

MALTRATO EN ADULTOS MAYORES: IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN MÉDICO FORENSE

ARTÍCULO ORIGINAL

RESUMEN

Francis Giovanna Oñate Quiroz, MD^a

^aEspecialista en Medicina Forense
^aUniversidad Central del Ecuador

Año realizado
2021

Introducción: El maltrato y abuso a adultos mayores se ha incrementado en las últimas décadas, siendo el maltrato físico, psicológico, sexual y negligencia los más comunes

Objetivo: Explicar los aspectos conceptuales y lesionológicos en la evaluación del adulto mayor víctima de maltrato físico, sexual y negligencia.

Resultados: En casos de maltrato físico, las lesiones generalmente son: mayores a 5 cm, con ubicación en extremidades superiores, inferiores, cabeza - cuello y tórax, tienen patrones específicos como las quemaduras intencionales, o distribución atípica como en la alopecia traumática. El espectro de lesiones por negligencia incluye principalmente úlceras por presión y complicaciones de enfermedades no tratadas. En hechos de abuso sexual, las lesiones en región genital, oral, anal y las infecciones de transmisión sexual son frecuentes.

Conclusiones: En eventos de maltrato físico, negligencia y abuso sexual, el análisis circunstancial y físico son primordiales. El análisis de patrón de lesiones, ayuda a la sospecha y diagnóstico diferencial con otras lesiones.

Palabras clave: Anciano, Salud del Anciano, Maltrato al Anciano, Descuido del Anciano, Lesiones, Heridas

ABSTRACT

Introduction: Elder abuse has increased in recent decades, with physical, psychological, sexual abuse and physical neglect being the most common forms of violence.

Objective: To explain the conceptual and wound analysis aspects in the assessment of the older adult victim of physical, sexual abuse and neglect.

Results: In cases of physical abuse, the injuries are generally greater than 5 cm, are located in the upper and lower extremities, head and neck and chest, have specific patterns such as intentional burns, or atypical distribution as in traumatic alopecia. The spectrum of negligent injuries primarily includes ulcers and complications from untreated illnesses. Acts of sexual abuse frequently involve lesions in the genital, oral, anal regions, and sexually transmitted infections.

Conclusions: In events of physical abuse, neglect and sexual abuse, circumstantial and physical analysis are essential. Lesion pattern analysis helps in the suspected and differential diagnosis with other causes of lesions.

Keywords: Elderly, Elderly Health, Elder Abuse, Elder Neglect, Injuries, Wounds

ORCID: 0000-0003-1898-7985
ISSN: 2737-6486

INTRODUCCIÓN

El maltrato a personas adultas mayores es un problema sanitario cada vez más recurrente en diversos contextos sociales, económicos y demográficos, donde, el abuso físico, sexual y psicológico son los más comunes (1).

Desde el punto de vista epidemiológico, en América del Norte y América Latina la prevalencia de abuso y negligencia hacia el adulto mayor oscila entre 10% -en aquellos con función cognitiva conservada- hasta un 47.3% en personas con demencia. En Europa varía desde el 2.2% a 61.1%, en Asia entre 14% a 36.2% y África a razón de 30% a 43.7%, lo cual, determina una modificación en función de los determinantes socioeconómicos (1).

De acuerdo a los reportes de la Organización Mundial de la Salud, se estima que 1 de cada 6 personas mayores de 60 años ha experimentado alguna forma de abuso en la comunidad, siendo incluso más común en adultos mayores institucionalizados, donde, 2 de cada 3 miembros de los equipos de cuidado directo, han admitido haber cometido al menos un acto de violencia. Esto es particularmente importante, considerando el hecho que, la población con edades de 60 años en adelante, se duplicará a casi dos mil millones de personas en el 2050, y, que, significará un serio problema de salud pública por resolver (2).

Al maltrato o abuso hacia ancianos se lo ha definido como una serie de actos, comportamientos y acciones que se realizan de forma deliberada, generando un impacto negativo en las esferas: psicosocial, física, emocional, económica y sexual en los afectados (3)(4).

Es así que, los diversos tipos de abuso que se han descrito en esta población son los siguientes: 1) emocional o psicológico en el que se provoca estrés o impacto mental en el anciano, a través de actos verbales y no verbales; 2) maltrato físico donde se ocasiona dolor físico por actos deliberados a generar lesiones o traumas corporales; 3) abuso sexual, en el que existen contactos sexuales no consensuados; 4) negligencia, donde los cuidadores no proporcionan comida, cuidados médicos, protección y satisfacción de las necesidades básicas en el adulto mayor de manera deliberada o por descuido; 5) explotación en la que el perpetrador toma control de las finanzas y recursos económicos de la víctima (4)(5).

Algunos factores de riesgo asociados al maltrato en personas mayores, se dividen en: 1) *Relacionados al adulto mayor*, se incluyen: alteraciones cognitivas, problemas comportamentales, enfermedad psiquiátrica o psicológica, dependencia funcional, fragilidad física, bajo nivel socioeconómico y antecedentes de abuso previo (4)(6). 2) *Asociados al perpetrador*: estrés del cuidador, enfermedades psicológicas o psiquiátricas, desconocimiento o falta de educación por parte de familiares o cuidadores, falta de formación en personal sanitario a cargo del cuidado de adultos mayores en instituciones geriátricas. 3) *Relacionados a la dinámica víctima-victimario* corresponden a: relaciones conflictivas intrafamiliares o disarmonía familiar, 4) *ambientales*: bajo apoyo social y adultos mayores que residen en domicilios de otras personas (6).

En la atención inicial en contextos de maltrato potencial, es particularmente importante analizar cuidadosamente los

indicadores de alta sospecha de abuso en el adulto mayor (6)(7).

Algunas manifestaciones clínicas sugestivas de maltrato pueden ser alguna o varias de las siguientes: lesiones cuyo origen no tienen una explicación lógica o no corresponden a la severidad, historia de traumatismos a repetición, adultos mayores a los que se catalogan como "propenso a accidentes", retraso entre la producción de la lesión o inicio de la enfermedad hasta la búsqueda de atención médica, visitas recurrentes a centros de atención médica y/o denuncias a centros de atención integral al adulto mayor por lesiones similares, falta en la adherencia a los tratamientos o indicaciones médicas (7).

Además de los indicadores clínicos, se debe analizar la relación entre el adulto mayor y su cuidador, cuyos signos de alarma son: relato de los hechos discrepantes, interrupciones frecuentes del cuidador mientras la potencial víctima relata sus padecimientos y su génesis, actitud temerosa u hostil del anciano hacia el cuidador, actitud descuidada u hostil del cuidador, signos de cansancio, frustración, enojo, despersonalización por parte del cuidador y evidencia de uso de alcohol o drogas sujetas a fiscalización en el cuidador o el adulto mayor (7).

Tras la valoración de los signos clínicos y comportamentales de alarma, se debe analizar a detalle los patrones de lesión que presenta la víctima, y así se permita la orientación tanto diagnóstica como forense hacia el maltrato (8).

En el caso del maltrato físico, sexual y negligencia, los patrones de lesión y otras manifestaciones pueden tener las siguientes características: hematomas, equimosis y otro tipo de lesiones en diferentes grados de resolución, traumatismo en área genital, planta de los pies, oídos y cuello, lesiones mayores a 5 cm en cara, espalda y caras laterales de las extremidades

superiores, fracturas de huesos largos de las extremidades, fracturas con componentes rotacionales (9), úlceras de decúbito, ulceraciones asociadas a diarrea u orina, hipernatremia, incremento en el índice urea/creatinina, signos de desnutrición, disminución en el perfil proteico, entre los más comunes (10).

Aparte del reconocimiento del patrón de signos y síntomas en los pacientes adultos mayores con sospecha de maltrato, es indispensable que, los equipos multidisciplinarios de evaluación, realicen un correcto diagnóstico diferencial de diversas condiciones que pueden mimetizar maltrato (11).

Algunas manifestaciones como las reacciones alérgicas, la púrpura senil, la dermatitis de contacto o necrólisis epidérmica tóxica pueden simular lesiones aparentes de contusiones, traumas o quemaduras. Asimismo, otras condiciones como el cistocele, prolapso uterino, vaginitis micótica o atrófica, pueden confundir inicialmente los hallazgos con sospechas de abuso sexual (12), por lo cual, es imperativo que, se analice el contexto de la víctima potencial, los signos de alarma y el patrón de lesiones, como parte de la atención integral al adulto mayor.

El objetivo de esta revisión es explicar los aspectos conceptuales y lesionológicos en la evaluación del adulto mayor víctima de maltrato físico, sexual y negligencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estrategia de búsqueda

Se consultaron las bases de EMBASE, Pubmed, DARE y CINAHL, utilizando la siguiente terminología: "elderly", "elder", "aged", "physical abuse", "neglect", "sexual abuse", "mistreatment", "assessment", "diagnosis", "forensic", "injuries", "injury pattern", "concept", "definition", "types", "autopsy", "risk factors", "epidemiology", "health services for the aged", los cuales, se combinaron por medio de los operadores booleanos "AND" y "OR".

Selección y gestión de referencias

Los criterios de inclusión para esta revisión fueron: artículos publicados entre enero del 2000 a junio del 2021, revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, artículos de revisión teórica y narrativa, estudios de casos-controles, series de casos, reportes de casos, expedientes o reportes médicos forenses y policiales, reportes de organismos internacionales, artículos completos y en idioma inglés, español, francés y alemán. Los criterios de exclusión fueron: ensayos clínicos controlados, estudios de cohortes, cartas al editor, comentarios, editoriales, pre-prints, artículos incompletos y abstracts. Las referencias obtenidas se organizaron en una base de datos en Microsoft Excel 2019, y se gestionaron duplicados y se eliminó los artículos que no cumplieron los criterios de inclusión. La gestión de citas y referencias se realizó utilizando el software End Note X9 (Clarivate Analytics).

RESULTADOS

Conceptos

La Organización Mundial de la Salud define el maltrato al adulto mayor como una serie de actos o una falta de acciones de atención adecuada, que ocurre en el contexto de una relación de confianza, misma que genera lesiones o distrés en un anciano (13). Esta puede ser: física, sexual, financiera, emocional/psicológica o negligencia (14).

El maltrato físico se define como toda violencia, perjuicio o abuso físico de manera intencional, cuya ejecución resulta en dolor, daño o compromiso corporal, que incluye, pero no se limita a bofetadas, quemaduras, cortes, abrasiones o ataduras, en general, contusiones en una persona adulta mayor. Como abuso sexual, se conoce a todo tipo de contacto sexual no consentido con una persona adulta mayor (14) (15).

El maltrato psicológico o emocional corresponde a la provocación intencional de angustia o estrés emocional, a través de humillación, intimidación u otra conducta abusiva hacia un anciano. La negligencia, es la privación de servicios fundamentales para el mantenimiento de la salud física y psicológica satisfactoria en un adulto

mayor (14)(15) de manera intencionada o por descuido en el cumplimiento de las obligaciones morales del cuidador.

Factores de riesgo asociados al maltrato

Uno de los aspectos más relevantes en la valoración del maltrato o abuso contra el adulto mayor, es la identificación de factores de riesgo, mismos que son importantes en el establecimiento de responsabilidades jurídicas y de las circunstancias en las que ocurren tales eventos (16). En términos generales, las aristas en las que el riesgo puede incrementarse son: ambiente, relación entre la persona mayor y el agresor, y factores idiosincráticos tanto de la víctima como del victimario (17).

Según Johannesen y LoGiudice (2013), los factores propios del adulto mayor comprenden: alteración cognitiva (OR: 3.0, IC95%: 1.1 – 1.7), comportamiento errático (OR: 1.56, IC95%: 1.21 – 2.00), enfermedad psiquiátrica o psicológica de base (OR: 3.26, IC95%: 1.49 – 7.10), dependencia funcional (OR: 1.3, IC95%: 1.1 – 1.8), condición socioeconómica adversa (OR: 2.86, IC95%: 1.33 – 6.16) (18).

En cuanto al perpetrador, los factores más relevantes son: estrés o alta carga emocional con despersonalización (OR: 1.81, IC95%: 1.19 – 2.74) y enfermedad psiquiátrica o psicológica (OR: 3.12, IC95%: 1.37 – 7.12). La disarmonía familiar es uno de los factores más importantes respecto a la dinámica víctima-victimario (OR: 5.55, IC95%: 2.56 – 12.5). El bajo apoyo social hacia el adulto mayor, también influye de forma importante en el riesgo de ser víctima de maltrato (OR: 3.54, IC95%: 1.54 – 8.13), que, en consecuencia, deben considerarse en la investigación de hechos en casos de abuso documentado y en las intervenciones para su prevención (18).

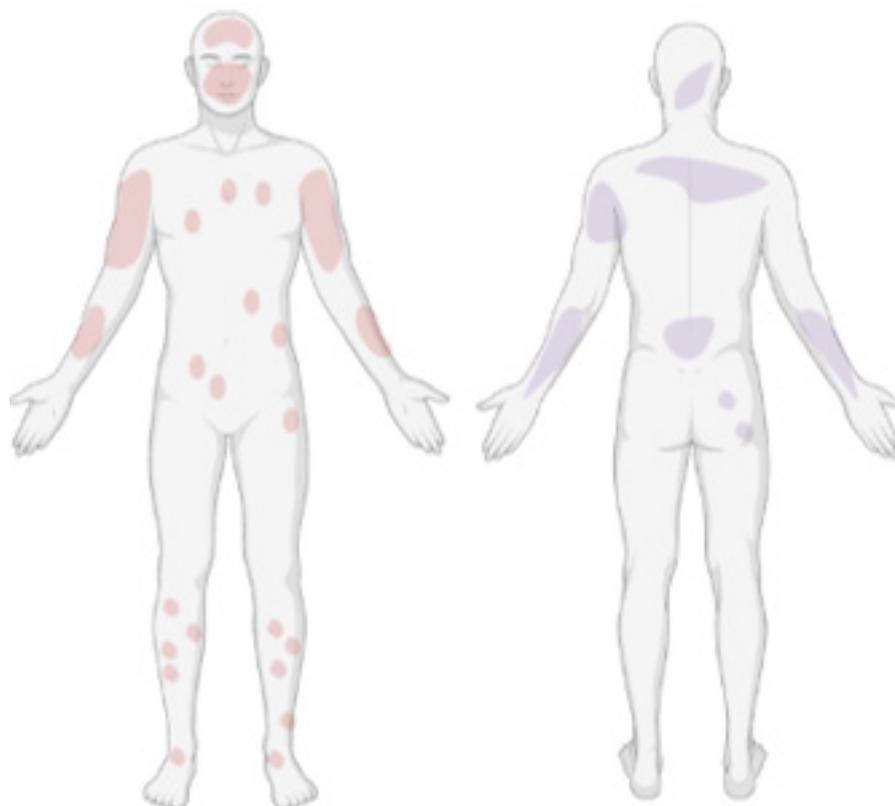
Valoración del maltrato físico

El abuso y maltrato físico son dos de los modos de violencia contra el adulto mayor más frecuentes, tanto en la comunidad como en instituciones de cuidado a este grupo poblacional. Las lesiones pueden variar desde excoriaciones en piel y otros tejidos blandos hasta quemaduras y fracturas, cuya distribución es clave para su diferenciación de causas que pueden mimetizar manifestaciones de maltrato (19).

Se ha descrito que, el espectro de manifestaciones en personas mayores víctimas de maltrato, son en orden de frecuencia, las siguientes: heridas abiertas (56.1%), traumas internos (24.4%) y fracturas (22%) (20), mismas que se ubican en: extremidades superiores (brazo izquierdo: 52.1%, brazo derecho: 25% - 27.1%), extremidades inferiores (pierna derecha: 14.6%, pierna izquierda: 16.7%), tórax anterior (8.3%), tórax posterior (14.6%), cabeza y cuello (20.8%) (Figura 1), cuyo análisis en el examen físico es crucial para diferenciarlo de lesiones accidentales (21).

FIGURA 1.

DISTRIBUCIÓN DE LESIONES EN EL MALTRATO FÍSICO



Creado con BioRender

Además del patrón de distribución de los traumatismos o signos potenciales de violencia, otros factores que permiten la diferenciación entre una lesión intencional de una accidental, son el tamaño y la morfología. Se ha descrito que, los hematomas, excoriaciones o contusiones mayores a 5 cm, se presentan con mayor frecuencia en víctimas de maltrato sistemático, por lo tanto, se debe documentar y medir con precisión las lesiones presentadas en una persona adulta mayor (21) (22).

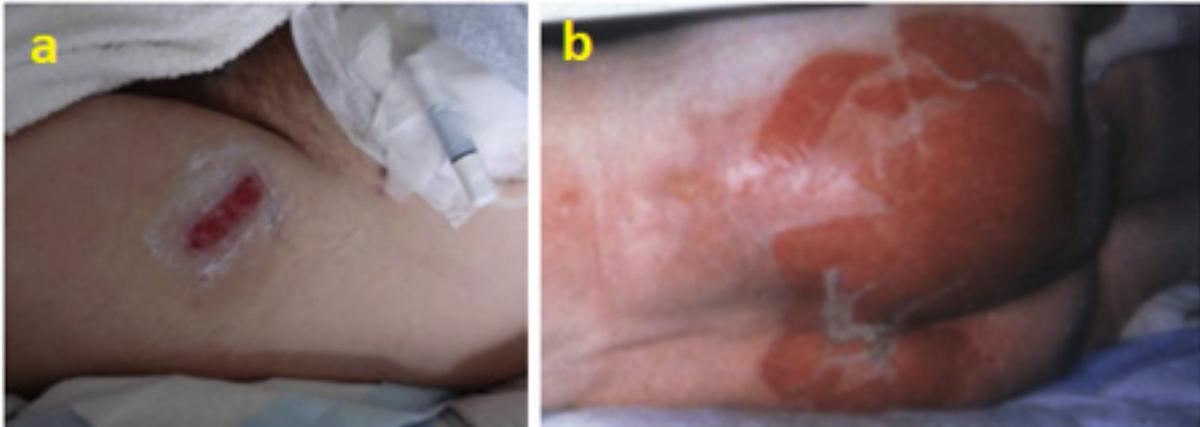
También, los traumatismos en los que se evidencia impresiones del objeto con el que se produce el daño (impresiones digitales, cuerdas, zapatos, cinturones, barras, etc.) deben ser procesados con sospecha de maltrato continuado, en especial, en adultos mayores institucionalizados (22).

Las quemaduras, son otro grupo de daños que pueden observarse en adultos mayores abusados, y, tienen un gran valor desde el punto de vista forense, para el establecimiento pericial del delito, pues, entre un 40% a 70% de este tipo de lesiones, son causadas de forma intencional o por negligencia (23).

Las evidencias de quemaduras en ancianos víctimas de maltrato físico tienen una morfología característica. Las lesiones térmicas causadas por inmersión, generalmente tienen un patrón en forma de calcetín o de guante (22)(23). Otras lesiones, pueden representar la forma del objeto causante, como el caso de las quemaduras por cigarrillo (típicamente redondas, múltiples, con un halo inflamatorio) o aquellas causadas por planchas u otros objetos (Figura 2) (23).

FIGURA 2.

LESIONES POR QUEMADURAS INTENCIONALES EN EL ADULTO MAYOR



a. Quemadura ocasionada por una plancha, b. Quemadura en glúteos provocada a sumersión intencional y negligente.

Tomado y adaptado de: Gibbs LM. Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: Physical examination findings. Clin Geriatr Med [Internet]. 2014;30(4):687–712. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.0020>.

Otras lesiones características del abuso en personas adultas mayores incluyen a la alopecia traumática. Típicamente, la alopecia en hombres ocurre a nivel del vértex y región frontotemporal, en tanto que, en mujeres, este fenómeno ocurre en el vértex principalmente, por lo cual, si en la evaluación en un adulto mayor, se encuentran múltiples áreas de alopecia (en parche), y fuera de las regiones en las que normalmente ocurre la pérdida de cabello asociada a la edad, son altamente sugestivas de maltrato físico (22)(23).

Valoración del abuso sexual

La evaluación médico forense del abuso sexual en adultos mayores, exige la valoración anatómica y circunstancial exhaustiva con el fin de afinar la descripción de hallazgos periciales que permitan llegar a la génesis del delito. Se ha descrito que, en la gran mayoría de casos, la agresión sexual ocurre por extraños o por cuidadores externos, en el domicilio (especialmente en personas mayores que residen solas), y, hasta en 80% de casos en mujeres (24).

Dentro de la evaluación inicial en casos sospechosos de abuso sexual, es indispensable realizar un análisis circunstancial de los hechos, y, un screening hacia otro tipo de maltratos (psicológico y físico principalmente) con la finalidad de focalizar el tipo de análisis pericial a realizar (24).

En general, las manifestaciones que presentan las personas adultas mayores víctimas de este tipo de abuso, son principalmente laceraciones, eritemas, contusiones, hematomas en región inguinal y genital, signos inflamatorios asociados a traumatismo en región genital, anal u oral, e infecciones de transmisión sexual, las cuales deben

ser diferenciadas de otras condiciones tales como liquen plano, vaginitis atrófica o micótica, efectos adversos de medicamentos (por ejemplo: erupciones asociadas a tetraciclinas o barbitúricos), fisuras anales secundarias a constipación o enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras (22)(25).

En mujeres, las lesiones y signos que se han descrito en casos de abuso sexual son: excoriaciones, laceraciones, hematomas, edema en vulva y periné, desgarros y laceraciones anales, trauma uretral, desgarros y laceraciones vaginales y vestibulares (específicamente labios menores, fosa navicular y horquilla posterior), hemorragia vaginal, sensibilidad y dolor abdominal y pélvico, lesiones ulcerativas y no ulcerativas (manifestadas principalmente por secreción) sugestivas de infección de transmisión sexual (25) (Figura 3).

En hombres, el espectro de lesiones en la región genital, incluyen: excoriaciones, equimosis, hematomas y laceraciones en región suprapúbica y perineal, trauma uretral, lesiones ulcerativas y no ulcerativas (uretritis) y fisuras-laceraciones anales (Figura 3) (22)(25).

Tanto en hombres como en mujeres, también se pueden encontrar: contusiones y laceraciones orales (mucosa bucal), traumatismo en arcadas dentarias, signos de defensa en extremidades superiores e inferiores, mismas que, deben ser analizadas en el contexto del hecho, para diferenciarlas de maltrato físico (Figura 3) (22)(25).

FIGURA 3.

LESIONES ASOCIADAS AL ABUSO SEXUAL EN ADULTOS MAYORES



a. Trauma uretral producto de una violación (flecha azul), b. Laceración en horquilla vestibular posterior y periné (flecha verde), c. Equimosis producto de trauma en agresión sexual (flecha roja), d. Sangrado anal por violación en adulto mayor.

Tomado y adaptado de: Speck PM, Hartig MT, Likes W, Bowdre T, Carney AY, Ekroos RA, et al. Case series of sexual assault in older persons. *Clin Geriatr Med.* 2014;30(4):779–806

Valoración de la negligencia

La negligencia, es otro tipo de maltrato, misma que puede ser autoinfligida o ejecutada por cuidadores. Los indicadores clínicos que se encuentran en víctimas de negligencia son: pobre higiene personal (asociada incluso con distrés emocional), rash cutáneo asociado a malnutrición, úlceras por decúbito o presión, deshidratación (alteraciones hidroelectrolíticas y de la función renal), condiciones médicas sin tratamiento diligente, ausencia de gestión en aparatos que mejoran calidad de vida y movilidad tales como: dentaduras, gafas, audífonos, andadores, sillas de ruedas, aparatos ortopédicos entre otros (26).

Las manifestaciones dermatológicas y odontológicas, constituyen los primeros signos de alarma en la evaluación de un adulto mayor con sospecha de negligencia (27). Los hallazgos generalmente incluyen: ausencia de cuidados en uñas de las manos y los pies (engrosadas, largas, sucias o con onicogrifosis), cabello con signos de descuido importante, pobre higiene oral y/o enfermedades bucales severas, neoplasias no tratadas, rashes, lesiones dermatológicas asociadas a fricción o ausencia de hidratación, intertrigos severos, maceración perilesional, dermatitis asociadas a exposiciones prolongada a heces y orina, infecciones bacterianas y micóticas severas (Figura 4) (27)(28).

Las úlceras por otra parte, son probablemente uno de los principales indicadores de negligencia en el adulto mayor. Todos los tipos de úlceras (presión, venosas, arteriales o asociados a diabetes) son prevenibles, y, con el correcto cuidado, tratables (27)(28).

Es así que, el descubrimiento de úlceras en estados avanzados de evolución, sin atención médica o con seguimiento deficiente a las indicaciones médicas, son indicativos per se como determinantes para establecimiento de negligencia, por lo cual, se debe evaluar: ambiente donde el adulto mayor reside, comportamiento de los cuidadores, historia clínica (en casos en los que se sospeche falta de seguimiento de indicaciones), seguimientos domiciliarios realizados e insumos para el cuidado de úlceras (Figura 4) (28).



FIGURA 4.

LESIONES RELATIVAS A NEGLIGENCIA EN EL ADULTO MAYOR

a. Lesiones dentales asociadas a higiene deficiente, b. Úlceras por presión complicadas, c. Úlcera en frente por falta de cuidados y curaciones (se nota impresión de vendajes no reemplazados)

Tomado y adaptado de: Gibbs LM. Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: Physical examination findings. Clin Geriatr Med [Internet]. 2014;30(4):687–712. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.002>

DISCUSIÓN

El maltrato a los adultos mayores ha incrementado notablemente en los últimos 20 años, y tiene un alto potencial de convertirse en un problema persistente de interés sanitario, dado el crecimiento acelerado de la población mayor a 60 años a nivel mundial (29).

Según la evidencia actualmente disponible, la evaluación de este tipo de eventos, conlleva a la integración de equipos multidisciplinarios que permitan tanto la determinación de políticas públicas y marcos legales para el screening, diagnóstico y tratamiento del maltrato en personas adultas mayores, hasta la creación y validación de instrumentos para su ejecución, especialmente en el marco gerontológico y forense (30), cuya aplicabilidad al momento sigue siendo controversial y altamente variable en diversos contextos socioeconómicos, lo cual, dificulta su utilización de forma sistemática (31), lo que, en consecuencia, obliga a la generación de propuestas de investigación en cada una de las regiones donde esta problemática es alta, como el caso de Latinoamérica.

Con base a lo anterior, es fundamental la evaluación socioeconómica, clínica y psicológica en adultos mayores con sospecha de maltrato, donde los profesionales sanitarios y judiciales tienen un papel importante. En primera instancia, la evaluación clínica y pericial, ha de enfocarse en la evaluación de los patrones de lesión en casos de maltrato físico, negligencia y maltrato sexual.

En el primer caso, la evidencia revisada coincide en que, la distribución y tamaño de las lesiones son indicadores fiables para diferenciar una casuística intencional, de aquellas accidentales. Murphy et al (2013), establecen que, los patro-

nes de lesión en ancianos víctimas de maltrato físico tienen el siguiente orden: miembros superiores (43.98%), cabeza y cuello (12.28% - 22.88%), extremidades inferiores (10.61%) y tórax (10.25%) (32), lo cual, es consecuente a lo encontrado en esta revisión.

Sin embargo, estas lesiones principalmente se describen en unidades de atención geriátrica o emergencias, debido al hecho que, apenas un 6.8%, se diagnostican por equipos de medicina forense, limitándose a evaluación por autopsia médico legal, antes que, evaluaciones in vivo (33). Esto, también ocurre para eventos relacionados a negligencia, pues, la evaluación pericial de indicadores clínicos y comportamentales asociados a este tipo de abuso, se ejecutan principalmente en el contexto de una investigación en curso o autopsias de ley (34).

En cuanto al abuso sexual, y al contrario del rol en situaciones de maltrato físico y negligencia, la evaluación médico forense es determinante para el establecimiento de diagnóstico definitivo. Es así que, los diversos indicadores físicos en víctimas de violencia sexual son: excoriaciones, equimosis, hematomas y otro tipo de lesiones de trauma en región inguinal, genital y perineal, traumatismos con diversos grados de laceración a nivel vaginal, uretral y anal, contusiones y otras lesiones a nivel oral, enfermedades de transmisión sexual y afectación psicológica (35), cuya identificación debe realizarse de manera protocolizada por medicina legal (36).

Finalmente, una de las controversias más frecuentes, en la evaluación del maltrato físico es la utilidad de los exámenes radiológicos en la evaluación de

fracturas en adultos mayores. A diferencia de lo que ocurre en casos de maltrato infantil, en personas adultas mayores, no existen signos patognomónicos o de alta sensibilidad para sospecha de violencia física sistemática (37).

Las descripciones actuales, mencionan que las fracturas con rotación podrían tener cierta fiabilidad en el diagnóstico del

abuso físico, sin embargo, la alta prevalencia de fracturas patológicas en este grupo de edad, limitan el uso de los estudios radiológicos en este tipo de eventos, y, actualmente, no se indican como insumo determinante para el diagnóstico preciso de lesiones producto de maltrato físico (38).

DISCUSIÓN

El maltrato hacia los adultos mayores es una de las problemáticas sanitarias y legales con mayor crecimiento en las últimas décadas, cuyo diagnóstico se basa principalmente en la evaluación física, psicológica y financiera de las víctimas.

En todos los casos de maltrato físico, sexual y negligencia, deben valorarse todos los factores de riesgo presentes en el hecho (ambientales, intrafamiliares, institucionales, idiosincráticos en la víctima y el perpetrador), los indicadores de alta sospecha, afectación psicológica y el patrón de las lesiones para el diagnóstico diferencial con manifestaciones propias del envejecimiento y patologías crónicas de base en adultos mayores.

El rol de la evaluación médico forense tiene mayor protagonismo en hechos de abuso sexual, donde el establecimiento del delito requiere obligatoriamente una evaluación pericial, siendo secundaria y limitada a la autopsia médico legal en circunstancias de maltrato físico y negligencia.

CONFLICTOS DE INTERÉS

La autora declara no mantener conflictos de interés con instituciones gubernamentales, académicas, privadas u otras que puedan afectar el contenido de esta revisión.

RECONOCIMIENTO

Se agradece a la Universidad San Francisco de Quito y Universidad de las Américas, al facilitar los accesos necesarios de consulta en bases de información especializada, útiles para esta revisión.

CORRESPONDENCIA

francisonateq@gmail.com
editor@revistafecim.org

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dong XQ. Elder abuse: Systematic review and implications for practice. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(6):1214–38.
2. World Health Organization (WHO). Elder abuse. Vol. 40, WHO Publication. Geneva; 2021.
3. Daly J. Elder abuse prevention. *J Gerontol Nurs.* 2018;44(7):21–30.
4. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist.* 2016;56(2):S194–205.
5. Van Den Bruele AB, Dimachk M, Crandall M. Elder Abuse. *Clin Geriatr Med [Internet].* 2019;35(1):103–13. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.009>
6. Wang XM, Brisbin S, Loo T, Straus S. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. *CMAJ.* 2015;187(8):575–82.
7. Rosen T, Stern M, Elman A, Mulcare M. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clin Geriatr Med.* 2018;34(3):435–51.
8. Fox AW. Elder abuse. *Med Sci Law.* 2012;52(3):128–36.
9. Young LM. Elder physical abuse. *Clin Geriatr Med [Internet].* 2014;30(4):761–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.005>
10. Mercier É, Nadeau A, Brousseau AA, Émond M, Lowthian J, Berthelot S, et al. Elder Abuse in the Out-of-Hospital and Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Ann Emerg Med [Internet].* 2020;75(2):181–91. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.12.011>
11. Collins K. Elder Maltreatment: A Review. *Arch Pathol Lab Med.* 2006;130:1290–6.
12. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician.* 2014;89(6):453–60.
13. Lacher S, Wettstein A, Senn O, Rosemann T, Hasler S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Med Wkly.* 2016;146:1–10.
14. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *N Engl J Med.* 2015;373:1947–56.
15. Falk NL, Baigis J, Kopac C. Elder mistreatment and the elder justice act. *Online J Issues Nurs.* 2012;17(3):1–20.
16. Mosqueda L, Burnight K, Gironde M, Moore A, Robinson J, Olsen B. The Abuse Intervention Model: A Pragmatic Approach to Intervention for Elder Mistreatment. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(9):1879–83.
17. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Berman J, et al. Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: A population-based study. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(9):1906–12.
18. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing.* 2013;42(3):292–8.
19. Rosen T, Bloemen E, LoFaso V, Clark S, Florenbaum N, Lachs M. Emergency Department Presentations for Injuries in Older Adults Independently Known to be Victims of Elder Abuse. *J Emerg Med.* 2016;50(3):518–26.
20. Ziminski CE, Wigglesworth A, Austin R, Phillips LR, Mosqueda L. Injury patterns and causal mechanisms of bruising in physical elder abuse. *J Forensic Nurs.* 2013;9(2):84–91.
21. Wigglesworth A, Austin R, Corona M, Schneider D, Liao S, Gibbs L, et al. Bruising as a marker of physical elder abuse: Clinical investigations. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(7):1191–6.
22. Palmer M, Brodell RT, Mostow EN. Elder abuse: Dermatologic clues and critical solutions. *J Am Acad Dermatol [Internet].* 2013;68(2):e37–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2011.03.016>
23. Clarysse K, Kivlahan C, Beyer I, Gutermuth J. Signs of physical abuse and neglect in the mature patient. *Clin Dermatol [Internet].* 2018;36(2):264–70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.10.018>
24. Chopin J, Beauregard E. Elderly Sexual Abuse: An Examination of the Criminal Event. *Sex Abuse J Res Treat.* 2019;32:1–21.
25. Speck PM, Hartig MT, Likes W, Bowdre T, Carney AY, Ekroos RA, et al. Case series of sexual assault in older persons. *Clin Geriatr Med.* 2014;30(4):779–806.
26. Petti S. Elder Neglect - Oral diseases and injuries. *Oral Dis.* 2018;24(6):891–9.
27. Chang ALS, Wong JW, Endo JO, Norman RA. Geriatric dermatology: Part II. Risk factors and cutaneous signs of elder mistreatment for the

- dermatologist. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2013;68(4):533.e1-533.e10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2013.01.001>
28. Gibbs LM. Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: Physical examination findings. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2014;30(4):687-712. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.002>
29. Mouton CP, Haas A, Karmarkar A, Kuo YF, Ottenbacher K. Elder abuse and mistreatment: results from medicare claims data. *J Elder Abus Negl* [Internet]. 2019;31(4-5):263-80. Available from: <https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1678544>
30. Kurkurina E, Lange BCL, Lama SD, Burk-Leaver E, Yaffe MJ, Monin JK, et al. Detection of elder abuse: Exploring the potential use of the Elder Abuse Suspicion Index© by law enforcement in the field. *J Elder Abus Negl* [Internet]. 2018;30(2):103-26. Available from: <https://doi.org/10.1080/08946566.2017.1382413>
31. Chiara G, Dal Molin A, Fabio C, Ferns H, Mattioli M, Suardi B. Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2017;26(16):2154-76.
32. Murphy K, Waa S, Jaffer H, Sauter A, Chan A. A literature review of findings in physical elder abuse. *Can Assoc Radiol J* [Internet]. 2013;64(1):10-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.carj.2012.12.001>
33. Frazão SL, Correia AM, Norton P, Magalhães T. Physical abuse against elderly persons in institutional settings. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2015;36:54-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2015.09.002>
34. Ventura F, Caputo F, Micera C, Molinelli A. Elder abuse: a retrospective analysis of autopsy cases from the department of legal medicine in Genoa from 2006 to 2017. *J Elder Abus Negl* [Internet]. 2020;32(4):1-12. Available from: <https://doi.org/10.1080/08946566.2020.1755760>
35. Malmedal W, Iversen MH, Kilvik A. Sexual Abuse of Older Nursing Home Residents: A Literature Review. *Nurs Res Pract*. 2015;1-7.
36. Chihowski K, Hughes S. Clinical issues in responding to alleged elder sexual abuse. *J Elder Abus Negl*. 2008;20(4):377-400.
37. Wong NZ, Rosen T, Sanchez AM, Bloemen E, Mennitt KW, Hentel K, et al. Imaging Finding in Elder Abuse: A role for radiologist in detection. *Can Assoc Radiol J*. 2017;68(1):16-20.
38. Rohringer TJ, Rosen T, Lee M, Sagar P, Murphy K. Can Diagnostic Imaging Help Improve Elder Abuse Detection? A literature review. *Br J Radiol*. 2020;93:1-22.