



**Figura 3.** Modelo conceptual que combinando marcadores de severidad/gravedad (NECPAL)<sup>7</sup> y el grado de vulnerabilidad del paciente (escala de fragilidad clínica<sup>5</sup>) permitiría adecuar la intensidad terapéutica a la situación clínica del paciente: a mayor vulnerabilidad menor número de marcadores de severidad/progresión de enfermedad son necesarios para limitar la intervención.

en su medición más exacta, podrán darnos luz en este complejo, y a la vez apasionante camino.

**Bibliografía**

- Ethun CG, Bilen MA, Jani AB, Maithel SK, Ogan K, Master VA. Frailty and cancer: Implications for oncology surgery, medical oncology, and radiation oncology. *CA Cancer J Clin.* 2017;67:362-77.
- Robinson TN, Walston JD, Brummel NE, Deiner S, Brown CH, Kennedy M, et al. Frailty for Surgeons: Review of a National Institute on Aging Conference on Frailty for Specialists. *J Am Coll Surg.* 2015;221:1083-92.
- Amblas-Novellas J, Espauella-Panicot J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2017;52:159-66.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:146-56.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005;173:489-95.

- Martín-Sánchez FJ, Christ M, Miró Ò, Peacock WF, McMurray JJ, Bueno H, et al. Practical approach on frail older patients attended for acute heart failure. *Int J Cardiol.* 2016;222:62-71.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: Development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care.* 2013;3:300-8.

Oscar Duems Noriega

Servicio de Geriatría, Hospital General de Granollers, Granollers, Barcelona, España

Correo electrónico: [oduems@fhag.es](mailto:oduems@fhag.es)

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.007>  
0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Violencia de género: cuando el agresor es un paciente con demencia. A propósito de un caso**



**Gender violence: when the aggressor is a patient with dementia. About clinical case**

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un varón de 82 años con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus y demencia de perfil tipo Alzheimer con medicación habitual tamsulosina- dutasterida, repaglinida, paroxetina, calcifediol y memantina. Presentaba buena situación funcional, con deambulación independiente, supervisión para baño e incontinencia urinaria (Escala de Cruz Roja física 2/5, Índice de Barthel modificado 90/100, velocidad de la marcha 1 m/sg). Cognitivamente presentaba una probable demencia tipo Alzheimer en estadio moderado GDS 5, de 5 años de evolución, con heteroagresividad hacia la esposa y en ocasiones hacia un hijo (MMSE Folstein 16/30, MIS Busche 3/8, Test del reloj 4/10).

Vivía en su domicilio con su esposa e hijo. No recibía ayudas sociales, habiéndose iniciado trámites para la Ley de dependencia. Presentaba buena situación socioeconómica.

Durante una guardia se recibe una llamada de la policía, alertada por los vecinos, tras escuchar golpes y gritos en el domicilio, detectándose agresión del paciente hacia la esposa. Al tratarse de un paciente en seguimiento en nuestro centro en consultas de neurogeriatría consultas de neurogeriatría, se decide ingreso directo en la unidad de agudos. El paciente acudió escoltado por la policía, quedando ingresado a nuestro cargo.

Durante la noche recibe la visita de su esposa. Se encuentra inquieta y muestra gran dependencia del marido. En el interrogatorio refiere frecuentes agresiones (amenazas de muerte con arma blanca, golpes y puñetazos) habiendo precisado intervención de la policía en más de una ocasión. Ante el riesgo de que la víctima compartiera espacio con el agresor, se consigue que regresara a casa.

Durante el ingreso el paciente presentó 2 intentos de fuga con episodios de agresividad hacia el equipo de enfermería, precisando

tratamiento con haloperidol y quetiapina, así como reconducción verbal, mejorando los síntomas. No se objetivó enfermedad orgánica asociada.

Ante la situación de riesgo para la esposa se realiza intervención por parte de trabajo social, poniéndose en contacto con los hijos para tratar la emergencia social que supone mantener al paciente en domicilio. Se mantienen sucesivas entrevistas con su mujer en las que se objetiva que se trata de una situación de violencia mantenida en el tiempo y previa al comienzo de la demencia, que se ha acentuado con la enfermedad.

La violencia psicológica es justificada por la mujer según el esquema cultural y educacional inculcado en su infancia, sintiéndose responsable y culpable. Las agresiones físicas se han producido en los últimos 5 años de manera violenta, dejándole secuelas como fracturas vertebrales. Durante las entrevistas refiere tener miedo en casa y ve peligrar su vida pero, aun así, no es capaz de denunciar, justificando la situación por evolución de la demencia.

Para poner fin a la situación se plantea el ingreso en una residencia cercana al domicilio, siendo aceptado por esposa, familia y paciente, por lo que es dado de alta con quetiapina 25 mg en la cena.

Pasadas 2 semanas se contacta con la residencia, que nos indica que el paciente se ha adaptado adecuadamente, sin actitudes agresivas, con cumplimiento correcto de su medicación, sin precisar rescates de neurolépticos y visitas de su esposa sin incidencias.

La prevalencia de malos tratos en ancianos en la comunidad fue del 12,1% y suelen ser ejercidos por el varón hacia la mujer<sup>1</sup>. En un estudio descriptivo de Lázaro del Nogal et al. se señala que las principales formas de maltrato en el mayor son el abuso económico y la negligencia<sup>2</sup>.

Es frecuente en personas mayores la existencia de historia de violencia previa y antecedentes psiquiátricos. En el caso presentado sí existía maltrato anterior a la demencia, aunque no fue detectado en atención primaria ni en los servicios sociales. El paciente tampoco presentaba historia psiquiátrica conocida.

Debemos destacar la falta de programas de prevención y la dificultad de acceso a los recursos para los pacientes con demencia<sup>3</sup> que, junto con la imposibilidad de imputación legal por dicho diagnóstico, hacen de la violencia de género ejercida por el paciente con demencia una situación de elevada complejidad.

En un estudio realizado en México, teniendo en cuenta las diferencias socioculturales, se observó que la severidad de la violencia del paciente con enfermedad neurológica hacia su cuidador varía según la escala de Pfeiffer, estado de salud global, relaciones sociales, percepción de hostilidad y control sobre su persona, antecedentes de violencia en la infancia y situación económica<sup>4</sup>.

La violencia de género debe de ser tratada como un problema de salud pública, universal y transversal, afectando a todas las generaciones, por lo que desde geriatría debemos trabajar en la detección e intervención en situaciones de maltrato.

## Bibliografía

1. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Regato P, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas Mayres que viven en la comunidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;141:522-6.
2. Lázaro del Nogal M, Fernández C, Serrano P, Santiago A, Villavicencio P, Martín T. Detección y seguimiento de malos tratos en personas mayores en un hospital terciario: experiencia de 3 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53:15-8.
3. Martínez-Lage P, Martín-Carrasco M, Arrieta E, Rodrigo J, Formiga F. Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53:26-37.
4. Paz-Rodríguez F, Sánchez-Guzmán MA. Identificación de variables predictoras de violencia en diadas paciente-cuidador de cuatro enfermedades neurológicas. *Rev Mex Neuroci*. 2012;13:205-14.

Yanira Aranda Rubio \*, Ana María Fernández Rodríguez,  
Laura Aranda Rubio y Alberto Socorro García

*Departamento Geriatría, Hospital Central de la Cruz Roja, San José y Santa Adela, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [yanira.aranda@salud.madrid.org](mailto:yanira.aranda@salud.madrid.org)

(Y. Aranda Rubio).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.004>  
0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.