

ARTÍCULO DE REVISIÓN: MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

Tomás Serón D.(1), María Paz Rodríguez R.(1)

1. *Estudiante 5to año de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile.*

Resumen

Introducción: El maltrato de personas mayores ha sido reconocido sólo en los últimos años como un importante problema de salud pública. Existen diversas formas de abuso y esta situación puede darse tanto en el contexto familiar como institucional. Objetivo: Describir y sintetizar la evidencia disponible sobre el maltrato en el adulto mayor. Método: Revisión sistemática de bibliografía disponible en bases de datos especializadas, excluyeron los artículos en los que el título o su contenido no tengan relación con el objetivo de este trabajo. Resultados: Las prevalencias a nivel internacional oscilan entre el 3,2 y el 27,5%. En nuestro país, corresponde al 1,2% del total de denuncias por violencia intrafamiliar. Es probable que estas cifras estén subestimadas. Los factores de riesgo incluyen antecedentes de patología psiquiátrica, antecedentes de abuso de drogas y/o alcoholismo en la víctima, historia familiar de violencia, eventos estresantes recientes y estrés asociado a la dinámica del cuidado. El

abordaje incluye medidas de prevención primaria y secundaria. Discusión: Ante la existencia de diferentes tipos de maltrato en personas mayores y de la gran variedad de patologías que esto puede desencadenar, se hace imperativo establecer medidas de prevención primaria, así como emplear métodos estandarizados de detección precoz. Es necesario que todo el equipo de salud esté involucrado en la evaluación. Conclusión: Es necesario implementar modificaciones legales y sociales que permitan satisfacer las necesidades de los adultos mayores, en especial de quienes sufren de maltrato.

Palabras clave: maltrato, abuso, negligencia, adulto mayor, maltrato institucional

Abstract

Introduction: Elder abuse has been recognized only in recent years as an important public health problem. There are several forms of abuse and this may occur in both the household and institutional context. Objective: To describe and synthesize the available evidence on abuse in the elderly. Method: Systematic review of literature available in specialized databases, excluded articles where the title or content unrelated to the objective of this work. Results: The international prevalence ranging between 3.2 and 27.5%. In our country, corresponding to 1.2% of all domestic violence complaints. Probably this is an underestimate. Risk factors include a history of psychiatric illness, history of drug and / or alcohol on victim, family history of violence, recent stressful events and stress associated with the dynamics of care. The approach includes action on primary and secondary prevention. Discussion: Due the existence of different types of abuse in older people and the great variety of pathologies that can trigger this,

it becomes imperative to establish action primary prevention as well as employ standardized screening methods. It is necessary that the entire health care team is involved in the evaluation. Conclusion: It is necessary to implement legal and social changes to provide the needs of older adults, especially who suffer from abuse.

Keywords: abuse, maltreatment, neglect, elderly, institutional abuse

INTRODUCCIÓN

El maltrato en las personas mayores ha sido reconocido sólo en los últimos años como un importante problema social y de salud pública, que afecta a un número creciente de personas en el mundo. (Giraldo, 2010). Hasta hace algún tiempo, los esfuerzos estaban concentrados en estudiar principalmente el maltrato infantil y el maltrato de pareja, siendo el maltrato a mayores, relegado por décadas (Reayy Browne, 2002). Su estudio se ha visto obstaculizado, entre otros problemas, por la ausencia de una definición clara de los múltiples tipos de abuso, la incapacidad de orientar la investigación sobre estos tipos de maltrato a personas mayores, el muestreo inadecuado y modelos estadísticos ineficaces (Von Heydrich et al., 2012).

Actualmente se le ha catalogado como una nueva enfermedad, no porque sea un problema presentado sólo el último tiempo, sino todo lo contrario, es un problema al cual no se le había prestado mayor atención. Se encuentra contenido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) dentro del rubro de la negligencia, abandono y otros síndromes de maltrato (Álvarez et al., 2009).

Diversos autores han relacionado el maltrato de los ancianos con un aumento de su mortalidad, morbilidad, un detrimento de su calidad de vida y un incremento del consumo de recursos personales, sanitarios y sociales (Coma et al, 2007).

También, se ha descrito en la literatura que el abuso se asocia significativamente con el aumento de la tasa de hospitalización, independiente del nivel cognitivo y físico del anciano, y de los factores psicosociales implicados (Dong y Simon, 2013).

Desde la perspectiva de la ética, el maltrato se refiere a la vulneración de los principios bioéticos de los ancianos, o sea, la transgresión del principio de no maleficencia y de autonomía. (Zúñiga et al., 2010). Los derechos de las personas de edad avanzada son todos y cada uno de los derechos humanos, pero en especial el derecho a la salud, el derecho a la igualdad, el derecho a la intimidad, el derecho a una vida digna, el derecho a morir dignamente y el derecho a la seguridad personal (Morillas, 2007).

En noviembre de 2002, por iniciativa de la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato en la Vejez (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se realizó una reunión en donde se elaboró la «Declaración de Toronto», aunando los criterios para elaborar una definición de Maltrato en los Adultos Mayores que se detalla a continuación: “acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”(OMS, 2003).

A nivel regional, la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, conocida como la “Declaración de Brasilia”, realizada en el año 2007, propone “crear marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los DDHH y las libertades fundamentales de las personas de edad, tanto si utilizan los servicios de larga estadía como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, negligencia, maltrato y violencia contra las personas de edad” (SENAMA, 2012). El objetivo de esta reunión fue establecer las bases

para la adaptación de las políticas públicas y planes de salud para personas mayores de la Región, para así mejorar su calidad de vida.

Es conocido que existen diversas formas de abuso hacia las personas de este grupo etario, ya sea físico, psicológico, sexual, abandono, negligencia, abuso patrimonial. Esta situación puede darse en los distintos ámbitos donde habitualmente se desenvuelve el adulto mayor, dentro de los cuales el entorno familiar y las instituciones de cuidado juegan un rol preponderante. (SENAMA, 2005). La violencia puede ser llevada a cabo por algún miembro de la familia o por personas que pasan a asumir funciones familiares, sin lazos de consanguinidad, pero que ejercen una relación de poder (Gaioli y Partezani, 2008). Demás está decir, que vivimos en una sociedad donde la vejez es ampliamente discriminada y relevada a un segundo plano, por lo que este fenómeno ha sido invisibilizado por mucho tiempo. Esta situación debe ser un llamado de atención para que se establezcan y se fortalezcan políticas públicas y cambios a nivel social, con la finalidad de que se implementen medidas de prevención, detección temprana y de minimización de los efectos deletéreos de quienes sufren de abuso.

Así mismo, es muy importante enfrentar este tema desde una visión cultural y multidisciplinaria, considerando una perspectiva de género y enfatizando en la población de mayor riesgo. Por lo tanto, para el manejo de este problema, la atención no sólo debe centrarse en la víctima, sino que también en la familia y entorno, porque ambos elementos del binomio pueden estar sufriendo situaciones que requieran de intervenciones preventivas y/o terapéuticas (Pérez-Nájera, 2010).

OBJETIVO

El presente trabajo tiene como propósito describir y sintetizar la evidencia disponible respecto del maltrato en el adulto mayor, enfatizando en la epidemiología, tipología, factores de riesgo y estrategias de abordaje.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda en la base de datos Medline/PubMed, SciELO y Google Academic, entre junio y julio de 2013. Las palabras claves utilizadas fueron: elder abuse, elder maltreatment, elder neglect, elder institutional abuse, elder abuse and home nursing y sus respectivas traducciones al español en buscadores en este idioma. Del total de artículos y documentos encontrados, se seleccionaron 59, los cuales contienen información adecuada al objetivo de este trabajo. Con respecto a la extracción de información, se excluyeron los artículos en los que el título o su contenido no se corresponden con el objetivo establecido.

RESULTADOS

Cambios epidemiológicos

Nuestro país, al igual que los países desarrollados, está viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de su población. Esta situación se ha producido por el incremento en la expectativa de vida al nacer y la declinación en las tasas de fertilidad (Marín et al., 2005).

A los problemas de salud habituales para este grupo etario (enfermedades crónicas no transmisibles, polifarmacia, riesgo caídas, demencia), podemos agregar el maltrato, pues constituyen un

grupo muy vulnerable para sufrir diversos tipos de abuso, debido a su fragilidad y dependencia secundaria a la pérdida gradual de la funcionalidad (Martínez et al., 2005).

Las estadísticas en Chile dan cuenta de que una de cada diez personas pertenece al grupo Adulto Mayor, y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco. Se proyecta que para el 2015, los mayores de 75 años sean el 4% de la población. Con respecto al índice de Adultos Mayores, estos representan uno por cada dos menores de 15 años. Para el 2025, esta relación se espera que se eleve a 103 por cada cien menores de 15 años. Por otro lado, Chile aumentaría su Índice de Dependencia Demográfica (IDD) de 57,2 en el 2005 a 60,0 en el 2020. (INE, 2007).

El abuso de ancianos, es un problema que en gran parte del mundo ha pasado desapercibido, existiendo datos variables sobre la prevalencia y las características en las diferentes comunidades, pues se ven influenciadas por su situación étnica y cultural (Ghodousi et al., 2011). Además, la heterogeneidad en las estimaciones de prevalencia puede ser reflejo de las diferencias metodológicas entre los estudios (Lindert et al., 2011). Las prevalencias de maltrato de los adultos mayores a nivel internacional oscilan entre el 3,2 y el 27,5% en la población general (Fulmer et al., 2012). Con respecto a las cifras de maltrato en los adultos mayores en nuestro país, el número de denuncias por violencia intrafamiliar en Carabineros de Chile, durante el año 2010, correspondió a 395. Esto equivale al 1,2% del total de denuncias realizadas en Carabineros (31.954) (SENAMA, 2012). Sin embargo, es probable que estas cifras estén subestimando la realidad pues, como ha sido documentado, las víctimas a menudo no buscan ayuda y no denuncian porque se sienten avergon-

zados o intimidados por las situaciones abusivas. Además, tanto las víctimas como los abusadores generalmente niegan la existencia de maltrato (Paris et al., 1995). Según los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales (2008), mediante la entrevista a 1.325 adultos mayores, se estimó una prevalencia según tipo de maltrato de 18.96% para el caso de violencia psicológica leve, 4.21% para violencia psicológica grave, 3.59% para violencia física leve y 3.27% para violencia física grave (Ministerio del Interior, 2008).

Los adultos mayores se enfrentan cotidianamente a las dificultades en el acceso a la atención de salud, especialmente en lo que respecta a los seguros médicos. A esto se suman otros factores, como son los recursos económicos limitados con los que cuentan estas personas y la pluripatología que los aqueja. (Wallace, 2002). Existen además marcadas diferencias socioeconómicas respecto a la morbilidad y al acceso a la salud, que agravan el problema (Mardones, 2004). Por lo tanto, los ancianos son cada vez más vulnerables por diversos factores biopsicosociales (Kaushik, 2013).

Es necesario, por lo tanto, que el Sistema de Salud responda adecuadamente a esta situación demográfica, pues este grupo etario corresponde a la población que más recurrirá a los servicios de atención en salud. Es así, como los adultos mayores sometidos a algún acto de violencia necesitará de atención médica especial. (Cordero et al., 2010). Por otro lado, el envejecimiento poblacional impone el desafío de mejorar cualitativamente la salud de los gerontes, para así lograr una mayor calidad de vida (Griñán et al., 2012). Es por esto que el abordaje multidisciplinario es críticamente necesario, incluyendo no sólo a los profe-

sionales de la salud, sino que también a la policía, los servicios sociales, las organizaciones comunitarias y otros campos relevantes para trabajar sinérgicamente hacia las estrategias de prevención, detección y tratamiento eficaces para reducir el abuso de ancianos y los trastornos psicológicos y para mejorar la salud y el envejecimiento (Dong et al., 2013).

Tipos de Abuso

Físico

Se refiere al uso de fuerzas físicas no accidentales para coaccionar, siendo la forma más evidente de violencia. Genera daño en su integridad corporal, provocando lesiones, dolor y/o discapacidad, llegando en casos extremos a la muerte. (SENAMA, 2005). Incluyen golpes, forzar al anciano(a) a comer, colocarlo en posiciones incómodas, amarrarlo, provocarle quemaduras, producirle heridas, fracturas, entre otras conductas (Cordero et al., 2010). Hacen sospechar este tipo de abuso: presencia de lesiones cuyo mecanismo no es explicitado o no congruente, caídas frecuentes e inexplicables, múltiples visitas al servicio de urgencias, etc. (Yaffe y Tazkarji, 2012).

Psicológico

Corresponde a todas aquellas conductas que provoquen angustia mental en el anciano (Rodríguez et al., 2002), pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, y/o agreden la identidad, dignidad y respeto de la autonomía. Se asocia con una serie de síntomas emocionales negativos, principalmente ansiedad y depresión (Cisler et al., 2012). Estudios indican que las formas de abuso psicológico más frecuente son la mala contestación cuando preguntan, uso de palabras

groseras para responderle y la ofensa con gesto. En cuanto a los ejecutores, los ancianos son maltratados psicológicamente en mayor medida por sus hijos (Escalona et al., 2009). Existen señales de alarma que nos pueden hacer pensar que un adulto mayor ha sido víctima de este tipo de maltrato, dentro de ellas podemos considerar: confusión, pérdida de la orientación, paranoia, depresión, miedo a los extraños, miedo a su ambiente natural, miedo a los cuidadores, baja autoestima y ansiedad (SENAMA, 2012).

Financiero

Los adultos mayores son especialmente vulnerables al abuso económico mediante influencias indebidas (Bluma et al., 2013). Este tipo de abuso corresponde a la forma inapropiada o ilegal de usar los bienes de las personas ancianas. Incluye el abuso o la ocultación de recursos y bienes con o sin coerción, la intimidación o engaño para la utilización de las cuentas bancarias, dinero o tarjetas de crédito o de débito contra la voluntad del individuo o sin su conocimiento, firmas falsificadas, etcétera.

Abandono

Este tipo de agravio constituye el abandono de un adulto mayor por una persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o por parte de la persona que posee su custodia física (Lathrop, 2009).

Negligencia

Negativa o incumplimiento por parte de una persona para cumplir sus obligaciones o deberes con un anciano. Corresponde a la negativa a prestar la asistencia necesaria a las personas mayores, como es el acceso a los alimentos necesarios, ropa y atención médica (Mildenberger y Wessman,

1986). Podemos sospechar que el adulto mayor está sufriendo este tipo de abuso si encontramos elementos al examen físico como deshidratación, desnutrición, falta de higiene, necesidades físicas o médicas desatendidas, úlceras por presión extensas e impactación fecal (Gorbien y Eisenstein, 2005).

Abuso sexual

Cualquier comportamiento, acción (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, consumado o no, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento (de Francisco y Solano, 2012). Dolor, prurito o sangrado genitoanal; enfermedades de transmisión sexual; ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada, podrían hacernos pensar que el adulto mayor ha sido víctima de abusos sexuales (Gorbien y Eisenstein, 2005).

Factores de Riesgo

Con el concepto de Factores de Riesgo nos referimos a todas aquellas situaciones que predicen morbimortalidad futura (de Almeida et al., 2009). Por lo tanto, corresponden a todas las conductas, estilos de vida, características del medio ambiente y del entorno social, características personales y relacionales que aumentan las probabilidades de que ocurra maltrato hacia el adulto mayor.

Para lograr una detección a tiempo, no sólo debemos disponer de una definición estandarizada sobre el tema, sino que también debemos ser capaces de reconocer si existen características que pueden aumentar la probabilidad del maltrato (Pérez-Rojo et al., 2008). Dentro de estos elementos de riesgo podemos incluir factores indivi-

duales, familiares, sociales y culturales (Giraldo, 2010). Sin embargo, a pesar que la identificación de factores de riesgo por parte de los profesionales de salud es fundamental, la evidencia sugiere que existe una baja detección y una baja respuesta frente a situaciones de abuso (Johannesen y LoGiudic, 2013).

Los factores de riesgo incluyen antecedentes de patología psiquiátrica; antecedentes de abuso de drogas y/o alcoholismo en la víctima, miembro de la familia o acompañante; paciente y familiar o acompañante viviendo juntos; historia familiar de violencia; y eventos estresantes recientes (Marshall et al., 2000). Uno de los factores de riesgo más importantes a considerar corresponde al estrés asociado a la dinámica del cuidado, aumentando la prevalencia de maltrato tanto en contextos familiares como institucionales (Luzny y Jurickova, 2012). Otros factores que pueden ser mencionados son: dependencia del abusador sobre la víctima, el aislamiento social del anciano y el deterioro físico/cognitivo del anciano. (Campillo, 2002). También se ha descrito que las mujeres sufren más maltrato tanto físico, psicológico como financiero respecto de los varones (San Ramón y Arévalo, 2006). Estos y otros factores de riesgo se encuentran en la Tabla 1.

Respecto del Adulto Mayor	Respecto del cuidador
Edad avanzada	Estrés y sobrecarga secundario al cuidado
Antecedente de patología psiquiátrica	Presencia de patología psiquiátrica
Antecedente de consumo de drogas y/o alcohol	Consumo de alcohol y/o drogas
Deterioro cognitivo y físico	Falta de redes de apoyo sociales
Dependencia física y conductual	Desgaste físico
Aislamiento social	Pluripatología somática

Tabla 1. Factores de Riesgo de Maltrato

En cuanto a los factores de riesgo situacionales, es importante mencionar la presencia de cambios inesperados en el estilo de vida y en las aspiraciones o expectativas sociales, personales y laborales del cuidador, cuidadores con otras obligaciones y responsabilidades, ya sean paterno-filiales, conyugales, laborales y/o domésticas), pobre nivel de relaciones entre cuidador y anciano y, por cierto, dedicación exclusiva por parte del cuidador al adulto mayor (Caballero y Remolar, 2000).

Maltrato institucional

Los cambios demográficos, sociales y culturales ocurridos en las últimas décadas, han generado un negativo concepto de los adultos mayores como una carga o una molestia que soportar,

como personas pasivas e improductivas, por lo que se ha delegado el cuidado de estas personas a instituciones dedicadas a esto (Adams, 2012). O sea, a medida que la red familiar se va debilitando, el riesgo de institucionalización aumenta de modo considerable (Caballero y Remolar, 2000).

A modo de definición, el maltrato institucional se refiere a cualquier forma de abuso que ocurra en los servicios dirigidos al cuidado de adultos mayores, donde quienes cometen el abuso son personas que tienen una obligación legal o contractual de proveer cuidado y protección (SENAMA, 2007). El maltrato puede presentarse en distintas modalidades de institucionalización, ya sea en servicios domiciliarios de enfermería, servicios de asistencia continua en el hogar y residencias

de larga estadía (Rubio, 2012). Un estudio sobre maltrato en pacientes institucionalizados encontró un 29% de prevalencia, siendo las formas más frecuentes el abuso verbal (11,5%) y emocional (10,9%) (Page et al., 2009). Se ha descrito que las actitudes hostiles y negativas dirigidas hacia los adultos mayores institucionalizados pueden hacerse más evidentes en los servicios asistenciales de larga estadía, debido a la mayor concentración de personas en un solo lugar (González et al., 2004). Uno de cada seis cuidadores profesionales reportan haber cometido actos abusivos, pero más del 80% dicen haberlos observado (Cooper et al., 2008).

A pesar de que la institucionalización se encuentra regulada en Chile por el Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) del Ministerio de Salud (2005), éste no trata el tema del maltrato a los usuarios, por lo que en nuestro país no existe un sistema de prevención ni un marco legal que lo regule (Adams, 2012).

Para Kayser-Jones (1990), las principales categorías o formas de maltrato que se cometen sobre el anciano institucionalizado son la infantilización en el trato, la despersonalización en la provisión de servicios, la deshumanización, la deprivación de la intimidad y la victimización. Por otra parte, es frecuente la utilización innecesaria de contención física ya sea para reducir las caídas, evitar vicios posturales o prevenir lesiones, limitando la libertad del anciano (Rueda, 2011).

Para prevenir la ocurrencia de este tipo de abusos, las personas que trabajan con personas mayores necesitan adquirir más habilidades y conocimientos en el manejo de adultos vulnerables (Richardson et al., 2002), por lo que puede ser un importante nicho a intervenir.

Abordaje

El abordaje del maltrato a las personas mayores exige actuaciones tanto a nivel de prevención primaria como prevención secundaria. A nivel de prevención primaria, es de suma importancia generar conocimiento e informar a la sociedad sobre el rol de las personas mayores, derribando los mitos respecto de los mismos. Se debe crear conciencia para mejorar la imagen social de los mayores y crear conciencia de la existencia del maltrato, además de potenciar las relaciones intergeneracionales. También, la educación debe realizarse sobre las personas mayores y sus familiares, apoyando en estos últimos su rol de cuidadores cuando así ocurra (Espinosa, 2009).

El interés sobre la detección apropiada de maltrato sobre adultos mayores ha ido en aumento, y varios instrumentos de medición han sido propuestos (Tabla 2) (Reichenheim et al., 2009). En la actualidad, no existen normas absolutas sobre cómo los médicos deben preguntar a sus pacientes ancianos sobre posibles abusos (Montes y Reichenheim, 2006). Además, existen diferentes herramientas de detección y divergencia respecto de quién debe realizar el screening y qué hacer si se identifica una situación de abuso. Por otro lado, muchos adultos mayores pueden no tener las habilidades físicas o mentales suficientes para participar de los instrumentos de detección precoz de maltrato (Moyer, 2013).

Preguntas directas
H-S/EAST
VASS
EASI
CASE
Signos clínicos de abuso
EAI
Indicadores de riesgo para maltrato
Bass et al
Neale et al
IOA
E-IOA

Adaptada de Cohen, 2011.

La American Medical Association sugiere incluir de rutina en la entrevista las siguientes preguntas para la detección sistemática de violencia doméstica:

- ¿Alguien le ha hecho daño en casa?
- ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?
- ¿Le han amenazado?
- ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?
- ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo?

Tabla 2. Instrumentos de Screening de Maltrato de los Adultos Mayores

Sumado a lo anterior, la Canadian Task Force sugiere añadir otras cuatro preguntas:

- ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
- ¿Alguien le ha obligado a hacer cosas en contra de su voluntad?
- ¿Alguien toma cosas que le pertenecen sin su permiso?
- ¿Está solo a menudo?

Respecto del examen físico, éste debe ser completo y acucioso, poniendo especial énfasis en el examen locomotor, genitourinario, neurológico y pruebas cognitivas, además de la evaluación del estado funcional. Las pistas que no pueden ser explicados médicamente puede ser señal de maltrato. (Marshall et al., 2000).

De este modo, una buena historia clínica que integre no sólo los aspectos médicos, sino que también los sociales, psicológico y culturales, nos permitirá lograr una mejor comprensión de la integralidad del paciente. Así, junto al examen físico, pueden darnos luces para detectar a tiempo el maltrato hacia los ancianos y generar intervenciones efectivas sobre el individuo y su familia o cuidadores.

DISCUSIÓN

Las causas que precipitan estas conductas de maltrato son múltiples, se debe tener en cuenta que existen relaciones mutuamente abusivas que pueden arrastrarse por años.

Ante la existencia de diferentes tipos de maltrato en personas mayores y de la gran variedad de patologías que esto puede desencadenar, se hace imperativo establecer medidas de prevención primaria, realizando educación masiva a la población y dando consejos prácticos para los cuidadores, así como empleando métodos estandarizados de detección precoz, para procurar la integridad y la calidad de vida de las personas de este grupo etario, y cuando se logra identificar maltrato, intervenir oportunamente para disminuir los efectos deletéreos.

Lamentablemente, no siempre el afectado refiere espontáneamente los hechos, lo que nos obliga a desarrollar un alto índice de sospecha. No siem-

pre es el médico el que tiene mayor contacto con el paciente, por lo que se hace necesario que todo el equipo de salud esté involucrado en la evaluación. (Lachs y Pillemer 1995) (Marín y Castro 2002)

CONCLUSIÓN

En Chile y el mundo está ocurriendo un progresivo envejecimiento de la población, provocando inmensos cambios sociales y demográficos. Por esta razón, se hace muy necesario generar modificaciones culturales, legales y sociales que permitan satisfacer las necesidades de los adultos mayores. En este contexto, el maltrato ha sido un fenómeno que poco a poco se ha ido visibilizando como un problema no sólo social, sino que también a nivel de salud pública.

A pesar de las dificultades existentes para el estudio de este problema, es necesario unificar criterios y generar un mayor número de investigaciones y publicaciones, con la finalidad de tener una visión más integral del maltrato en los adultos mayores.

REFERENCIAS

1. Giraldo L. Maltrato de personas mayores. *Rev El Residente*. 2010; 5[2] 85-91
2. Reay AM, Browne KD. The effectiveness of Psychological Interventions with Individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence*. 2002; 17[4], 416-431.
3. Von Heydrich L, Schiamburg L, Chee G. Social-Relational Risk Factors for Predicting Elder Physical Abuse: An Ecological Bi-Focal Model. *Int'l. J. Aging and Human Development*. 2012; 75[1] 71-94.
4. Álvarez L, Ponce E, Landgrave S, Irigoyen A, Buendía I. Maltrato, abandono y negligencia en ancianos en una clínica de Medicina Familiar y un Hospital General de la Ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*. 2009; 11[4] 159-165.
5. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *GacSanit*. 2007; 21[3]:235-41.
6. Dong X, Simon M. Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. *JAMA InternMed*. 2013; 173[10]:911-7.
7. Zúñiga T, Sosa AL, Vilatela A, Acosta I, Casas M. Dependencia y maltrato en el anciano con demencia. *Persona y Bioética*. 2010; 14[1] 56-66.
8. Morillas D. [2007] Víctimas especialmente vulnerables y mujer maltratada. En III Encuentro Internacional: Escuela de Verano de La Habana sobre temas penales contemporáneos y VII Congreso Internacional de la Sociedad Cubana de Ciencias Penales, La Habana. Cuba.
9. OMS, Universidad de Toronto, Universidad Ryerson, INPEA. [2003]. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Ontario, Toronto, Canadá.
10. Mora T. Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, Gobierno de Chile. [2012]. Integridad y Malos Tratos de las Personas Mayores; en: Foro Internacional sobre los derechos humanos de las Personas Mayores. Ciudad de México, México.
11. Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, Gobierno de Chile. [2005]. Mesa de Trabajo sobre Maltrato al Adulto Mayor. Definición y Tipificación del Maltrato al Adulto Mayor en Chile. http://www.institutodeenvejecimiento.cl/upload_img/Definicion_y_Tipificacion_del_Maltrato_al_Adulto_Mayor_2005.pdf. Visitado: 20 de julio de 2013.
12. Gaioli C, Partezani R. Ocurrencia de maltratos a los ancianos en el domicilio. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16[3].
13. Pérez-Nájera C. Análisis del fenómeno de la violencia contra los ancianos. *Rev. crim*. 2010; 52[2]: 55-75.
14. Marín PP, Villalobos A, Carrasco M., Kalache A. Resultados generales del Proyecto INTRA-OMS en Chile. *RevMéd Chile*. 2005; 133: 331-337.
15. Martínez C., Pérez V., Cardona Y., Inclán L. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21[1-2].
16. Instituto Nacional de Estadísticas, INE, Gobierno de Chile. [2007]. Enfoque estadístico: Adulto Mayor en Chile. 2007. http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf. Visitado: 20 julio de 2013.
17. Ghodousi A, Maghsoodloo S, Sadat Hoseini S. Forensic aspect of elder abuse: risk factors and characteristics. *J Res MedSci*. 2011; 16[12]: 1598-1604.
18. Lindert J., Luna J., Torres-Gonzalez F., Barros H., Ioannidi-Kapolou E., Quattrini S., Stankunas M., Soares J. Study design, sampling and assessment methods of the European study 'abuse of the elderly in the European region'. *EuropeanJournal of PublicHealth*, 2011. 22[5]: 662-666.
19. Fulmer T, Strauss S, Russell S, Singh G, Blankenship J, Vemula R, Cáceres B, Valenti M, Sutin D. Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics. *Gerodontology* 2012; 29: 96-105.
20. Paris BE, Meier DE, Goldstein T, Weiss M, Fein ED. Elder abuse and neglect: how to recognize warning signs and intervene. *Geriatrics*. 1995; 50[4]:47-51.
21. Ministerio del Interior, Gobierno de Chile, y Escuela de Sociología de la Universidad Católica de Chile [2008]. Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales. http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMTg1ODY10Q==Encuesta_Nacional_de_Victimización_por_Violencia_Intrafamiliar_y_Delitos_sexuales_2008. Visitado: 23 de julio de 2013.
22. Wallace S. Equidad en la atención médica del adulto mayor en Chile: papel de la previsión. *Revista de la CEPAL* 2002; 78: 125-38.
23. Kaushik A. Developing Vulnerability Scale For The Elderly. *Indian Journal of Gerontology*. 2013; 27, [2]:333-353.
24. Cordero J, García S, Rodríguez I, Santana D, Fragoso O, Fernández O. Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. 2010; 8[4].
25. Griñán I., Cremé E., Matos C. Maltrato intrafamiliar en adultos mayores de un área de salud. *MEDISAN* 2012; 16[8]:1242.
26. Dong X, Chen R, Chang E, Simon M. Elder Abuse and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Implications for Research and Policy - A Mini Review. *Age and Ageing*. 2013; 42: 292-298.
27. Yaffe M, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician*. 2012; 58:1336-40.
28. Rodríguez E, Álvarez A, Garrido R, Roque R. Maltrato a los ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja. *Rev Cubana Enfermer*. 2002; 18[3]:144-53.
29. Cisler J, Bingle A, Amstader A, Acierno R. Mistreatment and Self-Reported Emotional Symptoms: Results From the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 2012; 24:216-230.
30. Escalona J, Rodríguez R, Pérez R. La violencia psicológica al anciano en la familia. *Psicol. Am. Lat*. 2009; 18: 0-0
31. Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. 2012. Cómo prevenir y enfrentar el maltrato al adulto mayor. <http://www.senama.cl/filesapp/Cartilla%20SENAMA.pdf>. Visitado: 21 julio de 2013.
32. Bluma B, Gómez-Durán E, Richards D. Abuso financiero e influencia indebida de las personas de avanzada edad. *Rev Esp Med Legal*. 2013; 39[2]: 63-69.
33. Lathrop F. Protección jurídica de los Adultos Mayores en Chile. *Rev. chil. Derecho*. 2009; 36[1].

34. Mildenberger C, Wessman H. Members: A Special Communication Abuse and Neglect of Elderly Persons by Family. *Phys Ther.* 1986; 66:537-539.
35. Gorbien M., Eisenstein A. Elder Abuse and Neglect: An Overview. *Clin Geriatr Med.* 2005; 21:279-292.
36. de Francisco ML, Solano M. Valoración médico forense del maltrato intrafamiliar a ancianos en la subdirección de Bizkaia del Instituto Vasco de Medicina Legal durante el trienio 2009-2011. *Cuad Med Forense.* 2012;18[3-4]:119-126.
37. de Almeida N, Castiel L, Ayres JR. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva.* 2009; 5[3]:323-344.
38. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Nuevo. R. Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Journal of Clinical and Health Psychology [en línea]*, 8.
39. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *AgeAgeing.* 2013;42[3]:292-8.
40. Marshall CE, Benton D, Brazier JM. Elder abuse. Using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics.* 2000;55[2]:42-4, 47-50, 53.
41. Luzny J, Jurickova L. Prevalence of Elder Abuse and Neglect in Seniors with Psychiatric Morbidity - Example from Central Moravia, Czech Republic. *Iranian J PublHealth.* 2012; 41[8]: 27-32.
42. Campillo R. Violencia con el anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2002; 18 [4].
43. San Ramón M, Arévalo B. Indicios y síntomas de violencia contra los ancianos. *JANO.* 2006; 1.622: 6-12.
44. Adams Y. Maltrato en el Adulto Mayor Institucionalizado. Realidad e Invisibilidad. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2012; 23[1] 84-90.
45. Caballero J, Remolar M. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Rev MultGerontol.* 2000; 10[3]:177-188.
46. Rubio M. Maltrato institucional a adultos mayores. *Gerokomos.* 2012; 23 [4]: 169-171.
47. Page C, Conner T, Prokhorov A, Fan Y, Post L. The effect of care setting on elder abuse: results from a Michigan Survey. *J Elder Abuse Negl.* 2009; 21: 239-52.
48. González M, Buján I, López G, Longa I, Cacho L. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2004. 20[1].
49. Cooper C, Selwood A, Livingstone G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing* 2008; 37: 151-160
50. Kayser-Jones. Gerontological Social Services. Theory and practice. In Monk, A. [ed]. *Handbook of Gerontological Services.* Columbia University Press. New York 1990.
51. Rueda D, Martín J. El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. 2011; 18: 7-33.
52. Richardson B, Kitchen G, Livingstone G. The effect of education on knowledge and management of elder abuse: a randomized controlled trial. *Age and Ageing.* 2002; 31: 335-341.
53. Espinosa C. ¿Asisto a un anciano maltratado?. *El Peú.* 2009; 29[3]:160-167.
54. Reichenheim M, Paixao C, Moraes C. Reassessing the construct validity of a Brazilian version of the instrument Caregiver Abuse Screen [CASE] used to identify risk of domestic violence against the elderly. *J Epidemiol Community Health.* 2009; 63:878-883.
55. Montes C, Reichenheim M. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22[6]:1137-1149.
56. Cohen M. Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *JCOM.* 2011; 18[6]: 261-270.
57. Moyer V. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2013. 158[6]:478-86.
58. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *NEJM.* 1995; 332: 437-442.
59. Marín P, Castro S. Manual de Geriátría y Gerontología. Ediciones Universidad Católica. 2002. 247-253.

