

Consideraciones sobre el maltrato al anciano

J.C. Caballero García
M.L. Remolar

Instituto Vasco de
Gerontología
Bilbao

Introducción

El interés sobre este inquietante problema apenas tiene una década de existencia en España¹⁻⁷ y aunque es un fenómeno cada vez más reconocido por los estamentos médicos y organismos sociales no ocurre igual en el ámbito de la sociedad. Es posible pensar en que un buen número de ancianos son maltratados cada día, bien en el seno de su hogar familiar, bien en la institución en la que permanecen internados. Malos tratos que aumentan cuando los ancianos son sujetos dependientes.

En el ámbito internacional es preciso remontarse al año 1975 para encontrar las primeras referencias bibliográficas sobre este fenómeno: Baker, A.A.⁸, Burston, G.R.⁹ y Butler, R.N.¹⁰. A continuación, y hasta la época actual, numerosos grupos y autores, en diferentes países, han mostrado su interés y preocupación sobre el maltrato. Todos enfatizan la importancia de los profesionales sanitarios, en sus respectivos lugares de trabajo, como receptores de las víctimas. En cualquier caso, y a diferencia del abuso infantil y el de la mujer, se coincide en que los ancianos son reacios a informar de su victimización por los miembros de su familia como maltratadores. Médicos y personal de enfermería, por tanto, se encuentran con serias dificultades tanto para reconocer o atribuir los signos y síntomas del abuso como para informar del mismo a los organismos adecuados, temiendo, además, los posibles litigios y problemas derivados de tal decisión.

La sensibilización multidisciplinar hacia este fenómeno iniciada, sobretudo, en los Estados Unidos de Norteamérica ha sido decisiva para su conocimiento. El interés sobre el abuso al anciano como problema público en USA comienza en 1978 cuando se convoca una comisión gubernamental para la investigación de la violencia familiar¹¹ y en 1986, se crea el Comité Nacional para la Prevención del Abuso al Anciano¹², formado por investigadores,

médicos, juristas, trabajadores sociales, educadores, etc., al objeto de fomentar la investigación, promover trabajos y servicios, desarrollar información y la enseñanza y abogar por programas para dar respuesta a las necesidades de las víctimas, perpetradores y sus familias.

En 1988 la Sociedad Británica de Geriátrica organiza la primera conferencia multidisciplinar sobre abuso al anciano, describiéndolo como un innecesario y previsible problema. Un año más tarde edita un documento-guía con una serie de propuestas y recomendaciones¹³. También ese año la Asociación Médica Mundial, reunida en Hong Kong, emite una importante declaración sobre el maltrato a los ancianos⁶. En 1989 aparece, incluso, la primera publicación periódica especializada sobre el particular, *Journal of Elder Abuse and Neglect*¹⁴ y en Francia se edita y difunde la Carta de derechos y libertades de la persona de edad dependiente, elaborada por la Fundación Nacional de Gerontología¹⁵ al objeto de sensibilizar a la opinión pública y prevenir los casos de abuso y maltrato, tanto en el hogar familiar como en las instituciones.

En España, Marín, N. y cols. efectúan la primera aportación pública sobre el síndrome del maltrato y abuso al anciano¹ durante el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, celebrado en Las Palmas, año 1990. Un paso decisivo lo constituye la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre anciano maltratado⁶, convocada en el año 96. Como fruto de la misma, resulta la Declaración de Almería, constituyéndose en un serio documento que se eleva a los organismos públicos del Estado y de las Autonomías para recabar su atención sobre el asunto y solicitarles fondos para la educación, información y la investigación pluridisciplinar sobre el problema. Pone de manifiesto que, tanto el desconocimiento como la ocultación del maltrato, impiden los esfuerzos de prevención e intervención.

Correspondencia:

Juan Carlos
Caballero García
Colón de Larreátegui, 18
2º derecha
48001 Bilbao
E-mail:
jcaballero@euskalnet.net

Concepto y Tipos de maltrato

Tras varios años de falta de precisión y aceptación en las definiciones implicadas para la terminología del maltrato, parece existir mayor uniformidad en la actualidad.

Quizás, por cercana, unificadora y simple sea preferible hacer reseña y uso de la definición que, sobre el maltrato, hace la Declaración de Almería⁶. Según ésta **maltrato al anciano** sería todo acto u omisión sufrido por personas de 65 años o más, que vulnera la integridad física, psíquica, sexual y económica, el principio de autonomía, o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad y del medio donde ocurra (familiar, comunidad e instituciones).

En cuanto a los tipos que de abuso o maltrato se pueden dar, tenemos:

1. **Abuso físico:** uso de fuerza física que puede resultar en daño corporal, dolor o deterioro físico. Puede incluir golpes, pellizcos, empujones, patadas, quemaduras, tortas, castigos físicos, latigazos, uso inapropiado de fármacos, de restricciones físicas, forzar a comer, etc.
2. **Abuso sexual:** contacto sexual no aceptado, de cualquier clase. Puede incluir: tocamientos, hacer fotografías impúdicas sin consentimiento, asalto sexual, sodomización, violación, desnudez forzada, etc.
3. **Abandono:** desamparo de un anciano por una persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien por la persona a cargo de su custodia (tutor legal). Incluye el abandono en instituciones asistenciales tales como hospitales, residencias y clínicas; también en centros comerciales o locales públicos y en la vía pública.
4. **Abuso económico:** uso ilegal o impropio de todos o algunos de los fondos económicos, bienes, propiedades, posesiones del anciano, etc.
5. **Negligencia:** conducta que amenaza la propia salud o seguridad personal del mayor de edad, mediante restricciones, ausencias o deficiencias en la provisión de comida, bebida, ropa, higiene, aseo, refugio, medicación o seguridad.
6. **Abuso psíquico:** uso de la coacción, insultos, menosprecio, infravaloración, descalificación, conductas de dominio e imposición.

Epidemiología

Lamentablemente, no disponemos de datos de frecuencia de base poblacional en España. En la Conferencia Consenso de Almería se estimó que podría existir una prevalencia del 3%⁶. A este respecto cabe mencionar la pobreza de estudios existente, también, en el ámbito internacional.

Cifras reales sobre maltrato son difíciles de obtener, de una parte debido a la negativa de la víctima por temor a represalias y de otra porque los actos ocurren, mayoritariamente, dentro del seno familiar y éste se torna obviamente opaco. Otro punto a considerar es la escasa concienciación existente aun entre los profesionales y trabajadores de los diferentes medios socio-sanitarios implicados.

El Consejo Americano de Asuntos Científicos señala un caso de maltrato por cada 25 ancianos en USA, siendo algo menos frecuente que el abuso infantil¹⁶. Pillemer, K.¹⁷ indica una incidencia de abuso de 32 casos por cada 1000 ancianos, siendo del 4/1000 en cuanto a actos de negligencia.

Block, MR.y Sinnott, J.D¹⁸ lo comunican en el 4% de los ancianos. En el estudio epidemiológico de Dinamarca y Suecia¹⁹, realizado sobre entrevistas telefónicas, el 17% de los ciudadanos suecos informó conocer algún tipo de abuso y en ambos países un 8% de la muestra reconoció tener cercano algún caso en el último año. El estudio del Consejo de la Vejez de Manitoba¹⁹, obtenido a través de la información de profesionales, sugería que el 2,2% de los ancianos en familia había experimentado alguna forma de abuso. Otro estudio canadiense, desarrollado en Ontario, a través del envío de 14.500 formularios a diferentes agentes sociales²⁰, del que se obtuvo tan solo un 8% de respuestas, entre las mismas el 60% reconocía la existencia del problema y el 24% trataban en ese momento con algún caso.

El amplio informe final del Estudio Nacional sobre incidencia del Abuso al Anciano en USA²¹, recoge 672.380 casos de maltrato correspondientes al año 1996, es decir el 2,36% de la población anciana. Del total, 236.479 son datos registrados en las Agencias de Servicios de Protección al Adulto (A.P.S.), que fueron comprobados en el 49% de los casos, encontrándose todavía un 8% bajo investigación.

Los diferentes tipos de maltrato se exponen en la Tabla 1, las conductas de negligencia seguidas del abuso psicológico y del económico suponen el porcentaje más elevado de los casos. El tipo de de-

nunciantes, ver Tabla 2, es muy variado, y abarca a todos los agentes sociales implicados, procediendo el 20% de entre los propios miembros de la familia. Dato sorprendente, pues es en este medio donde con más frecuencia se da el maltrato. Le siguen los hospitales con un 17,3% y después la policía (11,3%). Las propias víctimas, con un 8,8% de casos reportados, comienzan a despertar de sus lógicos temores a las represalias.

Según el tipo de maltrato (Tabla 3), el informador ha sido la propia familia para los casos de negligencia y abuso económico. Los hospitales (preferentemente unidades de urgencias) han denunciado los casos de negligencia, abuso psicológico, económico, físico y los de abandono. Los amigos y/o vecinos han reportado los casos de negligencia, abuso económico y los de abandono. Los trabajadores de hogar han señalado los casos de abuso físico y psicológico. La policía, como es obvio, ha contabilizado un 24,3% de denuncias por maltrato físico. Las víctimas se han atrevido, solamente, a denunciar el abuso psicológico.

La Tabla 4 asocia los diferentes tipos de maltrato según grupos de edad. Hay que señalar el aumento de casos, a todos los niveles, a partir de los 70 años pero, sobre todo, entre los mayores de 80 años, donde los porcentajes subrayan cifras del 51,8% para los actos de negligencia, 41,3% para el abuso psicológico, 43,7% para el físico y 48% para el económico. Llama, también, la atención el 58,8% de casos de abandono en el grupo etario comprendido entre los 75-79 años de edad.

Cuando se relaciona el nivel de ingresos de las víctimas con los diferentes tipos de maltrato, se aprecia que el problema se da en cualquier nivel socioeconómico, apareciendo un acumulo de casos en el subgrupo con pensiones anuales de 5000 a 10.000 dólares. En éste se da un 96,1% de los casos de abandono, el 46% del abuso económico, el 49,5% del abuso físico, el 37,8% del emocional

Negligencia	34.525	48,7 %
Abuso psicológico	25.142	35,4 %
Abuso económico	21.427	30,2 %
Abuso físico	18.144	25,6 %
Abandono	2.560	3,6 %
Abuso sexual	219	0,3 %
Otros	994	

Tabla 1.
Estudio nacional sobre
incidencia del abuso
al anciano en USA (tipos
de maltrato comprobados)

Miembros de la familia	14.969	20 %
Trabajadores sanitarios	5.925	8,4 %
Hospitales	12.290	17,3 %
Proveedores de servicios al hogar	3.716	5,2 %
Policía	8.031	11,3 %
Banca	305	0,4 %
Trabajadores de hogar	6.816	9,6 %
Dpto. Salud Pública	35	0,1 %
Amigos / vecinos	6.476	9,1 %
Propia víctima	6.216	8,8 %
Otros	10.729	15,1 %

Tabla 2.
Estudio nacional sobre
incidencia del abuso
al anciano en USA
(tipo de denunciante)

y el 66,8% de los casos de negligencia. Curiosamente, hay escasa incidencia de maltrato entre los subgrupos con ingresos de rango inferior a 5000 dólares y rango superior a 15.000 dólares/año.

En cuanto a las propias víctimas (Tabla 5), casi la mitad (el 47,9%) se encuentran en situación de dependencia total del entorno y cuidador, es decir precisan de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (aseo/higiene, baño, vestido/desvestido, transferencias, ambulación, comer y continencia esfinteriana). La incapacidad, ya sea psíquica, física o mixta, ocasiona dependencia y a su vez es un grave riesgo para la victimización.

Informador	Negligencia	Abuso Psicológ.	Abuso económico	Abuso físico	Abandono	Abuso sexual
Miembro familia	24,3 %		14,5 %			
Hospital	16,1 %	17,9 %	14,2 %	11,8 %	36,2 %	
Amigos						
Vecinos	14,1 %		15 %		12,4 %	
Víctimas		17,8 %				
Trabajador hogar		16,9 %		23,9 %		100 %
Policía				24,3 %		
Sanitarios					17,6 %	

Tabla 3.
Estudio nacional sobre
incidencia del abuso al
anciano en USA
(informador por tipo
de maltrato)

Tabla 4.
Estudio nacional sobre incidencia del abuso al anciano en USA (maltrato según grupos de edad)

Edad	Negligencia	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso económico	Abandono
60 - 64	2,3	10,8	5,5	3,1	18,4
65 - 69	5,9	9,5	9,8	9,4	0
70 - 74	24,1	14,1	17,8	10,8	3
75 -79	15,9	24,3	23,3	28,7	58,8
> 80	51,8	41,3	43,7	48	19,8

Tabla 5.
Estudio nacional sobre incidencia del abuso al anciano en USA (características de las víctimas)

No son capaces de cuidarse por sí mismos	47,9 %
Pueden cuidarse parcialmente	28,7 %
Son capaces de cuidarse	2222,9 %
Dato no conocido	0,4 %

Tabla 6.
Estudio nacional sobre incidencia del abuso al anciano en USA (los agresores)

hijos	47%
esposo/a	19%
nietos	9%
hermanos	6%
otros familiares	9%
vecinos/amigos	6%
auxiliares domésticos	3%
otros proveedores	1%

El perfil del maltratador y de las posibles víctimas

La causa exacta del maltrato de ancianos es desconocida, pero hay muchas características de la víctima, del perpetrador y de la estructura familiar que se conocen y colocan al sujeto de edad en un alto riesgo para los malos tratos.

Del conocimiento y reconocimiento de tales factores y peculiaridades se pueden extraer perfiles más o menos aproximados que sirven como esquemas de ayuda a todo el profesional que trabaje con ancianos, ya sea en el nivel de los servicios sociales o en el sanitario.

Por lo general, la violencia es una reacción normal a la tensión existente en muchas familias.

Si volvemos la vista al estudio americano²² observamos que quienes maltratan son mayoritariamente los familiares (Tabla 6). Por tanto, cuando nos preguntamos dónde se da el maltrato, la respuesta se concreta al nivel familiar básicamente. No podemos obviar los casos de maltrato institucional (hospitales, clínicas, centros de día, residencias). Si nos ce-

ñimos a los datos, el problema sigue siendo testimonial. Sin embargo, y entrando en el ámbito de los centros residenciales en España, no debíamos pasar por alto que alrededor del 3% de los mayores de edad se alojan en ellos, con una, cada vez más elevada, demanda de plazas explicable en parte ante la práctica inexistencia de otros recursos asistenciales (centros de día, ayuda a domicilio, etc.), pero también debido a otro conjunto de circunstancias interrelacionadas, tales como el incremento de los mayores de 80 años, el aumento de la dependencia y la disminución del potencial de los cuidados informales. Al problema del maltrato en residencias nos referiremos en otro punto de este artículo.

El apoyo material y afectivo, así como los cuidados de salud entre padres e hijos adultos y el existente entre abuelos y nietos son áreas que están adquiriendo gran desarrollo investigador. La mayoría de los derechos, obligaciones y necesidades básicas de los seres humanos se expresan y satisfacen en la familia extensa de tres generaciones²³. Puede decirse que este tipo de familia extensa de tres generaciones es una institución autocompensada en la que son fundamentales los principios de la compensación y reemplazamiento²⁴. Sin embargo, el sistema del cuidado familiar se sigue construyendo alrededor del sector femenino (madre, hija, nieta), sobre todo al hablar de apoyo y cuidados a los miembros mayores de edad necesitados. En la Tabla 7 aparece el grupo de perpetradores de maltrato familiar y su edad. Podemos contemplar que el 39% pertenece al sector de edad comprendido entre los 40 y 59 años. En España, y en este grupo etario, son las mujeres precisamente el grupo especializado como madres y amas de casa en la sociedad actual, consecuencia de la diferenciación de roles en la familia. Como señala Allan, G.²⁵, se considera que su tiempo como amas de casa y madres es libre en términos de disponibilidad y costo. Se trataría del grupo de riesgo más elevado para proferir, en un momento dado, malos tratos.

El 34% de los maltratadores se sitúa por encima de los 60 años. En este grupo se encuentran, sobre todo, cónyuges y parientes (hermanos).

Aunque no disponemos de datos sobre maltrato en España es factible hacer una inferencia de los existentes en la literatura. Al igual que la mayoría de ancianos europeos y americanos, los españoles mayores de edad prefieren llevar un estilo de vida independiente mientras se valgan por sí mismos para cubrir sus necesidades. Así, el estudio de hogares unipersonales del Inerso²⁶ muestra que de una cifra total de 1.129.117 hogares unipersonales, el 64% están formados por mayores de 65 años, conformando un sector de población altamente envejecido, con hegemonía de mujeres viudas. Por lo general, los mayores prefieren vivir solos, aunque en estrecha relación con sus hijos.

El ya clásico estudio de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología²⁷, puso de manifiesto que el 68% de los mayores de 65 años vivían solos o con su cónyuge, o todavía se encargaban de mantener a los hijos. Un 18% residían con hijos (sobre todo los varones viudos), un 5% con hermanos u otros parientes y el 2,5% en residencias. En cuanto al grado y calidad de las relaciones familiares, el 83,6% las refirieron como buenas o muy buenas.

No obstante, a edades avanzadas, es cuando se vuelven socialmente dependientes por la pérdida de la autonomía física y/o psíquica, y es cuando más se pone en marcha la red de solidaridad familiar, siendo frecuente que vivan de manera rotativa en varios hogares, alternando su residencia entre distintos hijos. Esta inestabilidad residencial afecta a un porcentaje comprendido entre el 5 y el 15% de los que conviven con hijos, hermanos y demás parientes²⁸.

Tanto ese porcentaje de ancianos dependientes cohabitando con familiares como el de los que permanecen en su hogar al cuidado del cónyuge o de su familia (como fuente externa diaria o periódica de atenciones), se constituye en el núcleo poblacional de riesgo de maltrato.

El referido apoyo femenino genera un perfil típico de cuidador: mujer (83%), que no recibe ayuda externa (62%), de edad comprendida entre los 45 y 69 años, de estado civil casada (79%), perteneciente a las capas más modestas de la sociedad, alejada del mercado laboral, en el 59% de los casos cuidador y anciano cohabitan permanentemente y en el 16% lo hacen de forma temporal²⁷.

Tras el análisis de diferentes estudios^{16, 26, 29, 30-34, 36-39} y nuestra experiencia personal³⁵ se podría hacer un retrato robot del perfil de las posibles víctimas y maltratadores. En cuanto a las características principales a tener en cuenta en un sujeto mayor de edad:

<40	27%
40-59	39%
60-69	8%
70-79	12%
>80	14%

*Tabla 7.
Estudio nacional sobre
incidencia del abuso al
anciano en USA (edad de
los agresores)*

Mujer, de edad superior a 75 años, con deterioro psicofísico (generalmente confinada a vida de cama y silla de ruedas) por residualidad ictal, enfermedad de Parkinson o por demencia, con trastornos psiquiátricos importantes, patrón previo de personalidad egocéntrica y dependiente (neuroticismo), anómalas relaciones paterno-filiales, anómala convivencia/integración/adaptación social previa y/o con déficits sensoriales.

En cuanto al cuidador que maltrata, el perfil básico general que debemos sospechar será:

Sujeto que lleva dedicado a la víctima durante un periodo medio de 10 años (el 10% llevaría más de 20 años), el 75% convive con la víctima, existe reiteración de maltrato, en el 40% de los casos suelen ser cónyuges y en el 50% descendientes directos (hijos, nietos, etc.) o bien familiares como hermanos, sobrinos, etc.; el 50% necesita el hogar de la víctima, y un 50% necesita su sustento económico. Se trata, además, de personas con pobre o anómala comunicación previa con el anciano, con aislamiento social y con problemas económicos (paro, desempleo, subempleo, etc.).

Con respecto a la edad el 75% tiene más de 40 años (llegando el 20% a superar los 70 años), a menudo sufren de trastornos mentales como depresión, alteración en la personalidad, ansiedad, alcoholismo, drogadicción, o bien sentimientos de soledad, baja autoestima, desesperación, frustración, etc. Suele haber antecedentes de maltrato en su infancia.

Cuando la víctima precisa de hospitalización, se puede mostrar hipercrítico y suspicaz con el personal de urgencias o de la planta hospitalaria donde quede alojada y también con el tipo y cantidad de cuidados administrados al paciente. Por lo general muestran conductas extremas, bien de permanencia continuada en el centro o bien de falta de contacto. Suelen ser demandadores ante el más mínimo cambio o condición que se plantee en el curso evolutivo del ingreso, llegando a presentar todo tipo de quejas y denuncias. Cuando se les insinúa el alta clínica se muestran poco participativos y colaboradores, interesándose por "alargar" el periodo de estancia del anciano. Estas son, precisamente,

consideraciones que quedan bien expuestas en el reciente trabajo de Kessel, H. Y cols.⁷. También arrastran estrés vital (por viudedad, separación o divorcio). Pueden generar dificultades para acceder al enfermo, tanto en el nivel primario de salud como en los servicios sociales, cuando no son ellos los que demandan la visita.

Sobre el estado general de salud de los mayores de 65 años en España, los resultados del estudio sobre Necesidades Sociales y Familiares de la tercera edad⁴⁰ señalan que el 54% de las personas mayores encuestadas padece alguna enfermedad o carencia física y, de ellos, el 53% recibe algún tipo de asistencia médica o sigue algún proceso de rehabilitación. Conforme aumenta la edad, aumenta también la proporción de sujetos que se declaran enfermos, pasando de poco más del 51% entre los 60 y 64 años a casi el 71% entre los que tienen 85 años y más. El 26% encuentra dificultades para desplazarse fuera de su domicilio, un 20% experimenta estas dificultades para salir o entrar de su vivienda y para algo más del 11% constituye un gran problema desplazarse por el interior de su vivienda.

Según estimaciones del Gobierno Vasco⁴¹ se considera que entre un 15% y un 26% de los ancianos padece enfermedades conducentes a la invalidez y dependencia.

En el estudio del Inserso sobre Nuestros Mayores²⁶ el 7% presentaba dependencia severa y el 20% dependencia moderada.

La incapacidad, como ya se ha dicho, se relaciona en geriatría con la necesidad de asistencia para hacer frente a las actividades de la vida diaria, y está condicionada por la edad, ya que se incrementa después de los 80 años, momento en que las enfermedades degenerativas tienen especial incidencia.

En la mencionada encuesta del Inserso⁴⁰, la tasa de ancianos necesitados de ayuda pasa del 15% entre los menores de 70 años a casi el 60% entre los mayores de 80.

Con respecto a la longevidad, en España alcanza cotas actuales en España de 81,4 y 73,4 años, para mujeres y hombres respectivamente, y va a seguir aumentando dadas las expectativas de crecimiento de este grupo poblacional. Para el año 2005, según el Censo de Población de 1991, se prevee alcanzar un 17,4% de mayores de 65 años⁴².

Cuando los ancianos necesitan ayuda suelen acudir a la familia cercana (cónyuge e hijos), que rea-

liza el 64% de los cuidados, otros allegados (parientes, amistades, vecinos) asumen el 8% de la carga de atención; los empleados de hogar llevan el 5% de los cuidados y los servicios de ayuda a domicilio vienen a suponer el 4,7% del total⁴³. Este apoyo informal de cuidados a nivel de la estructura familiar está muy arraigado y se considera como una "obligación moral", pero los cuidadores realizan su labor con gran penuria y sufrimiento, hecho que conviene resaltar a la hora de evaluar el riesgo de posible maltrato. Es normal que se resientan en aspectos básicos como: ocio, actividad social, salud y vida familiar. También van acumulando pluripatología derivada de los esfuerzos físicos y de la tensión emocional debida a su silenciosa labor. Esta situación es especialmente crítica cuando el anciano es un enfermo dependiente total y, por tanto, requiere de grandes cuidados, entonces supeditan su atención al resto de facetas personales. Aquí es precisamente donde los profesionales de la sanidad debemos intervenir para aliviarles mediante consejos, apoyo y pautas terapéuticas.

Los servicios sociales de la comunidad, a pesar de su desarrollo en las dos últimas décadas, son todavía rudimentarios. Se requiere una mayor expansión y oferta para poder descongestionar aquellos casos problema de cuidado informal ya insostenible en el domicilio y ayudar a los cuidadores a enfrentarse con tal volumen de necesidades.

También hay autores que opinan que el maltrato del anciano se asocia más con la personalidad del perpetrador-cuidador que con la carga del cuidado^{16, 36}, al igual que ocurre en los casos de maltrato infantil y de la mujer.

Finalmente, señalamos un bloque de factores de riesgo que pueden llegar a suscitar conductas de maltrato en un momento dado de dicha interrelación entre cuidador y anciano³⁵. Serán valorables:

- cambios inesperados en el estilo de vida y en las aspiraciones o expectativas sociales, personales y laborales del cuidador.
- cuidadores que cohabitan en solitario con el enfermo (por razón de soltería, viudedad, divorcio, etc.).
- mujeres en edad madura, con el fenómeno de la menopausia, con o sin "nido vacío", que ven reducidas sus expectativas socio-familiares y de auto-realización ante la situación de tener que cuidar a un progenitor (o a ambos) y/o a sus suegros.
- cuidadores que arrastran alguna enfermedad somática de carácter crónico.

- cuidadores con algún problema psiquiátrico: trastorno de personalidad, depresión, neurosis, psicosis.
- cuidadores con alguna forma de narcotráfico (alcoholismo, drogas, psicofármacos).
- personas solitarias (hijos únicos, solteros) con nulo o escaso soporte familiar y/o social para descarga de su rol de cuidador.
- cuidadores con escasa red de apoyo socio-sanitario.
- cuidadores con otras obligaciones y responsabilidades (paterno-filiales, conyugales, laborales y domésticas).
- pobre nivel de relaciones entre cuidador y enfermo de edad.
- cuidador con antecedentes de maltrato en su infancia/ juventud, por parte del enfermo como del otro progenitor.
- sujetos con penuria económica
- sujetos afectos de algún tipo de ludopatía.
- personas con antecedentes de hiperfrecuentación sanitaria.
- cuidadores que comienzan a manifestar sentimientos de frustración, ira, desesperanza, cansancio psicofísico, cambio a una relación de indiferencia, baja autoestima, soledad o manifestaciones psiquiátricas de ansiedad, hipochondría, dependencia a psicofármacos, trastornos del ritmo sueño-vigilia, consumo étílico elevado.
- cuando el ambiente familiar donde se administran los cuidados, vive bajo un importante estrés.
- cuando el cuidador se dedica casi en exclusiva al anciano.

Maltrato en residencias

A medida que la red familiar se torna más débil el riesgo de institucionalización aumenta, sobretodo, con la edad y la enfermedad que produce dependencia. El número de plazas en España asciende al 2,8 por 100 mayores de 65 años (165.000 plazas)⁴⁰ y resulta todavía escaso para la creciente demanda del sector. Sin pecar de exceso, creemos que se debería alcanzar la cifra del 5%.

Es evidente que también existe riesgo de maltrato en este colectivo^{35,44-46}, por tanto, debemos conocer los factores implicados. Según Kayser-Jones⁴⁷, las principales categorías de maltrato en las resi-

dencias serían: la infantilización en el trato, la despersonalización en la provisión de servicios, la deshumanización, la privación de la intimidad y la victimización.

A pesar de que sobre este nivel tampoco disponemos de datos, las tres primeras categorías de maltrato citadas creemos suponen una cotidiana realidad en el momento presente. Casos de victimización, según los diferentes tipos de maltrato, a cargo del personal de las instituciones, salen a relucir lamentablemente de forma periódica en los medios de comunicación social. Entre las circunstancias dependientes del medio o estructura residencial, favorecedoras o generadoras de maltrato, citamos como muy importantes:

- existencia de barreras arquitectónicas (incluso en edificios de nueva creación).
- espacios habitables poco hogareños.
- privacidad poco respetada.
- mobiliario, enseres, decoración, espacio físico, en deficiente estado de conservación.
- escasa dotación de personal.
- ausencia de programas de rehabilitación elemental, ejercicio físico, terapia ocupacional, asistencia social, de tiempo libre/ocio, de supervisión médica, de enfermería, etc.
- predominio de los servicios de alojamiento y hostelería frente a los especializados.
- deficiencia o ausencia de un programa individualizado de atención al enfermo.
- falta de trabajo en equipo.
- escasa variación de menús.
- comidas servidas según el horario de la institución, sin respetar el ritmo biológico del enfermo.
- sobre o infradosificación de medicamentos.
- escasa o anómala supervisión nocturna.

En cuanto a los factores de riesgo dependientes de los cuidadores, en este nivel residencial, habría que reseñar, los siguientes:

A. Factores ligados a su propia personalidad y circunstancias personales:

- conflictos no resueltos con sus progenitores.
- estrés interno relacionado con enfermedades intercurrentes, sucesos vitales, dinámica de su hogar familiar o conyugal.
- falta de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento ante los problemas y el estrés.

- sentimientos de abatimiento, cansancio u opuestos ante la mínima complicación de enfermedad entre los ancianos a su cuidado.
- malestar o sentimientos negativos en relación con el envejecimiento propio y el de los demás.
- falta de respeto por el otro, en general.
- falta de paciencia, ansiedad situacional, trastornos afectivos o de ansiedad intercurrentes.
- incapacidad de autocrítica.
- ausencia de autocontrol.

B. Factores relacionados con las características laborales y profesionales:

- inexistencia de directrices u objetivos asistenciales definidos.
- desánimo ante la escasa dotación de personal, de presupuesto, de instalaciones y servicios adecuados.
- frustración/desmotivación (síndrome del "burn out") generada ante el exceso de jornada laboral, guardias, turnicidad, baja remuneración salarial o bien ante la imposibilidad de un ascenso profesional.
- ausencia de formación y reciclaje sobre atención geriátrica.
- desconocimiento del maltrato.

C. Factores ligados a la sobrecarga en el propio puesto de trabajo:

- escasa dotación de personal en el centro.
- excesiva carga de trabajo.
- falta de tiempo.
- fatiga.
- ritmo de trabajo anómalo, no sincronizado.
- mal ambiente laboral.

Finalmente, estarían los factores directamente relacionados con el anciano que, en principio, no varían con respecto a los ya mencionados en el tema de la violencia y maltrato en el medio familiar. Aquí, además, habría que señalar como de alta implicación: el nivel de exigencias del mayor, su mayor grado de dependencia, su excesivo peso, su lentitud, su falta de cooperación, su conducta negativa o sus accesos de agresividad.

Estrategias de intervención

La continuidad del esquema tradicional que asocia valores femeninos al cuidado de personas de cual-

quier edad, pelagra con el paso a la vejez del colectivo actual, es decir: mujer, mayor de 50 años, con pocos estudios y ama de casa y con el advenimiento del nuevo modelo femenino de mujeres que acceden al mercado laboral y simultanean esta tarea con las funciones del hogar²³.

Pronto se dará, por tanto, una confrontación de dos derechos: el individual al trabajo y el derecho de los ancianos dependientes a ser cuidados y atendidos. Conjugación de ambos aspectos no será posible mientras no se creen cuanto antes fórmulas de solución. Así y en relación con los cuidadores, creemos oportuno:

- se reconozca legalmente la figura del cuidador familiar.
- se legisle en lo laboral esta figura para que pueda conciliar el trabajo remunerado con el apoyo social informal.
- se legisle, también, en lo económico para que puedan otorgarse prestaciones según caso y problema.
- se incorpore la figura del varón al sistema de cuidados familiares.
- se desarrolle un sistema de servicios sociales que pueda apoyar y descargar parcial o definitivamente al cuidador mediante el desarrollo y expansión de los servicios de ayuda a domicilio, las estancias temporales en residencias, los centros de día, e incrementar el número de plazas residenciales.

No hacerlo así puede conllevar al fracaso del actual sistema protector intrafamiliar y al traspaso de los casos problema a la administración y competencia estatal, es decir al resto de la sociedad.

Es evidente que este tipo de actuaciones supone, a su vez, una importante estrategia preventiva para evitar los posibles casos de maltrato.

Aunque el campo de los malos tratos en España se encuentra en sus primeros estadíos, igual que lo estaba el del abuso infantil en la pasada década, la prevalencia del problema nos es desconocida y necesitamos más investigación para documentarlo. El desconocimiento y/o la negación del mismo dificultan la prevención y la intervención. Asumimos plenamente los acuerdos de la Primera Conferencia Consenso y la Declaración de Almería⁶.

Las percepciones sociales mantienen todavía una visión "negativa" y, en parte, no fundada del envejecimiento. Se perpetúan entre la sociedad en general, por los allegados al anciano, por los profesio-

nales de la salud y servicios sociales y, lamentablemente, entre los propios ancianos. La vejez representa un estado de especial vulnerabilidad a cuestiones como : insatisfacción, estrés, aburrimiento, inactividad, infelicidad, soledad, problemática/penuria económica y conflictividad familiar. La vida humana es un mosaico de conflictos que resultan de la interacción de fuerzas opuestas y que corresponden a diferentes intereses, deseos y valores. De estas diferencias resultan situaciones de confrontación, competencia, queja, lucha o disputa⁴⁸. El conflicto es inevitable pero no sinónimo de violencia, ni debe conducir a la violencia o maltrato para su resolución. Sin embargo, un porcentaje desconocido de conflictividad finaliza en maltrato, problema que aflige especialmente a los niños, mujeres y ancianos de nuestra "avanzada" sociedad de consumo. La violencia es sinónimo de abuso de poder, por cuanto el poder se emplea para hacer daño a otra persona, trátese de daño o abuso físico, psíquico, económico o sexual. Dado que esta violencia nos afecta a todos, habrá que trabajar con un enfoque a nivel de varios frentes.

Medidas de índole general, entre las que destacaremos

- reconocimiento público de su existencia (sobre todo por los propios ancianos).
- foros de debate.
- Libro Blanco pluridisciplinar sobre el maltrato.
- estudios epidemiológicos, de casos, etc.
- animar a denunciarlo tanto a las víctimas como a los agentes sociales implicados.
- crear unidades de registro permanente de casos dentro de los servicios sociales, con equipos profesionales capacitados para su comprobación y seguimiento.
- legislación específica de protección al mayor.
- fiscalías del mayor en todas las ciudades, sobre todo para incrementar y agilizar los procesos de incapacitación legal de aquellos ancianos con deterioro cognitivo.

Medidas de acción individual sobre las víctimas

No se puede elaborar un protocolo de tratamiento para las víctimas puesto que cada caso representa una historia y problemática singulares y por ello deberá individualizarse.

Habrá que implementar ayuda psicológica (mediante refuerzo, apoyo, terapia conductual, etc.), ayuda psiquiátrica (caso de depresión, ansiedad, miedo, insomnio, etc), ayuda social (mediante el alojamiento en un centro residencial de forma temporal o definitiva), ayuda médica (sobre las lesiones físicas y sexuales), además del consejo y la protección (mediante el establecimiento de tutores legales).

Medidas sobre el agresor

Ayuda psicológica mediante reeducación, reforzamiento positivo de determinadas conductas y el negativo de otras, terapia familiar. Ayuda social y sanitaria, además de la penalización según el delito infringido y el alejamiento de la víctima si llegara el caso.

Mejorar las condiciones del cuidado informal familiar

mediante el grupo de medidas ya expuestas anteriormente.

Sobre los profesionales de la sanidad y de los servicios sociales

Es evidente que se trata de un problema complejo que requiere necesariamente de un enfoque multidisciplinar.

Para hacer un diagnóstico correcto se precisará un estudio longitudinal y de seguimiento del caso a fin de no caer en el error de juzgar únicamente lesiones. La valoración deberá extenderse no solo al maltrato o abuso físico sino también al psicológico, económico, sexual y a los casos de negligencia y abandono.

Recomendamos prestar mayor atención a los signos/síntomas de los diferentes tipos de maltrato a fin de identificarlos y actuar en los casos con sospecha razonable. En cualquier momento se deberá aconsejar la incapacitación legal de los ancianos mentalmente incompetentes, colaborando en dicho proceso.

La actuación sobre los signos/síntomas de las lesiones en los casos de abuso físico y sexual, comprenderá:

- la evaluación, mediante descripción y pronóstico, y tratamiento de las lesiones físicas (heri-

- das, arañazos, contusiones, fracturas, laceraciones, quemaduras, fisuras, hemorragias, etc.).
- la toma de imágenes fotográficas o diapositivas o filmación en vídeo de tales lesiones.
- registrar el caso en la base de datos del hospital o centro de atención primaria.
- comunicar el caso al juzgado mediante escrito, fax o e-mail.
- informar al paciente (si tuviera capacidad psíquica conservada) de las acciones a ejercer en el plano médico, social y judicial.
- informar a otros miembros de la familia (caso de incapacidad mental) de las acciones a seguir.

Por otra parte, la actuación ante la sospecha de un caso de maltrato psíquico, será:

- remitir el caso problema para valoración especializada (psiquiátrica/psicológica).
- registrarlo en la base de datos del centro hospitalario o de atención primaria.
- comunicar la existencia del caso al juzgado.
- informar al paciente (si tuviera capacidad psíquica) de las acciones a emprender a nivel social, médico y judicial.
- informar a los miembros de la familia no implicados (caso de incapacidad mental) de las acciones a realizar.

Actuación preventiva sobre el nivel residencial

Exige:

- cumplir las normas de acreditación de centros establecidas por las autoridades de bienestar social a nivel de cada comunidad autónoma.
- seguimiento periódico de los centros por las autoridades competentes.
- exigir la incapacitación legal de los discapacitados mentales alojados en su seno.
- profesionalizar las direcciones de los centros (aspecto prioritario).
- formación y reciclaje del personal.
- funcionamiento en equipo.
- exigir profesionales cualificados en las plantillas.
- adoptar y seguir objetivos asistenciales geriátricos.
- mejorar el grado y calidad de las relaciones familia/centro.

- adecuar las relaciones entre los centros y los entes directores de servicios sociales.

En cuanto a los aspectos legales del maltrato, en abril del 99, se aprobó por el Congreso de los Diputados el Proyecto de Ley de Reforma del Código Penal a fin de dar mayor protección a las víctimas de la violencia. Este Proyecto incluye como delito la violencia psíquica, hasta ahora impune, y es en este punto donde la actuación del sector médico va a ser importante ya que la prueba de su existencia dependerá, en parte, de los informes médicos que se presenten, constatados debidamente mediante pruebas periciales psicológicas y/o psiquiátricas⁴⁹.

Resulta evidente que operadores jurídicos y profesionales de la medicina estamos obligados a trabajar estrechamente con el fin de detectar los casos de maltrato psíquico. Otra importante novedad es que el Ministerio Fiscal podrá actuar de oficio sin necesidad de que haya denuncia por parte de la víctima en el caso de las faltas. También se redefine el elemento diferenciador entre delito y falta, y la habitualidad en el sentido contemplado por la jurisprudencia y doctrina mayoritaria, esto es, como reiteración de actos violentos, sin necesidad de que exista sentencia judicial anterior, ligados temporalmente por una proximidad cronológica⁴⁹.

Con el aumento de la alerta pública y profesional sobre el problema del maltrato en la vejez, las víctimas recibirán, a buen seguro, servicios más amplios y adecuados.

Bibliografía

1. Marín N, Delgado M, Aguilar JL, Sánchez C, Gil B, Villanueva E. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1990;25(sup):66.
2. Marín N, Delgado M, Aguilar JL, Martínez MA, Díez A, Soto JA. Síndrome de maltrato y abuso en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991;26:40-6.
3. Caballero García JC. Maltrato y abuso al anciano en el seno familiar. *Clin Rural* 1993;405:29-32.
4. Larrión Zugasti JL, De Paúl Ochotorena. El Síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Barc)* 1994;102: 206-9.
5. Marín N, Delgado M, Rodríguez M. Síndrome del anciano maltratado. *Med Clin (Barc)* 1994;103:357-8.
6. Kessel Sardiñas H, Marín Gámez N, Maturana Navarrete N, Castañeda Fábrega L, Pageo Giménez MM, Larrión Zugasti JL. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:367-72.

7. Kessel Sardiñas H, Marín Gámez N, Pageo Giménez MM, Amat Berenguel E, Barnosi Marín A y Rodríguez-Galdeano M. El síndrome del Dr. Jekyll y Mr. Hyde: las dos caras del cuidador de ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:346-53.
8. Baker AA. Granny-battering. *Modern Geriatrics* 1975, i:20-4.
9. Burston GR. Granny-battering. *British Med J* 1975,3: 592.
10. Butler RN. Why survive?. *Being old in America*. Harper Row. New York. NY. 1975.
11. US House Select Committee on Aging and US House Science and Technology Subcommittee on Domestic, International Scientific Planning, Analysis and Cooperation Hearing. *Domestic Violence*. Washington DC. US Government. Printing Office 1978.
12. State Elder Abuse Prevention Program. Reauthorization of Older Americans Act. Title VII. *Vulnerable Elder Rights Protection Activities*. Administration on Aging Department of Health and Human Services 1992.
13. Tomlin S. *Abuse of elderly people: an unnecessary and preventable problem*. British Geriatrics Society. London 1989.
14. Wolf RS, McMurray S. Perspectives: the editors'view. *J Elder Abuse Neglect* 1989;1(1):1-5.
15. Internacional. Carta de derechos y libertades de la persona de edad dependiente. *JANO* 1989;37(19):874.
16. Council on Scientific Affairs. Elder abuse and neglect. *JAMA* 1987;257(7):966-71.
17. Pillemer K, Finkelhor A. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist* 1988; 28:51-7.
18. Block MR, Sinnott JD. Methodology and results. In MR Block and JD Sinnott (eds). *The battered elder syndrome: an exploratory study*. College Park. MD Center on Aging. University of Maryland. USA 1979.
19. Tornstam, L. Abuse of the elderly in Denmark and Sweden: results from a population study. *J. Elder Abuse Neglect* 1989;1(1):35-44.
20. Shell D. *Protection of the elderly: a study of elder abuse*. Manitoba Association on Gerontology and Manitoba Council on Aging 1982.
21. Ontario Secretariat for Social Development. *Report of survey of elder abuse in the community*. Senior's Secretariat. Toronto. Canada 1982.
22. The National Elder Abuse. *Incidence Study. Final Report. 1998*. The National Center on Elder Abuse at The American Public Human Services Association in collaboration with Westat Inc. National Aging Information Center. Washington. D.C 1998.
23. Bazo T y Maiztegui C. Sociología de la vejez. En: *Envejecimiento y Sociedad: una perspectiva internacional*. Bazo T, García Sanz B, Maiztegui C, Martínez J. (eds) Editorial Médica Pan Americana. Madrid 1999; cap. 2:47-102.
24. Townsend P. The family life of old people. *Middlesex*. 1963. Harmondsworth 1970.
25. Allan G. *Family life*. Blackwell. Oxford. UK 1990.
26. Insero. Las personas mayores en España. *Perfiles. Reciprocidad familiar*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid 1995:43.
27. Libro Blanco. *El Médico y la Tercera Edad*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y Gabinete Sociológico Bernard Krieff. Madrid 1986.
28. Fundación Caja Madrid (ed). *Jornadas por una Vejez Activa*. Fundación Caja Madrid 1995:107.
29. Bloom JS, Ansell P, Bloom MN. Detecting elder abuse: a guide for physicians. *Geriatrics* 1989;44(6):40-56.
30. Jones J, Dougherty J, Shelble D. Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse. *Ann Emerg Med* 1988;17(10):1006-15.
31. Kosberg JI. Preventing elder abuse: identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist* 1988;28(1):43-50.
32. Rodríguez Rodríguez C. Cuidados en la Vejez. *La necesaria convergencia entre los recursos formales y apoyo informal*. En Fundación Caja Madrid (ed). *Jornadas por una Vejez Activa*. Madrid 1995.
33. Anderson L, Thobaden M. Clients in crisis. *J Gerontological Nursing* 1984;10(12):6-10.
34. Cassel C, Walsh JR (eds). *Geriatric Medicine*. New York. Springer Verlag 1984;211-35.
35. Caballero García JC. *Malos tratos en la vejez*. Forum Deusto. Univesidad de Deusto. Bilbao 2000;181-203.
36. Pillemer K, Finkelhor A. Causes of elder abuse. Caregiver stress versus problems relatives. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59(2):179-87.
37. Long CM. Geriatric abuse. *Issues in Mental Health Nursing* 1981;3:123-35.
38. Ferguson D, Beck C. Half, a tool to assess elder abuse within the family. *Geriatric Nursing* 1983 (sep-oct): 301-4.
39. Tomita S. Detection and treatment of elderly abuse and neglect: a protocol for health care professionals. *Physical and Occupational Therapy in Geriatric* 1982;2(2):37-51.
40. Insero. La tercera edad en España: necesidades y demandas. *Un análisis de la encuesta sobre necesidades sociales y familiares de la tercera edad*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1990.
41. Gobierno Vasco (ed): *Plan Gerontológico de Euskadi (1994)*. Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social. Vitoria. Gobierno Vasco 1995.
42. INE. *Proyecciones de la población española calculadas a partir del censo de población de 1991*. Madrid 1995.

43. Insero. Cuidados en la vejez. *El apoyo informal*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1995:28.
44. Pillemer K. Maltreatment of patients in nursing homes: overview and research agenda. *J Health Soc Behav* 1988;29:227-38.
45. Hudson MF, Johnson TF. *Elder neglect and abuse: a review of literature*. In Eisdorfer C (ed). *The Annual Review of Gerontological and Geriatrics*. New York. Springer 1986.Vol 6:81-134.
46. Hugonot R. *La Veillesse maltraitée*. Editions Dunod. France 1998:93.
47. Kayser-Jones citado por Monk A. *Gerontological Social Services. Theory and practice*. In Monk, A. (ed). *Handbook of Gerontological Services*. Columbia University Press. New York 1990.
48. Tubert Cotler S. Aspectos psicológicos de la violencia doméstica. *Med General* 1999;17:78-81.
49. Bayo García M. Aspectos legales del Maltrato. Orientación jurídica de la denuncia. *Med General* 1999;17: 72-7.