

## Evidencias neuropsicológicas y cognitivas del maltrato en el adulto mayor

### Neuropsychological and cognitive evidence of abuse in older adults

**Jimena S. Covarrubias Segura** [jim.cov.9@gmail.com](mailto:jim.cov.9@gmail.com) Universidad Nacional Autónoma de México  
**Diana A. Delgado Anguiano** [dian.aledelang@gmail.com](mailto:dian.aledelang@gmail.com) Universidad Nacional Autónoma de México  
**Esaú J. López Oropeza** [esauoropezapsic@gmail.com](mailto:esauoropezapsic@gmail.com) Universidad Nacional Autónoma de México  
**Héctor Reséndiz Fuentevilla** [hector30@gmail.com](mailto:hector30@gmail.com) Universidad Nacional Autónoma de México  
**Gabriela Orozco Calderón** [gabrielaorocal@gmail.com](mailto:gabrielaorocal@gmail.com) Universidad Nacional Autónoma de México

**Resumen:** Se revisaron las evidencias del maltrato en el adulto mayor, con un enfoque dirigido a mostrar las consecuencias y los efectos neuropsicológicos que el maltrato y la violencia pueden tener en estos dos grupos etarios. Es posible utilizar y guiar el actuar de los profesionales de la salud mediante las definiciones de organismos internacionales y nacionales que tengan competencia dentro del marco geográfico y político de actuación. Es indispensable prevenir el maltrato con asesoramiento tanto al personal de salud, como a los cuidadores y familiares.

**Palabras clave:** ancianidad; violencia, déficit neuropsicológico, alteraciones psicológicas, vejez

**Abstract:** This study is a review of the evidence of abuse in adults and older adults, with an approach aimed at showing the consequences and neuropsychological effects that abuse and violence can have in these two age groups. A bibliographic review was carried out for explaining the topic. It is possible to use and guide the actions of health professionals through the definitions of international and national organizations that have jurisdiction within the geographical and political framework of action. It is essential to prevent abuse with advice to both health personnel, caregivers and family members.

**Keywords:** old age; violence, abuse, neuropsychological deficit, psychological alterations, old ageen

## Introducción

El maltrato a personas adultas mayores en muchas ocasiones se encuentra invisibilizado, en muchas ocasiones las víctimas viven calladas por miedo a lo que pueda pasar con ellas después de una denuncia o porque viven con alguna discapacidad que les imposibilita reportar dichos actos en contra de su integridad. Estos actos de abuso y maltrato ejercidos hacia las personas mayores tienen severas consecuencias en su integridad y calidad de vida, pueden ocasionar morbilidad física y mental, sentimientos de soledad, depresión, ansiedad, aislamiento social, sentimientos de infelicidad, vergüenza o culpabilidad, ideación suicida y en casos extremos provocar la muerte.

Aún cuando el maltrato es un tema de tal relevancia, aún hace falta investigación para desarrollar programas de intervención y prevención específicos dedicados a paliar este problema en las múltiples facetas del desarrollo y el bienestar. En particular, los profesionales afines que se dedican al estudio y cuidado de los procesos psicológicos integrados en un esquema de salud, se han interesado en cómo el maltrato afecta a la salud física, la cognición, el afecto y las relaciones sociales (Piña, Weinstein & Ritchie, 2019).

Es importante identificar los factores de riesgo y los tipos de maltrato que existen, para reportar y denunciar en caso de presentarse. Muchas personas se apoyan de terceros que logran identificar estos factores y brindar atención y seguridad a esta población vulnerable. Estos terceros logran percatarse de la presencia de lesiones corporales, defunción prematura, depresión, deterioro cognitivo, ruina económica (OMS, 2022), signos de alarma más comunes se encuentran la malnutrición, fracturas, deshidratación, úlceras por presión, síndrome de caídas, lesiones en la piel, alteraciones del sueño, polifarmacia, inmovilidad y mala higiene corporal, el maltrato físico es más fácil de identificar, sin embargo, otras formas de maltrato psicológico no presentan características tan notorias y por ende, resulta más difícil el diagnóstico (Agudelo-Cifuentes *et al.*, 2020). Actualmente existen diversas instituciones que brindan asistencia social, atención psicológica y orientación jurídica a personas mayores que han sufrido algún tipo de violencia como el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM).

El objetivo es revisar evidencias del maltrato en el adulto y el adulto mayor, con un enfoque dirigido a mostrar las consecuencias y los efectos neuropsicológicos que el maltrato y la violencia pueden tener en estos dos grupos etarios.

### **Definición y clasificación**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) definen la violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 2016). Respecto al maltrato en el adulto mayor, es importante tener en cuenta que no existe una definición estándar y globalmente aceptada de lo que implica, pues se trata de una temática que involucra en gran medida valores culturales, tradiciones y creencias sobre la familia, el cuidado y las responsabilidades de cada miembro de la familia respecto a la atención a los adultos mayores (Gholipour, Khalili & Abasian, 2020). Sin embargo, es posible utilizar y guiar el actuar de los profesionales de la salud mediante las definiciones de organismos internacionales y nacionales que tengan competencia dentro del marco geográfico y político de actuación.

A pesar de que de forma general, todas las definiciones mencionan la necesidad de algún tipo de daño, éstas varían en la frecuencia requerida para considerarlo abuso y, en otros casos como en la definición otorgada por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), se toma en cuenta desde la creación de riesgo de daño, sin necesidad de llegar a objetivarse el mismo. Esto es sumamente relevante debido a que estas definiciones permiten la creación de protocolos de investigación que ponderan la importancia a nivel de salud pública de esta problemática, mediante los cuales se otorgan presupuestos gubernamentales e institucionales para su prevención, concientización, reconocimiento oportuno e intervenciones multidisciplinarias; de modo que las variaciones en estas definiciones, aunque sutiles, pueden impactar en el alcance de los programas sociales que se dirigen al enfrentamiento de esta problemática (Dong, 2015).

Se ha llegado a un consenso en la última década sobre la inclusión y tipificación de 5 tipos principales de maltrato del adulto mayor. Esos 5 tipos según Ouchida & Lachs (2012) son: maltrato físico, maltrato psicológico, descuido o abandono, abuso financiero o explotación material y abuso sexual.

El autoabandono o autodescuido, que implica la negativa del mismo adulto mayor, cuando aún es capaz de cubrir sus necesidades básicas, tomar sus medicamentos, alimentarse o asearse. Si bien esto implica una dinámica completamente en donde no existe un perpetrador ajeno, las consecuencias suelen ser las mismas y los mecanismos e instituciones encargadas de su atención y manejo que se emplean suelen también ser los mismos (Ouchida & Lachs, 2012).

## **Epidemiología**

El maltrato está influenciado por patrones culturales, el contexto histórico, el entorno sociocultural y los juicios de valor que la sociedad le atribuye a los ciudadanos. El maltrato a población adulta mayor no ha tenido la misma resonancia en la sociedad que el ejercido a niños y mujeres; sin embargo, ha comenzado a ser visible como un problema de interés público el cual suele ocurrir a nivel mundial (Catalina Agudelo-Cifuentes, et al., 2020). Según la OMS, una de cada seis personas de 60 años o más (el 15,7% de este grupo de edad) sufrieron alguna forma de maltrato, así mismo, esta prevalencia aumento con la presencia de COVID-19 (OMS, 2022).

Debido a que la población a nivel mundial está envejeciendo, se estima que para el año 2030 existan 1,4 mil millones de personas mayores de 60 años en todo el mundo. A nivel social, es imprescindible tomar conciencia sobre esta problemática y visibilizarla, para generar estrategias que permitan prevenir, atender y erradicar este problema. En México se cuenta con estudios que sugieren que entre el 8,1% y el 18.6% de las personas mayores de 60 años sufren algún tipo de maltrato y estas cifras aumentan al 32% en el caso de personas mayores con dependencia funcional (Giraldo y Rosas, 2013). Las causas del maltrato son múltiples, no obstante, la condición de vulnerabilidad en la que viven algunas personas mayores se ubica como un factor que las predispone a sufrir algún tipo de violencia (INAPAM, 2021).

Las prevalencias por tipo de maltrato en el ámbito familiar fueron del 7% para el maltrato psicológico, 3,4% para el maltrato físico, 2,2% para el abuso económico o explotación financiera y 0,6% para el abuso sexual. Las personas mayores que reportaron maltrato señalaron como principales responsables de maltrato a sus hijos y sus hijas (30%), seguidos del cónyuge o la pareja actual (20,3%) y de otras personas sin vínculo de parentesco (34,1%) siendo los hombres los que principalmente ejercían el maltrato (59,1%) (Giraldo y Rosas, 2013).

## Comorbilidades

A partir de los 75 años, el riesgo de maltrato puede ser mayor, dado que, con la edad, aumenta también la dependencia, el deterioro de la salud y el aislamiento social, esto en consecuencia desencadena estrés en la familia y en los cuidadores, se estima que hay una mayor probabilidad de maltrato en adultos mayores que presentan un deterioro cognitivo o demencia. A su vez, el consumo de alcohol por el adulto mayor es un factor relacionado con el maltrato, debido a que este puede generar trastornos cognitivos y de la memoria, lo que aumenta la vulnerabilidad; sin embargo, la relación igualmente puede ser inversa, dado que los adultos mayores que son maltratados pueden recurrir al alcohol como forma de afrontar la situación (Catalina Agudelo-Cifuentes, et al., 2020). No obstante, existen factores propios de la persona que aumentan el riesgo de maltratar a las personas, como las enfermedades mentales, el abuso de sustancias y la dependencia que puede tener con la víctima. Dentro de las relaciones intrafamiliares, es común que se den situaciones de violencia y maltrato, aunque estos factores varían según el país y la región (OMS, 2022).

## Diagnóstico

Se han elaborado diferentes instrumentos para la detección de maltrato en adultos mayores, entre los que se destaca la escala de maltrato geriátrico para población mexicana (Giraldo y Rosas, 2013), con 22 ítems encargados de evaluar cinco esferas de maltrato en el adulto mayor, físico, psicológico, económico, sexual y negligencia. Otro de los instrumentos para detectar maltrato, específicamente para mexicanos y personas hispanohablantes es la "Escala geriátrica de maltrato" (Geriatric Mistreatment Scale, GMS), la cual toma en cuenta los cinco tipos de maltrato más frecuentes (físico, psicológico, económico, sexual y negligencia) (Agudelo-Cifuentes et al., 2020).

## Tratamiento

Se han aplicado estrategias para prevenir y combatir el maltrato a las personas mayores, pero se dispone de pocas pruebas de la eficacia de la mayoría. Las que se consideran más prometedoras son: las intervenciones que realizan los cuidadores, que alivian la carga que soportan los allegados a la persona mayor; los programas de administración del dinero para las personas mayores con mayor riesgo de sufrir explotación económica; las líneas telefónicas de ayuda y los centros de acogida de emergencia; y la implicación de equipos multidisciplinarios que pueden actuar desde

varios ámbitos, como la justicia penal, la atención médica, la atención a la salud mental, los servicios de protección de los adultos y los servicios de atención prolongada (OMS, 2022).

### **Hallazgos neuropsicológicos**

El daño cerebral secundario a la violencia es un problema poco diagnosticado y poco reportado en sobrevivientes de maltrato, estas lesiones cerebrales pueden relacionarse a cambios en la función cerebral. Karakurt *et al.* (2021) evaluaron a 6 mujeres con resonancia magnética y cuestionarios psicológicos sobre su salud mental, relaciones y violencia de pareja íntima que sufrieron maltratos que incluyen contusiones cerebrales con o sin pérdida de consciencia. Encontraron que existen diferencias en el funcionamiento de redes neuronales en sobrevivientes con trauma craneal y las que no. Se observaron hiperintensidades en la materia blanca asociadas a un desempeño menor en la memoria y síntomas más severos de Síndrome de Estrés Postraumático. Las lesiones de la cabeza, cuello y cara fueron fuertemente asociadas a lesiones por trauma cerebral en sobrevivientes de maltrato por parte de la pareja.

Existen diversas secuelas neuropsicológicas por el daño cerebral provocado por Traumatismo craneoencefálico (TCE): focal o difuso. Las lesiones difusas afectan de forma global al cerebro, el daño no se identifica fácilmente mediante la neuroimagen porque el daño es microscópico. Con este tipo de TCE se produce hinchazón cerebral, daño axonal difuso, daño isquémico global y edema difuso. El daño axonal difuso se presenta por aceleraciones y desaceleraciones bruscas, esto tiene las peores consecuencias porque la mayoría pierde la consciencia. Tras un daño axonal difuso los lóbulos frontales y temporales son los más afectados, los dominios cognitivos incluyen atención, memoria, función ejecutiva, emoción y conducta.

- Atención y velocidad del procesamiento: la atención se afecta tras un TCE moderado a grave por desaceleración repentina. Se afecta la comunicación entre el sistema Activador Reticular Ascendente (SARA) y el lóbulo frontal. Se ha visto que los pacientes tienen un bajo rendimiento en la atención selectiva, sostenida y velocidad de procesamiento tras daño axonal difuso.
- Aprendizaje y memoria: tras un TCE la memoria semántica y episódica es la queja más común entre las personas.

- Lenguaje y comunicación: Se pueden encontrar anomias, dificultades en la fluidez verbal y elementos del lenguaje oral y escrito. Hay dificultad de seguir una conversación en grupo o expresarse correctamente.
- Función ejecutiva: mayormente existen problemas de planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, flexibilidad cognitiva y regulación del pensamiento y conducta.
- Emoción y conducta: se puede observar la exageración o anulación de las emociones y su expresión, trastornos de ansiedad o depresión. Puede haber una exacerbación de los rasgos presentes previamente, apatía, embotamiento, labilidad emocional, impulsividad, desinhibición (Silva y Ramos, 2021).

Bugelli (2023) hizo un reporte de un caso de una mujer de 82 años de edad que llegó a urgencias con una historia médica de atrofia cortical, alteración cognitiva progresiva, depresión, hipertensión, osteoporosis, anemia megaloblástica e insuficiencia renal leve. La tomografía mostró un hematoma subdural parietotemporal derecho, hemorragias intraparenquimales y sangre en el cuarto ventrículo. Se encontraron múltiples hematomas en la cabeza, cara, cuello, tórax y extremidades superiores e inferiores. Bugelli habla del síndrome de sacudida del adulto, similar al síndrome en los niños pequeños, el cual es un traumatismo cerrado por agitación de la cabeza. Hasta el momento, se han reportado 4 casos de este tipo que incluyen hematomas subdurales y lesión difusa axonal post mortem. Todos los casos son reportados secundarios a violencia física que incluían sacudidas constantes.

*Piña et al.* (2021) evaluaron el declive cognitivo subjetivo en 386 adultos mayores mexicanos con maltrato en viviendas comunitarias. Las principales quejas cognitivas fueron la memoria episódica, lenguaje, visoespacialidad y atención. Los resultados sugieren que la asociación entre el declive cognitivo subjetivo puede ser consecuencia del maltrato. La evidencia arroja que el declive cognitivo subjetivo tiene un alto riesgo de progresar a una enfermedad neurodegenerativa. Las quejas cognitivas pueden incrementar la vulnerabilidad del maltrato en etapas tempranas de alteración cognitiva. También se ha encontrado en resonancia magnética que adultos mayores con maltrato económico mostraron adelgazamiento cortical en la ínsula anterior y corteza temporal superior posterior. Esto se relaciona con la atención, lenguaje y memoria que puede explicar los retos que los participantes experimentan.

Por su parte Dong *et al* (2014), examinaron la asociación entre el declive en la función cognitiva y el maltrato. Se evaluaron a 6159 pacientes con el Mini Mental, Test de símbolos y dígitos para la velocidad perceptual y el test de memoria de Boston para la memoria episódica. En los resultados se encontró que la función global cognitiva, memoria episódica y velocidad perceptual se asociaron con un riesgo incrementado para maltrato. mientras que el declive en la función global cognitiva se asoció a un mayor riesgo de que la persona sufra maltrato. El riesgo de sufrir maltrato es mayor en aquellos que tienen menores niveles de cognición global, memoria episódica y velocidad perceptual. Los adultos mayores con alteración cognitiva severa pueden tener manifestaciones psiquiátricas o de comportamiento que aumentan el riesgo de ser maltratados. Li y Dong (2021) señalan que la exposición al maltrato deteriora la función cognitiva. Aquellos adultos con negligencia de cuidado tuvieron un menor puntaje en la cognición global, memoria episódica, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Los adultos que sufrieron maltrato psicológico o físico tienen un declive más rápido en la cognición global y dominios cognitivos que los casos controles.

En adultos con maltrato psicológico, Álvarez & Jiménez (2020) encontraron la presencia del llanto fácil, horarios de comida inadecuados e incapacidad de comunicar emociones y deseos. Las personas entre los 60 y 69 años son el grupo que más sufre maltratos seguido del grupo entre 70 y 79 años. Las mujeres son el grupo más frecuentemente maltratado. De la muestra, el 56% no presentaba ningún tipo de depresión, mientras 81 personas presentaron depresión leve, 30 personas depresión moderada y 13 personas depresión severa. Al parecer la depresión geriátrica predomina mayormente en las mujeres, probablemente por la situación del país por la discriminación de género y la situación machista en los hogares.

### **Factores psicosociales**

El maltrato al adulto mayor es el resultado de la interacción de múltiples factores que incluyen las características de la persona, características familiares y sociales. Dentro de las características de la persona, las principales víctimas del maltrato físico o sexual son las mujeres, esto posiblemente porque en los hombres estos maltratos suelen permanecer ocultos. La probabilidad de maltrato aumenta con la edad, deterioro cognitivo y demencia. Dentro de las causas sociales están la pobreza y las actitudes negativas hacia la vejez y una pobre red social, ya que facilitan la presencia de maltrato a esta población (Agudelo-Cifuentes, 2020).

Los principales factores que contribuyen al maltrato en los adultos mayores son la fragilidad, ser de sexo femenino, tener dependencia de actividades básicas de la vida diaria, deterioro cognitivo, deterioro del estado de salud, problemas de comportamiento, agresividad, aislamiento, red de apoyo limitada, siendo éstos los más comunes. Aquellos con discapacidad física o mental, tienen más riesgo a medida que aumentan las limitaciones básicas de la vida diaria que los haga dependientes ya sea parcial o totalmente. La mayor prevalencia de abuso en el ámbito del hogar se explica por los altos niveles de estrés, problemas financieros que afectan a los cuidadores, sólo el 2% de los casos de maltrato son reportados por los médicos que los atienden (Montero Vega & Hernández, 2017).

En el caso de los abusadores, los factores que predisponen al cuidador a maltratar a un adulto mayor incluyen la presencia de trastornos mentales, estrés, psicopatología, abuso de alcohol y drogas, dependencia económica del abusador, falta de apoyo para el cuidado del adulto y ser hombre. El agresor más prevalente es la pareja, seguido de los hijos, desconocidos, hermanos, vecinos (mayormente sucede con mujeres casadas) (Montero, Vega & Hernández, 2017).

En el contexto de adultos mayores en instituciones, el abuso es practicado por personas proveedoras de servicios como enfermeras, asistentes de pacientes, guardias y médicos. Las formas de maltrato más usuales en estos lugares son la agresión verbal, restricciones excesivas, sobre o sub medicación, explotación financiera, infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización. En Portugal al analizar expedientes médicos entre 2004 y 2013 con casos de abuso físico en adultos mayores viviendo en instituciones, se reportó que 79.7% de las víctimas eran mujeres, 75.9% eran mayores de 75 años y el 55.9% presentaban una discapacidad severa, incapaces de comunicarse en un 47.2% de los casos (Montero, Vega & Hernández, 2017).

Dentro de las principales consecuencias para el adulto mayor que sufre maltrato está el desarrollar actitudes y sentimientos de culpa, baja autoestima, aislamiento social, mayor tendencia a la depresión, trastornos del sueño, reforzamiento de dependencias y aumento del estigma social (Montero, Vega & Hernández, 2017). A nivel psicológico, el maltrato ocasiona tristeza, sufrimiento, trastornos emocionales y depresión, comportamientos e ideas suicidas. Estas consecuencias se asocian con un aumento de morbilidad, hospitalización y muerte (Agudelo-Cifuentes *et al.*, 2020).

El abuso físico es el más documentado, teniendo una mayor frecuencia en cabeza y cuello, principalmente la cara. Las extremidades superiores son el sitio más frecuente de lesiones por abuso ya que tratan de defenderse. Los adultos mayores con discapacidad severa o demencia tienen menos capacidad de defenderse, esto explica las lesiones predominantes en cabeza y cuello (Montero, Vega & Hernández, 2017). El Instituto Mexicano del Seguro Social (2013) divide a los factores de riesgo en cuatro categorías:

-Factores de riesgo de la persona: dependencia funcional, deterioro cognitivo, recursos financieros insuficientes, conducta agresiva, presencia de enfermedad psiquiátrica, sexo femenino, edad avanzada, aislamiento social, historia familiar de violencia.

-Factores de riesgo del cuidador: Colapso del cuidador, enfermedad psiquiátrica, problemas psicológicos, abuso de sustancia, desempleo y problemas financieros.

-Factores ambientales: familia disfuncional, aislamiento social, red de apoyo deficiente, relaciones conflictivas.

-Factores de riesgo para instituciones: capacitación inadecuada, poca experiencia y supervisión de los cuidadores, escasez de personas, salarios bajos, síndrome de fatiga laboral (burn-out), transferencia negativa del personal.

### **Casos e investigaciones**

Goldhagen y Davidtz (2020) hacen una revisión sistemática sobre la violencia y el comportamiento agresivo hacia los adultos mayores en el contexto de una enfermedad mental grave. Los hallazgos fueron que los adultos mayores con enfermedades mentales graves corren mayor riesgo de tener un comportamiento violento, existe poca información de comportamiento agresivo en adultos que no tengan demencia, y los adultos mayores sufren un gran riesgo de sufrir violencia por parte de hijos adultos que tiene una enfermedad mental grave (Goldhagen & Davidtz, 2020).

Por último, es importante mencionar que la pandemia por COVID-19 fue un catalizador para una multitud inmensa de fenómenos en materia de salud, educación, economía entre otras, pero específicamente D'cruz y Banerjee (2020) analizan la marginalización de los adultos mayores durante este periodo de crisis. Ellos exponen que los adultos mayores ya cuentan con varios factores de riesgo en salud física, emocional y social,

pero que la pandemia los exacerbó; particularmente la soledad, el aislamiento, el abuso, la pérdida de autonomía y las restricciones de acceso al cuidado de la salud aumentaron sus comorbilidades (D'cruz y Banerjee, 2020).

### **Evaluación e intervenciones**

Cualquier profesional de salud que se encuentre en contacto con adultos mayores debe estar atento a detectar factores de riesgo, signos e indicadores de abuso. Las instituciones deben promover que ante cualquier contacto con un adulto mayor se pongan en juego una serie de acciones que busquen activamente la identificación y manejo temprano del abuso o maltrato en esta población (Ouchida & Lachs, 2012).

Durante la entrevista se recomienda crear un ambiente de confianza que promueva la empatía evitando emitir juicios de valor y otorgando respeto y privacidad durante la interacción. Es importante evitar presión o coerción para responder las preguntas de la entrevista o del tamizaje (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).

Aunque existen múltiples y diferentes instrumentos de evaluación para la identificación y cuantificación del riesgo de abuso en el adulto mayor y en el adulto, aunque principalmente en la mujer, como señala Van Rogen y colaboradores (2020), la mayoría requieren aún ser validados en poblaciones específicas y con características y comorbilidades comunes a estos grupos de edad (Van Royen *et al.*, 2020). A nivel nacional, la Guía de Práctica Clínica para la Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor.

Ante una sola respuesta positiva, la guía propone que se establezca la sospecha de maltrato, y que se inicien acciones que permitan su descripción más detallada, el reporte oficial y medidas de intervención que limiten las consecuencias y la prolongación del abuso (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).

La guía además propone una nemotecnia basada en 3 R's que resume de manera amigable lo que todo profesional de salud debe hacer al enfrentarse a un caso de abuso o maltrato del adulto y el adulto mayor, que son:

-Reconocer: el maltrato y nunca ignorarlo, factores de riesgo, tipo de abuso, signos y síntomas que sugieran posible maltrato.

-Responder: realizar una valoración clínica exhaustiva, reunirse con el trabajador social para obtener mayor orientación, revisar la legislación estatal para determinar el manejo correcto del caso.

-Reportar: Se debe de informar al paciente/abusador sobre la intención de reportar, dependiendo del tipo de maltrato establecer si amerita derivar a instancia legal, realizar documentación del caso de manera detallada e involucrar a los organismos locales protectores del adulto mayor maltratado.

Respecto a la evaluación de los efectos neuropsicológicos que pueden presentar las víctimas de maltrato tanto adultos jóvenes como mayores, es importante aclarar que al igual que con otras patologías, los instrumentos que se llegan a utilizar son instrumentos que miden de manera general los dominios cognitivos, pero que no tienen especificidad sobre la etiología del posible deterioro cognitivo. Además como menciona Torres García et al. (2021), las víctimas de abuso y maltrato, en el ambiente clínico y en la regularidad de los servicios de atención raramente son evaluadas a nivel neuropsicológico.

En los estudios se suelen utilizar subpruebas específicas para valorar los dominios de memoria episódica, atención, habilidades visoespaciales y funciones ejecutivas. En este sentido, Torres García et al. (2021) proponen que la evaluación de este tipo de pacientes debe ser exhaustiva e integral, pues suele ser el punto de partida para crear e implementar un programa de intervención. Es por ello que recomienda la Batería LURIA-DNA para el diagnóstico neuropsicológico del adulto como instrumento de evaluación pues no solo valora los principales dominios cognitivos, sino que mediante su análisis, se pueden obtener las especificidades de su funcionamiento.

Así como la evidencia y la literatura respecto a la evaluación neuropsicológica en el adulto joven y el adulto mayor maltratado es escasa, en intervención lo es aún más. Sin embargo Rengifo & Rios (2022), en su trabajo de tesis propusieron un plan de intervención neuropsicológica en 25 adultos mayores víctimas de abuso psicológico, que constó de 20 sesiones y en el cual se evaluaron previo y posterior a la intervención mediante el Mini-Mental adaptado para Perú. Los resultados de su estudio mostraron una mejoría estadísticamente significativa de los puntajes obtenidos antes y después de la intervención en el instrumento Mini-Mental utilizado, pasando de 60 % sin deterioro cognitivo a 72 % (27-30 puntos), de 32 % con posible deterioro a 24 % (25

y 26 puntos) y de 8 % con deterioro cognitivo a 4 % (24 puntos o menos) entre la evaluación pre y post intervención. Por lo que se concluyó que el programa logró estimular y mejorar las funciones cognitivas de los adultos mayores que participaron en el estudio (Rengifo & Rios, 2022).

Si bien los resultados fueron estadísticamente significativos debe tenerse en cuenta que el estudio tiene múltiples limitaciones como el número pequeño de muestra, el uso de un instrumento de tamizaje en vez de una batería exhaustiva y el probable efecto de aprendizaje o arrastre en la segunda evaluación. Sin embargo, este estudio permite plantear la plausibilidad y la necesidad de evaluaciones neuropsicológicas en las víctimas de abuso y el posible beneficio de la implementación de planes de intervención que se dirijan a las áreas o dominios afectados (Rengifo & Rios, 2022).

## **Conclusiones**

El maltrato psicológico, físico, emocional, económico y sexual es un mal silencioso que afecta a millones de personas en el mundo. Miles de personas sufren maltrato en México y otros países son incapaces de comunicar al personal de salud sobre esta situación. Las consecuencias a largo plazo pueden ser catastróficas e incluso llegar a la muerte prematura. Existen consecuencias tanto físicas, psicológicas, sociales y cognitivas como las hemorragias craneales que dejan secuelas cognitivas graves. Entre otras, se encuentran síntomas de depresión, sentimientos de culpa y poca expresión de sentimientos y emociones, aumentando en todo caso, el riesgo de seguir sufriendo maltrato. Muy poco personal de salud informa sobre casos de violencia en el adulto mayor, muchos de estos casos no son tratados con la debida importancia, poniendo en riesgo la vida de la persona vulnerable. Es pertinente la vigilancia y la aplicación de instrumentos que puedan dilucidar sobre esta situación, pero sobre todo es indispensable buscar prevenirla con asesoramiento tanto al personal de salud, como a los cuidadores y familiares.

## **Referencias bibliográficas**

Agudelo-Cifuentes, M.C., Cardona-Arango, D., Segura, Á. & Restrepo-Ochoa, D. (2020). Maltrato al adulto mayor, un problema silencioso. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 38(2). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e331289>.

- Álvarez, S. & Jiménez, D. (2020). La depresión como causa de violencia psicológica en el adulto mayor, Teapa, Tabasco. Junio-diciembre de 2018. *Salud En Tabasco*, 26(1 y 2), 21-29. <https://tabasco.gob-mx/revista-salud-en-tabasco>.
- Bugelli, V., Campobasso, C. pietro, Feola, A., Tarozzi, I., Abbruzzese, A. & di Paolo, M. (2023). Accidental Injury or "Shaken Elderly Syndrome"? Insights from a Case Report. *Healthcare*, 11(2), 228. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020228>.
- Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). (2021). *Fast Facts: Preventing Elder Abuse*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/fastfact.html>.
- D'cruz, M. & Banerjee, D. (2020). An invisible human rights crisis: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic. An advocacy review. *Psychiatry Research*, 292(113369), 113369. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113369>.
- Dong, X. Q. (2015). Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214–1238. <https://doi.org/10.1111/jgs.13454>.
- Dong, X., Simon, M., Beck, T. & Evans, D. (2014). *Decline in Cognitive Function and Elder Mistreatment: Findings from the Chicago Health and Aging Project*. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(6), 598–605. <https://doi:10.1016/j.jagp.2012.11.004>.
- Gholipour, F., Khalili, Z. & Abasian, M. (2020). Definitions and Theories of Elder Abuse. *Elderly Health Journal*, 6(2), 140–145. <https://doi.org/10.18502/ehj.v6i2.5022>.
- Giraldo L.G. & Rosas, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatría y Gerontología Internacional*, 13(2), 466-74. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x>.
- Goldhagen, R. F. S. & Davidtz, J. (2021). Violence, older adults, and serious mental illness. *Aggression and Violent Behavior*, 57(101439), 101439. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101439>.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Guía de práctica clínica: Detección y manejo del maltrato en el adulto mayor. <https://www.imss.gob.mx>.

Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM). (2021). 15 de junio, Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/15-de-junio-dia-toma-de-conciencia-del-abuso-y-maltrato-en-la-vejez?idiom=es>

Karakurt, G., Whiting, K., Jones, S. E., Lowe, M. J. & Rao, S. M. (2021). Brain Injury and Mental Health Among the Victims of Intimate Partner Violence: A Case-Series Exploratory Study. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710602>.

Li, M. & Dong, X. Q. (2021). Association Between Different Forms of Elder Mistreatment and Cognitive Change. *Journal of Aging and Health*, 33(3-4), 249-259. <https://doi.org/10.1177/0898264320976772>.

Montero, G., Vega, C.J. & Hernández, G. (2017). Abuso y Maltrato en el Adulto Mayor. *Medicina legal de Costa Rica*, 34(1), 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2016.03.001>.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Maltrato de las personas mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>.

Organización Panamericana de la Salud. (2016). Prevención de la violencia - OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud. Prevención de La Violencia. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>.

Ouchida, K. & Lachs, M. S. (2012). Chapter 167. Elder Mistreatment. In S. C. McKean, J. J. Ross, D. D. Dressler, D. J. Brotman, & J. S. Ginsberg (Eds.). *Principles and Practice of Hospital Medicine*. The McGraw-Hill Companies. <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=56207298>.

Piña, S. D., Chodos, A., Weinstein, C. A., Allen, I. E., Ávila, J. A. & Ritchie, C. (2021). Subjective cognitive decline and elder mistreatment in Mexican community-dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 92(104242), 104242. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104242>.

- Piña, S. D., Weinstein, C. A. & Ritchie, C. (2019). Contextualizing mistreatment in cognitive impairment in Latin America. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 31(3), 255–261. <https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1584070>.
- Rengifo, A. & Rios, B. (2022). *Programa neuropsicológico para estimular las funciones cognitivas en adultos mayores víctimas de violencia psicológica*, Chiclayo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/103409>.
- Silva, M. & Ramos, C. (2021). Etiología del daño cerebral: un aporte neuropsicológico en su construcción teórica. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(1). <https://doi.org/doi:10.46997/revecuatneurol29300154>.
- Torres García, A. V., Vega-Hernández, M. C., Antón Rubio, C. & Pérez-Fernández, M. (2021). Mental Health in Women Victims of Gender Violence: Descriptive and Multivariate Analysis of Neuropsychological Functions and Depressive Symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010346>.
- Van Royen, K., Van Royen, P., De Donder, L., & Gobbens, R. J. (2020). Elder abuse assessment tools and interventions for use in the home environment: A scoping review. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1793–1807. <https://doi.org/10.2147/CIA.S261877>.