

Malos tratos y enfermedad de Alzheimer

Salvador Altimir Losada

Coordinador de la Unidad de Geriátrica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona.

Resumen

Los malos tratos constituyen un problema grave en la población anciana y dependiente. Aunque no se dispone de cifras fiables, se estima que hasta el 15% de las personas ancianas podrían sufrirlos.

Las propias circunstancias de la enfermedad de Alzheimer, que supone la degradación física y psicológica del enfermo, conforman una situación de especial riesgo, a la que no es inmune el cuidador sometido a sobrecarga.

Es necesario identificar las situaciones de riesgo y los signos que pueden suponer una alarma. Sólo el interrogatorio y la exploración sistemáticos garantizarán la identificación de los casos.

En ocasiones será difícil discernir entre la existencia de malos tratos, que serían tipificables como delito, y el cuidado inadecuado.

La prevención es el mecanismo más útil para disminuir la incidencia del maltrato en los pacientes con enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

(Alzheimer. Real Invest Demenc. 2009;43:26-31)

Palabras clave: enfermedad de Alzheimer, envejecimiento, malos tratos.

Abstract

Maltreatment (or Elder Abuse) is a serious problem among the elderly and dependent population. Although totally reliable data are not available, it is estimated that up to 15% of elderly people could be suffering from maltreatment.

The particular circumstances of Alzheimer's disease, with physical and psychological deterioration of the patient, constitute a special risk situation, in which the overstressed carer is not immune.

It is necessary to identify the risk situations and signals that could act as a warning. Only systematic questioning and examination can guarantee the identification of cases.

It will sometimes be difficult to differentiate between the existence of maltreatment or elder abuse, which would be considered a crime, and inadequate care.

Prevention is the most useful mechanism for reducing the incidence of maltreatment of patients with Alzheimer's disease or other dementias.

(Alzheimer. Real Invest Demenc. 2009;43:26-31)

Keywords: Alzheimer, ageing, elder abuse, maltreatment.

Los malos tratos, la negligencia y el abandono de los ancianos son un problema social de primer orden en los países desarrollados. Entidades como la Organización Mundial de la Salud o la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores

(INPEA) estiman que el maltrato afecta al 3-5% de los ancianos que residen en su domicilio y al 10-15% de los mayores de 60 años que viven en instituciones. Los malos tratos se dan en el 75% de las ocasiones en el ámbito de la familia, y en el 25%, en instituciones (debido, se entiende, al menor número de ancianos institucionalizados), y los agresores en el ámbito familiar son, en el 60-70% de los casos, hijos —mayoritariamente— o cónyuges de las víctimas. En cuanto a los diferentes tipos de maltrato, se consideran más fre-

Recibido para su publicación: 19 de enero de 2009.
Aceptado para su publicación: 4 de marzo de 2009.
Correspondencia: S. Altimir Losada.
E-mail: saltimir@mac.com

cuentas la negligencia, el abandono y el maltrato psicológico (que suman más del 70% de los casos). Además, se estima que más del 30% de las personas afectadas sufren dos o más tipos diferentes de maltrato. Para España, donde más de 7 millones de personas superan los 65 años, una extrapolación de los porcentajes derivados de la bibliografía internacional arroja un saldo de 350.000 personas mayores en situación de maltrato¹.

El hecho de sufrir algún tipo de deterioro cognitivo se asocia a un mayor riesgo de ser víctima de malos tratos. Según datos del National Center on Elder Abuse² de Estados Unidos, más del 60% de los casos identificados en personas de edad avanzada se produce en el contexto de un posible proceso demencial.

Actualmente se dispone de poca información en la bibliografía concerniente al perfil clínico del maltratado. En un estudio de Dyer et al.³ se constató la prevalencia de depresión y demencia en un grupo de ancianos maltratados en comparación con otro grupo de ancianos que no habían sufrido malos tratos. El trabajo reveló una mayor prevalencia de depresión (62% frente a 12%) y de demencia (51% frente a 30%) en las víctimas de maltrato.

Las personas que sufren enfermedad de Alzheimer reúnen una serie de características que aumentan el riesgo de ser maltratadas, tanto en un contexto comunitario como en instituciones. El propio deterioro cognitivo puede ser un elemento favorecedor de la ruptura de los vínculos afectivos con los cuidadores. Por otro lado, las dificultades de expresión oral del enfermo no favorecen que éste pueda manifestar con claridad lo que percibe en relación con los cuidados que recibe.

Los enfermos de Alzheimer presentan, en relación al grado de progresión de su enfermedad, diferentes niveles de dependencia. Éste es un factor de riesgo que aparece en todos los estudios de maltrato.

Por su parte, los cuidadores pueden presentar sobrecarga física, emocional y/o económica, lo cual los convierte en personas susceptibles de convertirse en maltratadores.

Por último, muchas personas afectas de enfermedad de Alzheimer presentan trastornos conductuales que incidirán en la relación enfermo-cuidador y favorece-

rán la aparición de actitudes hostiles o negligentes por parte de éste.

Existen diferentes signos que deben evaluarse para establecer una sospecha de posibles malos tratos⁴:

- Presencia de lesiones no suficientemente explicadas en distintos grados de evolución.
- Observación de que se ha producido una demora entre la producción de una lesión o enfermedad y la solicitud de atención médica.
- Visitas frecuentes a urgencias por exacerbaciones de enfermedades crónicas o lesiones a pesar de que tanto la prescripción médica como los recursos sanitarios son adecuados.
- Dejadez o higiene insuficiente en pacientes dependientes con recursos sociofamiliares adecuados y suficientes personas asignadas a su cuidado.
- Disparidad de relatos entre distintos cuidadores o entre éstos y el paciente.
- Actitud negativa de los cuidadores hacia la hospitalización del anciano o la supervisión de los cuidados.

Un grupo español de trabajo convocado por el Imsero⁴ propone usar la metodología de la valoración geriátrica integral para la detección de posibles situaciones de malos tratos. Dicho grupo divide el abordaje en cuatro áreas que, por su claridad e interés, merece ser reproducido (apéndice 1).

En definitiva se recomienda establecer una metodología de interrogación y exploración que sea capaz de identificar las situaciones de riesgo para garantizar la detección precoz de unos posibles malos tratos y permitir que emerjan las situaciones ocultas.

La especial y gravosa responsabilidad que supone cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer puede conducir a una serie de trastornos en el cuidador.

El psicólogo Ángel Moreno⁵ resume cuáles son los problemas que pueden observarse en los cuidadores de enfermos de Alzheimer:

- En el ámbito físico: mala salud, especialmente cuando el cuidador es de edad avanzada, agotamiento, trastornos del sueño, cefaleas.

- En el ámbito psicológico: autovaloración negativa, apatía, ansiedad, irritabilidad, depresión, suspicacia, hostilidad y sentimientos de culpa.
- En el área conductual: alteración de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, absentismo laboral y conducta violenta.
- En el área social: aislamiento, relaciones interpersonales distantes, conflicto familiar, deterioro social y familiar.

Todas estas circunstancias favorecen claramente que un cuidador pueda convertirse en un maltratador.

Lamentablemente, no existen en la bibliografía suficientes trabajos para la situación concreta que pueden sufrir las personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias. La experiencia personal indica que es difícil que la propia persona afectada pueda referir que está siendo víctima de maltrato físico, emocional o económico.

Incluso, en ocasiones pueden aparecer signos físicos que son «falsos positivos». Es el caso frecuente de los hematomas en los antebrazos de personas que precisan soporte para la deambulación y que reciben tratamiento con fármacos antiagregantes: la propia presión necesaria que debe realizar el cuidador puede ocasionar esas lesiones.

La contención física está regulada en las instituciones, pero eso no significa que siempre sea una indicación adecuada. Es el caso del enfermo deambulator que se mantiene sujeto a una silla.

Las dificultades inherentes a la demencia para que el paciente gestione sus propios cuidados favorecen las omisiones y negligencias por parte de sus cuidadores.

En el ámbito institucional, fundamentalmente en las residencias de ancianos, hay una serie de signos que pueden alertar sobre posibles situaciones de maltrato, abuso o negligencia:

- Deshidratación, malnutrición, úlceras por presión.
- Cortes, magulladuras, hematomas.
- Sobremedicación o inframedicación.
- Pérdida o ganancia rápida de peso.
- Fracturas.
- Malas condiciones higiénicas.

- Infecciones frecuentes.
- Muerte no explicada.

Existe una frágil frontera entre lo que debe considerarse maltrato verdadero y lo que serían actuaciones de cuidado inadecuadas.

En pacientes con demencia, especialmente en los estadios avanzados de la enfermedad, puede ser difícil conseguir el equilibrio entre el tratamiento subóptimo de un problema médico y el encarnizamiento terapéutico.

En ocasiones, el uso de contención física o farmacológica puede estar condicionado más por las necesidades del entorno y de los cuidadores que por las propias del enfermo.

Por otro lado, la difícil evaluación de la competencia para la toma de decisiones de las personas con enfermedad de Alzheimer puede conllevar un presupuesto de incompetencia que podría favorecer tratamientos y actitudes que tal vez no se correspondan con las que el enfermo habría manifestado si su voluntad estuviera intacta.

La organización de los cuidados en forma de rotaciones domiciliarias a los que se ven sometidos un número considerable de pacientes podría considerarse inadecuada.

Por último, una circunstancia específica la constituye el abandono. Se entiende como abandono toda situación en la que un anciano es incapaz de satisfacer sus necesidades básicas y existe una expectativa de que otros se hagan cargo de satisfacer esas necesidades, y no lo hacen.

Lamentablemente, no se dispone de datos en España sobre el número de enfermos de Alzheimer que se ven sometidos a una forma u otra de malos tratos. La obligación de los profesionales es permanecer alerta ante el problema e intervenir cuando sea necesario.

La prevención es, posiblemente, la estrategia más adecuada y eficaz frente a las situaciones de malos tratos. Debe pasar por la necesaria aceptación social de las personas que sufren una demencia y la consolidación cultural de la relación enfermo-cuidador. La identificación de los factores de riesgo mencionados podrá

evitar la aparición de nuevos casos, y la intervención precoz sobre los casos identificados puede frenar el empeoramiento de la situación o su consolidación.

Bibliografía

1. Bazo Royo MT, Montesino Sánchez S. El maltrato a personas mayores dependientes. San Sebastián: Gizarte; 2008.
2. Teaser PB, Dugar TD, Mendiondo MS, Abner EL, Cecil EK, Otto JM. The 2004 survey of state adult protective services: abuse of adults 60 years of age and older. [Monografía en Internet]. Boulder: National Adult Protective Services Association (NAPSA). 2006. Disponible en: <http://www.apsnetwork.org/Resources/docs/AbuseAdults60.pdf>
3. Dyer CB, Pavlik VN, Murphy KP, Hyman DJ. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(2):205-8.
4. Moya A, Barbero J. Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Imsero; 2005.
5. Moreno Toledo Á. Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar. [Monografía en Internet]. Revista electrónica *PsicologíaCientífica.com*; 2008. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-379-1-repercusion-de-la-enfermedad-de-alzheimer-en-el-nucleo-familiar.html>
6. Moya A, Barbero J. Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Imsero; 2005.

Apéndice 1

Valoración física

- Grado de dependencia: ¿Necesita ayuda para realizar la mayor parte de las actividades básicas de la vida diaria? como vestirse, afeitarse, desplazarse, alimentarse, ir al baño, etc.
- Edad: ¿Tiene más de 75 años? A más edad, mayor riesgo de dependencia.
- Sueño: ¿Se levanta y deambula por la noche de forma incontrolada? ¿Altera el sueño del resto de la familia?
- Dolor: ¿Sufre algún tipo de dolor crónico que no esté siendo tratado de forma adecuada? ¿Puede generar la expresión de ese dolor respuestas inadecuadas en el cuidador?
- Alojamiento: ¿Se le ha asignado una habitación apartada, de la que casi no sale? ¿La habitación tiene condiciones adecuadas de luz, ventilación, etc.?
- Aseo: ¿Aparece mal aseado, con mal olor? ¿Su ropa está en condiciones higiénicas insuficientes o demasiado vieja?
- Alimentación: ¿Come bien? ¿Pierde peso?
- Caídas: ¿El domicilio está preparado para prevenir las caídas?

Valoración psicológica

- Soledad: ¿Pasa muchas horas solo al día? ¿Tiene horarios diferentes al resto de los convivientes para comer, afeitarse, dormir?
- Comunicación: ¿Es incapaz de comunicar sus emociones, deseos, sentimientos? ¿Se muestra inhibido? Cuando se le pregunta algo, ¿tiende a mirar a su cuidador antes de responder, para observar la reacción de éste, como «pidiendo permiso» para contestar?

- Deterioro cognitivo: ¿Tiene algún tipo de demencia, pérdida de interés, enfermedad mental progresiva, falta de memoria, conversación incoherente, desorientación temporoespacial, falta de reconocimiento de los que viven a su lado?
- Estado de ánimo: ¿Aparece asustado, desconfiado, tímido, con miedo? ¿Llora con facilidad, cambia de humor de forma inexplicable? ¿Está deprimido?
- Agresividad: ¿Tiene reacciones con violencia verbal? ¿Insulta o hace reproches a la persona cuidadora sin justificación aparente?
- Intimidad: ¿Se respeta su intimidad (sus cartas, su desnudez cuando se asea, etc.)?
- Anulación de su personalidad: ¿Se le permite realizar pequeñas tareas para las que sí está capacitado? ¿Se le suplanta sistemáticamente en todo? ¿Se le permite practicar un culto o sus creencias religiosas?
- Autopercepción: ¿Dice que se siente maltratado? ¿Expresa disgusto cuando se refiere a la convivencia con la familia, o deseos de irse a otro sitio?

Valoración de signos financieros

- Protagonismo en los asuntos económicos: ¿Necesita ayuda para hacer una compra o vender parte del patrimonio, controlar las cuentas bancarias, etc.? ¿Se le permite disponer de su dinero y hacer gastos con libertad? ¿Ha delegado en otra persona la administración de estos asuntos?
- Condiciones de alojamiento: ¿Vive en la casa de algún miembro de la familia sin hacer ninguna contribución económica?
- Expresión: ¿Dice que le falta dinero?

Valoración del potencial responsable de malos tratos

- Fecha de inicio del rol de cuidador: ¿El cuidador cumple esta función desde hace más de dos años?
 - Capacitación: La persona que cuida ¿está capacitada para hacerlo?
¿Tiene los conocimientos, habilidades y actitudes precisas para realizar una tarea de cuidado efectiva?
 - Tarea compartida: ¿Es el principal o único cuidador? ¿Es relevado periódicamente en su tarea de cuidador principal?
 - Afectación de la vida personal: ¿Ha debido renunciar a un trabajo, vacaciones, aficiones personales, etc., para hacerse cargo de la persona anciana? ¿Tiene dificultad para encontrar tiempo para sí mismo? ¿Está aislado, sin relaciones sociales, absorbido por la responsabilidad de cuidar?
 - Afectación física y psicológica del cuidador: ¿Presenta síntomas de cansancio en el ejercicio de esta tarea? ¿Tiene sentimientos de desesperación, de «ya no puedo más», llora o se irrita con facilidad cuando se habla de la labor que realiza como cuidador?
- ¿Tiene problemas de salud y siente que no puede cuidarse adecuadamente por estar atendiendo a una persona anciana? ¿Sufre dolores crónicos que no tienen etiología de base orgánica?
 - Impacto económico: ¿Realiza de forma gratuita esta función?
¿Recibe algún tipo de ayuda económica u otro tipo de soporte de forma oficial? ¿Tiene dificultades económicas? ¿Se siente «bien pagado»?
 - Relación con la persona anciana: ¿La relación que mantiene el cuidador con la persona anciana está desprovista de comunicación, entendimiento, comprensión? ¿Recibe de la persona anciana signos de agradecimiento, respuesta, interacción? ¿La persona anciana acostumbra a responder cuando se le hacen preguntas?
 - Relación con los servicios de apoyo: ¿Se niega a permitir que los servicios sociales o sanitarios entren en su domicilio? ¿Dificulta su intervención?
 - Situación personal: ¿Tiene problemas de adicción a sustancias tóxicas? ¿Tiene antecedentes de problemas relacionados con la salud mental? ¿Está en trámites de separación, en paro u otro problema personal de cierta envergadura?

Tomado de: Moya y Barbero⁶.