, psychological, financial), institutional procedures once aggression was confirmed, and deaths after one year of follow-up. The SPSS v.18.0 package was used for the statistical analysis.

Results: A total of 172 cases were detected, of which 140 of them were included in group A (< 65 years), and 32 in group B (> 65 years, 22.8%). Gender: Group A: women: 93.5%. Group B: women: 78.1% ($P = .014$). Registration site: Group A: emergency department: 90.7%, hospital wards: 6.4%, outpatient wards: 3.0%. Group B: emergency department: 65.6%, hospital wards: 31.6%, outpatient wards: 2.8% ($P = .001$). Notification: Group A: social worker: 25%, physician: 67.8%, nurse: 6.4%. Group B: social worker: 65.2%, physician: 28.1%, nurse: 6.2% ($P < .001$). Previous violence history: Group A: 62.1%. Group B: 68.7%. Type of abuse: Group A: physical: 56.4%, psychological: 2.8%, physical + psychological: 30.4%, physical + psychological + economic: 10.1%. Group B: physical: 31.1%, psychological: 5.1%, neglect: 18.7%, physical + psychological: 10.1, physical + psychological + economic: 9.8, economic: 25.1 ($P < .0001$). Resources employed and follow-up: Injuries: Group A: 63.5%. Group B: 31.2% ($P = .001$). Judicial protection measures: Group A: 12.8%. Group B: 15.6 ($P = .773$). Removal order: Group A: 2.1. Group B: 6.25 ($P = .235$). More than one-third of patients in group B, and none of the patients in group A, died in the year of follow-up.

Conclusions: There are more problems detected in the Emergency Department. There is a history of previous violence in more than half of the cases in both age groups. The profile of the victim is an elderly woman with significant physical and cognitive impairment. Economic abuse and neglect are more frequent in the elderly population. In our series, more than one-third of elderly patients who are victims of ill-treatment die each year. The hospital registry is fundamental for the detection and follow-up of abuse in the elderly.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El envejecimiento de la población ha hecho que afloren y se discutan problemas de todo tipo (sociales, económicos, médico-asistenciales, etc.) que, si bien pueden haber existido siempre, solo ahora se manifiestan en toda su magnitud y obligan a una búsqueda de sus factores de riesgo y de sus soluciones. Uno muy importante es el reconocimiento efectivo de que el anciano puede ser —y de hecho lo es— víctima de abusos y de malos tratos por parte de sus cuidadores, de las personas con las que convive y/o de las instituciones.

Solo de forma reciente el maltrato a las personas mayores se ha reconocido como un problema global. El trabajo de la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano (INPEA)¹ y el énfasis dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)² para la prevención de esta lacra social han contribuido de forma significativa a elevar la alerta en todo el mundo. La OMS propuso en 2002 una definición para el maltrato al anciano conocida como «Declaración Toronto». Decía: «El maltrato a las personas mayores es un acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor»³.

Las principales formas de maltrato al mayor son las siguientes⁴⁻⁸:

- Físico.** Acción (golpear, abofetear, quemar, encerrar a la persona, empujar) llevada a cabo por otras personas o por uno mismo, que causa, como consecuencia, daño o lesión física de forma intencional. También se incluye en este tipo de maltrato la utilización inadecuada de medicación y las medidas de contención inapropiadas.
- Sexual.** Cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada o por falta de capacidad para dar ese consentimiento.
- Negligencia y abandono.** Consiste en un acto de omisión, fallo intencional activo o pasivo en el cumplimiento de las

necesidades vitales para una persona mayor (higiene personal, nutrición, medicación) o en impedirle estar con las personas con las que quiere estar, darle «trato de silencio» (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc.

- Psicológico.** Incluye agresión verbal, uso de amenazas, abuso emocional, obligar a presenciar el maltrato infligido a otros, provocar malestar psicológico.
- Económico.** Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos de una persona mayor.

Estudios realizados en ancianos que viven en la comunidad en Europa, Canadá y Estados Unidos indican unas tasas de prevalencia entre el 2 y el 10% de maltrato en el conjunto de la población anciana⁹⁻¹¹. En España, estudios en diversas comunidades autónomas muestran resultados similares¹²⁻¹⁵.

El objetivo de este artículo es valorar mediante un registro hospitalario informatizado los casos detectados de sospecha de malos tratos al anciano en nuestro centro, evaluar los recursos empleados y la mortalidad al cabo de un año.

Material y métodos

Diseño del estudio

Estudio descriptivo que recoge los datos registrados entre 2013 y 2015 (ambos años incluidos) y establece dos grupos según la edad sea inferior o superior a los 65 años.

Selección de pacientes

Se incluyó a todos los pacientes > 18 años atendidos por malos tratos en urgencias, hospitalización o consultas externas hospitalarias.

Tabla 1
Protocolo de actuación

<i>Actuación del médico</i>
Entrevista/anamnesis
Examen físico, cognitivo y emocional
Valorar la intencionalidad
Valorar la situación de emergencia social
<i>Actuación del profesional de enfermería</i>
Identificar los factores de riesgo y las señales de alerta
Valorar la capacidad de la familia o del cuidador para garantizar los cuidados básicos
Registrar y transmitir la información a atención primaria
<i>Actuación del trabajador social</i>
Valoración social
Entrevista al paciente y a la familia
Realización del informe social
<i>Actuación del psicólogo/a</i>
Valoración psicológica
Admisión en el programa de atención psicológica
Seguimiento de los casos

Recogida de variables

Se recogieron variables demográficas, lugar del registro (urgencias, área de hospitalización o consultas externas), responsable de la notificación (trabajador social, médico o enfermera), historia de violencia previa, tipo de maltrato (físico, psíquico, económico, mixtos), recursos empleados y seguimiento (parte de lesiones, medidas de protección judicial u orden de alejamiento). También se recogió la tasa de fallecidos durante el primer año en el grupo de más edad. Tras la detección y valoración de maltrato en cualquiera de los niveles asistenciales hospitalarios se acude a un registro donde se hacen constar los diferentes apartados señalados en el párrafo anterior y se procede, de acuerdo con un protocolo establecido, a las valoraciones por parte del trabajador social y de los especialistas médicos correspondientes a ponerlo en conocimiento de quien corresponda. El papel de cada profesional se recoge en la [tabla 1](#). En paralelo se lleva a cabo la atención integral de la víctima.

Análisis estadístico

La muestra se dividió en función de grupos de edad. En todos los casos la significación estadística se establece en un valor de $p < 0,05$ o el IC95%. El procesamiento y análisis de los datos se realizará mediante el paquete estadístico SPSS 18.0.

Resultados

Durante los 3 años se han registrado 172 casos de sospecha de malos tratos en adultos. Las características del registro de sospecha de malos tratos en los grupos A y B (menores y mayores de 65 años) se detallan en la [tabla 2](#). En más de la mitad de los pacientes de ambos grupos existía historia de violencia previa. En la [tabla 3](#) se especifican los tipos de maltrato sospechados, las medidas tomadas por la Comisión Contra la Violencia y el seguimiento de los casos detectados.

En el grupo A el maltratador tenía antecedentes psiquiátricos en el 12,8% de los casos y era su pareja en el 89,2% de los casos. En el grupo B la víctima presentaba dependencia física y psíquica del maltratador en el 62,5% de los casos; era su pareja en el 37,5%, el hijo/a en el 46,8% y un cuidador privado en el 15,6%. En el grupo de pacientes ancianos tras un año de seguimiento fallecieron 12 pacientes (6 en el hospital, 3 en residencia, 2 en domicilio y uno en centro de apoyo. En el grupo A no hubo ningún caso.

Tabla 2
Registro de casos de sospecha de malos tratos

Registro de casos	Grupo A (< 65 años) n = 140	Grupo B (> 65 años) n = 32	p
<i>Sexo (mujeres)</i>	93,5	78,1	0,014
<i>Lugar del registro</i>			0,001
Urgencias	90,7	65,6	
Hospitalización	6,4	31,6	
Consultas externas	3,0	2,8	
<i>Notificación del registro</i>			< 0,001
Trabajador social	25	65,2	
Médico	67,8	28,1	
Enfermera	6,4	6,2	

Tabla 3
Características de los pacientes adultos con sospecha de malos tratos

Sospecha de malos tratos	Grupo A (< 65 años) n = 140	Grupo B (> 65 años) n = 32	p
<i>Historia de violencia previa</i>	62,1	68,7	0,484
<i>Tipos de maltrato</i>			< 0,001
Físicos	56,4	31,1	
Psíquicos	2,8	5,1	
Negligencia		18,7	
Físicos + psíquicos	30,4	10,1	
Físicos + psíquicos + económicos	10,1	9,8	
Económicos		25,1	
<i>Medidas tomadas</i>			
Parte de lesiones	63,5	31,2	0,001
Medidas de protección judicial	12,8	15,6	0,773
Medidas de protección centro	3,2		0,585
Orden de alejamiento	2,1	6,25	0,235

Discusión

La Comisión contra la Violencia del Hospital Clínico San Carlos, compuesta por un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos), elaboró un procedimiento de actuación para la detección y el seguimiento del maltrato al anciano que consta de los siguientes apartados: a) protocolo donde se especifica la actuación de todos los profesionales sanitarios (médico, enfermero, trabajador social, psicólogo); b) diagrama de actuación ante malos tratos; c) disociación de identidades en pacientes susceptibles de especiales medidas de seguridad, y d) hoja de registro de casos.

Ello ha permitido elaborar un plan integral de detección y seguimiento de los casos de sospecha de malos tratos al anciano, válido a nuestro juicio no solo para nuestro hospital, sino también para otras instituciones sanitarias. También creemos que puede contribuir a mejorar el conocimiento y la sensibilización de los profesionales.

En nuestro estudio, el 18,6% de los casos de sospecha de malos tratos detectados en el hospital ocurren en pacientes ancianos. Algunos trabajos en nuestro medio^{13,16,17} han intentado aproximarse al estudio del abuso o maltrato en el anciano tanto desde el punto de vista epidemiológico como mediante la búsqueda de herramientas diagnósticas y la investigación de eventuales factores de riesgo. Ninguno está hecho con una base poblacional, por lo que sus resultados no son extrapolables a la población general. Las cifras más altas corresponden a ancianos atendidos por los servicios sociales (35%) y a pacientes hospitalizados (8,5%)¹⁶.

En nuestro trabajo la urgencia hospitalaria es el lugar donde se detecta el mayor número de sospecha de malos tratos tanto en adultos como en ancianos. Los servicios de urgencias hospitalarios se han convertido en uno de los lugares más accesibles para detectar víctimas de malos tratos. Hasta la fecha no existe consenso sobre

cómo proceder para el cribado sistemático de malos tratos ni acerca de cuál sería el instrumento de evaluación más adecuado en estas unidades¹⁸.

Entre los mayores de 65 años hasta un tercio de los casos se detectan durante el ingreso hospitalario. El trabajador social es el profesional que más notifica la sospecha de maltrato en el anciano, y el médico en el caso del adulto más joven. Cooper et al.¹⁹ realizaron un trabajo cuyo objetivo era valorar la eficacia de una intervención educativa sobre maltrato a personas mayores y su impacto en la práctica de los profesionales. Esta intervención educativa aumentó el conocimiento y la vigilancia de los médicos en formación para detectar el abuso en ancianos. Los médicos no preguntaban por la presencia de abuso por razones que incluían el temor de ofender o perjudicar la relación familiar y por inseguridad en caso de ancianos con demencia. Los autores concluyen que es importante la sensibilización de los profesionales y que el cambio de comportamiento de los médicos es fundamental para actuar con este problema de salud pública.

Se han identificado dificultades para su reconocimiento por parte de la propia víctima (desconocimiento, temor, culpa o vergüenza), del responsable del maltrato (negación, aislamiento, rechazo), del profesional, de las instituciones sanitarias (falta de formación, medios y recursos) y también de una sociedad poco sensibilizada ante la discriminación por edad (ageísmo)⁶.

Llama la atención de nuestro trabajo la elevada proporción de sujetos víctimas de violencia previa. Este dato aparece en más de la mitad de los casos. Entre los menores de 65 años el maltratador tenía antecedentes psiquiátricos en el 12,8% de los casos y el agresor era su pareja en el 89,2%. En los ancianos, la víctima presentaba dependencia física y psíquica del agresor en el 62,5% de los casos. El maltratador era su pareja en el 37,5% de los casos, el hijo/a en el 46,8% y cuidadores privados en el 15,6%.

Otros estudios²⁰⁻²² apuntan también como agresor principal al propio cónyuge, así como a los hijos mayores.

Los maltratos físicos son más comunes entre los menores de 65 años, y la negligencia, los maltratos mixtos (físicos, psíquicos, económicos) y los económicos aislados en los ancianos. El abuso económico en ancianos es un hecho constatado en diversos estudios⁶. Denominamos abuso económico/financiero el uso ilegal o no autorizado de propiedades, dinero u otros valores de una persona (incluyendo el cambio en la voluntad de la persona para nombrar al abusador como heredero), frecuentemente obtenido de manera fraudulenta, seguido por privación de dinero u otras propiedades o por el desalojo de su propia casa²³. En nuestro trabajo sufrieron este tipo de abuso hasta un cuarto de los pacientes mayores.

La creación de protocolos de actuación por parte de diferentes sociedades científicas, comisiones contra la violencia o instituciones sanitarias permite establecer pautas de actuación entre los diferentes profesionales que posibilitan una atención integral a los ancianos que sufren maltrato. Permiten, también, aclarar aspectos relacionados con su detección, destacando aspectos medicolegales como el parte judicial de lesiones y denuncia, el registro en la historia, valoración social y plan de seguimiento²⁴. Con respecto a las medidas tomadas en nuestro trabajo, el parte de lesiones se realiza en un porcentaje más elevado en menores de 65 años que en ancianos. Las medidas de protección judicial y orden de alejamiento son similares en ambos grupos de edad.

Las consecuencias y los costos financieros y humanos directos e indirectos del maltrato de las personas de edad se estiman considerables, si bien no se conoce su magnitud. Los daños permanentes como consecuencia de las lesiones físicas pueden ser graves en pacientes frágiles. Importa, también, considerar las consecuencias

psicopatológicas. La depresión es más frecuente en los ancianos maltratados. Además, el maltrato puede aumentar el riesgo de muerte. Una investigación llevada a cabo en New Haven (EE. UU.) durante 9 años sobre una muestra representativa de 2.812 personas mayores compara las tasas de mortalidad de los agredidos o no agredidos. A los 13 años el 40% de personas que no habían sido víctimas de maltrato aún vivían, mientras que en el otro grupo la proporción era del 9%. Después de verificar otros factores que podían influir en la mortalidad (edad, sexo, ingresos, condiciones funcionales y cognitivas, diagnóstico y grado de apoyo social) sin encontrar ninguna relación significativa con estos factores, los investigadores concluyen que el maltrato puede aumentar el riesgo de muerte²⁵. En nuestro estudio, al año de seguimiento de los casos de sospecha habían fallecido más de un tercio de los pacientes ancianos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. International Network for the Prevention of Elder Abuse (www.inpea.net).
2. Organización Mundial de la Salud (www.who.int/es).
3. WHO. *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva: WHO; 2002.
4. Lázaro M. Abusos y malos tratos en el anciano. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Madrid: Editores Médicos SA; 1995. p. 155–73.
5. Nelson D. Violence against elderly people: A neglected problem. *Lancet*. 2002;360:1094.
6. Lachs MS, Pillemer KA. Elder abuse. *N Engl J Med*. 2015;373:1947–56.
7. Baker MW, Lacroix Z, Wu C, Cochrane B, Wallace R, Woods NF. Mortality risk associated with physical and verbal abuse in women aged 50 to 79. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57:1799–809.
8. Pickens S, Naik AD, Dyer CB. Self-neglect in older adults is a geriatric syndrome. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54:1796–7.
9. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet*. 2004;364:1263–72.
10. Abbey L. Elder abuse and neglect: When home is not safe. *Clin Geriatr Med*. 2009;25:47–60.
11. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age Ageing*. 2008;37:151–60.
12. Bazo T. Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:8–14.
13. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M, Requens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos. *Aten Primaria*. 2001;27:331–4.
14. Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Valencia. Centro Reina Sofía. Serie Documentos, n.º 14. Disponible en: www.centroreinasofia.es/informes/Maltrato_Elder.pdf.
15. Sanchez del Corral F, García-Armesto S, Pajares G, Otero A, Ruipérez I. Estudio cualitativo SEGG-IMRSO. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39:72–93.
16. Marin N, Delgado M, Aguilar JL, Martínez MA, Díez A, Soto JA. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1991;26:40–6.
17. Larión ZJL, de Paul Ochotorena J. El síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Barc)*. 1994;102:216–9.
18. Fernández Alonso C, Baratas Crespo E, García Briñón MA, Martín Sánchez FJ. Detección de malos tratos al anciano en las urgencias hospitalarias. *Aten Primaria*. 2011;43:451–2.
19. Cooper C, Huzzey L, Livingston G. The effect of an educational intervention on junior doctors' knowledge and practice in detecting and managing elder abuse COOPER2012. *Int Psychogeriatr*. 2012;24:1447–53.
20. Pillemer K, Finkler D. The prevalence of elder abuse: A random simple survey: 2nd ed, USA. *Donnillan. Geontologist*. 1998;59:179–87.
21. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *J Elder Abuse Negl*. 1992;4:5–58.
22. Ogg J, Benet G. Elder abuse in Britain. *BMJ*. 1992;305:998–9.
23. Price T, King P, Dillard R, West J. Elder financial exploitation: Implications for future policy and research in elder mistreatment. *Emerg Med*. 2011;12:354–6.
24. Alguacil Pau AI, Lázaro del Nogal M, Fernández Alonso C, Gutiérrez de los Ríos C, Benito García MA. Detección en el hospital. Dificultades e indicadores de sospecha de malos tratos. En: Lázaro M, editor. *Manual de detección y seguimiento del maltrato en instituciones sanitarias*. Madrid: Díaz Santos; 2012.
25. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA*. 1998;280:428–32.