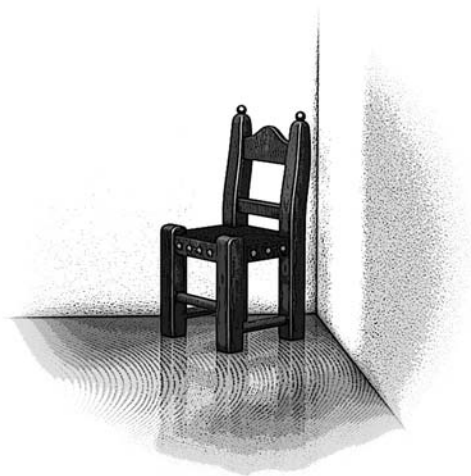


Jose Luis de la Cuesta Arzamendi (ed.)

el **M**altrato de personas mayores

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN
DESDE UN PRISMA CRIMINOLÓGICO INTERDISCIPLINAR



Hurkoa Fundazioa

Instituto Vasco de Criminología
Kriminologiaren Euskal Institutua

INCIDENCIA Y PREVALENCIA
DEL MALTRATO DE LOS MAYORES

MARÍA TERESA BAZO
Catedrática de Sociología
Facultad de Ciencias Económicas
UPV/EHU. Bilbao

El maltrato a las personas de edad fue detectado desde mediados de los años setenta, pero no es hasta la década siguiente, y en los Estados Unidos, cuando se institucionaliza el término de *elder abuse*. Es el último descubrimiento de la violencia familiar y se entiende que el fenómeno violento todavía ampliamente desconocido en la actualidad (Bennett, Kingston y Penhale 1997: 1).

El problema de los malos tratos a las personas ancianas existe en todas las sociedades, ya que la violencia en general y la violencia familiar en particular, se producen como resultado de la capacidad de los seres humanos para producir daño a otros, sea de forma voluntaria o involuntaria. En el plano internacional, todavía no se dispone de datos suficientes sobre incidencia y prevalencia. El hecho de que no se disponga de suficiente información en la mayor parte de las sociedades no implica que no exista ese tipo de violencia, sino sencillamente que se produce en el anonimato social y político más cruel. Es decir, que se produce pero que no se reconoce, ni por tanto se ponen las medidas para evitarlo. Este es el caso de España, como también de otros países europeos donde existe poca o ninguna información sobre el problema.

Internacionalmente se observa la dificultad que existe en la definición del concepto, pero además, son diversos los dilemas alrededor del problema del maltrato. Existe una gran confusión sobre lo que constituyen las causas del maltrato y la influencia de la vulnerabilidad en la probabilidad de que se produzca (Brown,

Kingston y Wilson 2000). Eso conduce a que en la puesta en marcha de muchas políticas de protección a las personas adultas, la vulnerabilidad ante el abuso se asume que es un resultado de la discapacidad de la persona y no de la conducta de quien lo perpetra, o del entorno.

Por eso, discutir sobre la cuestión de las características de las víctimas como modo de conocer las causas de los malos tratos y de ese modo promover políticas de prevención e intervención, que es uno de los objetivos de este curso, resulta pertinente, aunque supone adentrarse en un debate inconcluso. Dos, y opuestas, son las perspectivas teóricas al respecto: la que considera como factor de riesgo la dependencia de la persona anciana victimizada por sus cuidadores, y la que considera que son las características de las personas que perpetran el maltrato, como es su dependencia de la persona maltratada y otros factores, las que proporcionan la clave para un mejor conocimiento del problema.

A finales de los años ochenta del pasado siglo, en la conferencia de la Sociedad Británica de Geriátrica se concluyó que la víctima típica de malos tratos era una persona muy anciana, mujer, viviendo en casa con hijos adultos cuidadores, física y mentalmente discapacitada, con sobrepeso, inmóvil e incontinente, y con rasgos de personalidad negativos (Bennett y Kingston 1993: 24). Pero actualmente otra perspectiva se va consolidando. Se entiende que el hecho de que una persona se encuentre en riesgo de sufrir maltrato es más bien debido a las características de quien lo perpetra.

Desde los Estados Unidos se ha ido abriendo camino una corriente de conocimiento y análisis del problema que pone el énfasis en la patología y la dependencia de la persona maltratadora (Pillemer 1993: 237-249). Karl Pillemer participa de la idea de que el énfasis en la víctima tiene que ver con la estrategia de quienes han tratado de llamar la atención sobre la existencia del problema, y hacerlo visible socialmente, al tiempo que podían obtener recursos para comenzar a tratarlo. Una persona anciana dependiente como víctima principal de abusos puede obtener y justificar la asignación de recursos. Esa visión ha llevado a considerar el maltrato a las personas ancianas como un problema de cuidado familiar. Entiende dicho autor que esa perspectiva contiene una gran dosis de *edadismo* pues lleva a caracterizar a las víctimas como frágiles, vulnerables, e incapaces de cuidar de sí mismas. Todo ello produciría según esa visión el estrés de las personas cuidadoras, lo que conduciría a las personas ancianas a encontrarse en una situación de grave riesgo de sufrir maltrato. En sus investigaciones al comparar el grupo de personas ancianas maltratadas con otras no maltratadas o grupo control, no ha observado una relación entre sufrir maltrato físico y el estrés por cuidar de una persona anciana dependiente.

También en otras sociedades como Gran Bretaña se han llegado a conclusiones similares (Bennett y Kingston 1993: 24). Para más abundamiento, Karl Pillemer y Rosalie Wolf así como otros investigadores llegaron a observar ciertos resultados en la dirección contraria. Las víctimas de abusos estaban incluso menos discapacitadas que las de los grupos control. Pillemer señala cómo se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa para la dependencia económica, teniendo los maltratadores mucha más probabilidad de ser económicamente dependientes de la víctima, que los familiares de los casos donde no se daban malos tratos. Otra característica hallada es el abuso del alcohol por parte de los familiares maltratadores, apareciendo en alguna investigación como el predictor más consistente de maltrato. Asimismo, se ha encontrado que las personas maltratadoras suelen ser también violentas en otros contextos.

La perspectiva opuesta que sostiene que la dependencia de la persona anciana de la cuidadora puede conducir al maltrato sigue vigente. Se entiende que el maltrato tiene lugar en una situación de prestación de cuidados a la persona anciana dependiente y que ha salido mal (Nolan 2000: 194). Dentro de una perspectiva interaccionista se pone el énfasis en el significado que la persona cuidadora otorga a su acción de cuidado, es decir qué evaluación realiza del rol de cuidadora y de la calidad del cuidado que proporciona. Se considera que en la creación de la autoimagen influyen tanto la percepción que la persona cuidadora tiene de su relación anterior con la persona cuidada, así como el grado de adecuación entre la situación actual y esa imagen. Si anteriormente la relación entre las dos personas ha tenido sólo aspectos negativos o por el contrario sólo muy positivos, la situación de cuidado actual puede hacer que la cuidadora sea menos tolerante y espere de la cuidada actitudes de conformidad y docilidad. El maltrato sería consecuencia del intento de la cuidadora de mantener el control sobre la persona cuidada.

De los resultados de diversas investigaciones (Duffy y Momirov 1997: 112) en muchos casos la persona maltratadora suele ser un hijo/a adulto. Los hijos varones sobre todo, aunque otros autores señalan a las hijas. Desde otras perspectivas (Aitken y Griffin 1996: 32) se considera también que aunque en cuanto al maltrato físico los varones tienen más probabilidades de ejercerlo que las mujeres, éstas también pueden cometer abusos tanto contra varones como mujeres. Puede darse tanto en el entorno familiar como en el ámbito institucional, simplemente por ser las cuidadoras principales. Eso aparece también en ciertos casos en lo relativo al abuso material o económico sobre todo. En cuanto a este tipo de abuso otras investigaciones han mostrado a personas no familiares o familiares lejanos como las personas con mayor probabilidad de cometer el abuso. En cuanto al maltrato físico la

mayoría de las personas maltratadoras son cónyuges. En este último caso puede observarse una cuestión de carácter metodológico. ¿Se trata de “violencia doméstica” o de “maltrato de personas ancianas”? En ocasiones ese maltrato puede ocurrir por enfermedad de uno de los cónyuges, Alzheimer u otra, pero en otros casos es sólo la continuación de una historia de maltrato entre cónyuges, sólo que ahora han alcanzado la edad en la que se les considera ancianos.

La investigadora estadounidense Suzanne Steinmetz (1993: 222-236) se encuentra entre quienes sostienen que el estrés que experimentan las personas cuidadoras de personas ancianas dependientes puede conducir a situaciones de abuso y maltrato. Considera no obstante que igualmente puede suceder el maltrato por causa de la dependencia del maltratador de la persona maltratada. Entiende que de cara a la prevención e intervención debe tenerse en cuenta tanto el riesgo de una persona anciana de ser maltratada por su cónyuge, como por un hijo/a cuidadora, y por un hijo/a adulto dependiente. Steinmetz se encuadra en la perspectiva analítica que considera a las personas ancianas vulnerables como más probables víctimas de abusos debido al estrés que la situación de sobrecarga representa para las personas cuidadoras.

En sus investigaciones así como en las de otros autores/as aparece la dependencia de la persona anciana como un factor de riesgo de sufrir maltrato y negligencia, que disminuye cuando la persona cuidadora cuenta con la disposición de otras para prestarle ayuda. La autora va más allá y advierte de entender la dependencia únicamente como la incapacidad de una persona para realizar por sí misma las actividades de la vida cotidiana. En ese caso la relación hallada entre dependencia y abuso es limitada. Sin embargo, sí se encuentra esa relación entre dependencia y abuso cuando la dependencia se define en términos del número de responsabilidades que la persona cuidadora tiene que cumplir, así como de la imposibilidad de ser relevada de esas responsabilidades. Considera también que vivir juntos es un factor añadido de riesgo. Entiende que debe identificarse las situaciones de cuidado y las características de las personas ancianas y sus cuidadoras que pueda ser probable que conduzcan a abusos. Sostiene igualmente que más importante que el estrés producido por la situación objetiva, es la percepción subjetiva del mismo que tiene la cuidadora. Distingue tres casos en los que las personas ancianas se encuentran en riesgo: a) el de la persona anciana maltratada por hijos/as adultos que la cuidan; b) el maltrato del cónyuge; c) el maltrato de hijos/as adultos que están discapacitados física, mental, o emocionalmente y que son dependientes de los ancianos/as.

La idea del factor estrés como desencadenante de una situación de maltrato, es compartida por diversos investigadores (Duffy y Momirov 1997: 109-113) y los ele-

mentos estresantes pueden surgir de problemas mentales, abuso de drogas y alcohol, una historia de violencia, desempleo, exceso de responsabilidades en el cuidado, o incluso por la percepción de la persona cuidadora de depender de la persona anciana. Amigos, familiares y profesionales pueden incrementar tal estrés si critican la calidad del cuidado proporcionado. Otros aspectos han sido también considerados como potencial para el maltrato y es la existencia de conflicto en las relaciones familiares. Uno es la mutua convivencia, como también lo detecta Steinmetz, aunque relacionado con la vuelta de hijos adultos al hogar de los padres. Tendría que ver sobre todo con las expectativas al respecto, de modo que si se espera que los hijos/as no deben volver a casa entonces el conflicto tiene más probabilidades de surgir. Otro factor de conflicto es el género y la provisión de apoyo emocional.

Rosalie Wolf proporciona una categorización que contiene las características de la persona maltratadora y las de la víctima (Biggs, Phillipson y Kingston 1995: 43) que incluye tres tipos diferentes de perfiles: 1) Las víctimas de abuso físico y psicológico tienden a estar bien físicamente pero tienen problemas emocionales. Las personas que maltratan tienen una historia de alcoholismo y/o enfermedad mental, viven con la víctima, y son dependientes de ella económicamente; 2) las víctimas de negligencia son generalmente muy ancianas, y discapacitadas mental y físicamente, con poco apoyo social. La cuidadora encuentra en la persona anciana una fuente de estrés continuo; 3) las víctimas de abuso económico o material tienden a no ser casadas, y sus relaciones sociales son limitadas. Las personas que maltratan tienen problemas económicos a veces unidos a una historia de abuso de drogas o alcohol. Aunque se trata de una clasificación realizada en 1989¹ y que corresponde a la experiencia estadounidense, puede resultar interesante tenerla en cuenta en la medida en que relaciona las características de la víctima y del maltratador. Otro aspecto que a mi entender resulta reseñable es la relación entre las características de las víctimas y los tipos de malos tratos. Diferenciar y asociar ambos aspectos en la investigación entiendo que puede producir resultados fructíferos.

En mi investigación sobre malos tratos a las personas ancianas², cuando se analiza la relación entre tipos diversos de dependencia y tipos de maltrato sufrido se observan ciertas relaciones, que de forma resumida señalo. En la investigación se encuentra que siendo todas las personas de la muestra víctimas de alguno o varios

¹ Wolf R. (1989) *Testimony before the Subcommittee of Human Services: Select Committee on Aging*. US House of Representatives Hearings on Elder Abuse.

² Proyecto "Negligencia y abuso en las personas ancianas", financiado por el Ministerio de Educación y Cultura (1997-2000). Ref. PB-0245.

tipos de maltrato, al tiempo que dependientes en diferente grado de otras personas para la realización de las actividades de la vida diaria, la naturaleza de los tipos de malos tratos es diferente, y afectan a personas con características distintas (Bazo 2001)³. Es decir, que sufrir dependencia en algunas actividades de la vida cotidiana puede conllevar descuido físico o psicológico, sin embargo, la autonomía en actividades como el vestido, alimentación, o movilidad puede conllevar maltrato psicoafectivo y abuso material en mayor proporción que entre quienes son dependientes. El género aparece en esos dos últimos tipos más importante que la dependencia.

La Negligencia en el cuidado físico que implica una falta de atención física, material, ocurre más entre quienes tienen dificultades o dependen de otras personas para vestirse, asearse, y alimentarse. La Negligencia en el cuidado psicoafectivo que conlleva falta de cariño y detalles afectuosos, parece darse más entre quienes son dependientes para su aseo personal, alimentarse, y controlar los esfínteres. Ambos tipos de negligencia se relacionan. Pueden ser más descuidadas y desatendidas física y afectivamente las personas que dependen de otras para su cuidado personal, lo que implica el cuidado corporal, al hilo de lo cual puede recordarse el significado simbólico del cuerpo así como su atractivo o repulsión en función de la edad o la enfermedad. Son de naturaleza diferente el Maltrato psicoafectivo y el Abuso material, más relacionados con el hecho de ser mujer que con ciertos tipos de dependencia física.

Claudine McCreadie (2002) alerta de la necesidad de comprender la naturaleza del riesgo en las propias casas de las personas ancianas. Así, existe evidencia de que se exponen a más riesgo de sufrir violencia física cuando viven con otras personas que solas. Pero el riesgo de sufrir abuso económico es mayor entre quienes viven a solas. En cuanto a las consecuencias por género en estos hechos, se sabe que los varones a cualquier edad viven más con otras personas, mientras que las mujeres conforme envejecen tienden más a vivir a solas. En una reciente investigación de la autora (2002) se encuentran las siguientes situaciones de riesgo: a) persona cuidadora con problemas de carácter psicológico, alcohol; b) la persona anciana con demencia que permanece sola todo el día; c) hogar de la persona anciana donde se

³ En ella se ha analizado una muestra de 104 casos, del total de los 111 detectados en un grupo de 2.351 personas ancianas, atendidas por los Servicios de Ayuda a Domicilio de los municipios señalados. Los siete casos desechados ha sido por faltar en esos cuestionarios algún tipo de información. Los 111 casos detectados representan un porcentaje del 47%. En el 55% de los casos los malos tratos han sido perpetrados por los hijos e hijas biológicos y políticos, en el 12% de los casos por el cónyuge, en el 7% por hermanos o hermanas, y en el 25% por otras personas.

bebe demasiado alcohol; d) persona cuidadora que se pone muy enfadada por la carga del cuidado; e) persona anciana con demencia que es violenta con la persona cuidadora; f) persona cuidadora que es incapaz de atender adecuadamente las necesidades de la vida diaria de la persona anciana; g) persona anciana que vive con hijos adultos con problemas severos de personalidad.

El maltrato institucional ha sido menos estudiado, excepto en Inglaterra, y se ha llegado quizá a infravalorar su importancia. Pero el maltrato institucional existe, lo que ocurre es que resulta “invisible” (Griffin y Aitken 1999: 29-32). Son diversas las razones. Desde una perspectiva feminista se entiende que la invisibilidad social del abuso institucional es debido a que es un mundo predominantemente femenino. Tanto el personal como los clientes son esencialmente mujeres. Las mujeres que trabajan en residencias están en muchas ocasiones mal pagadas y no tienen una formación adecuada. Así como en los casos de violencia doméstica los varones son principalmente los maltratadores, en el caso del maltrato familiar a los ancianos existen discrepancias ya que no todos los estudios coinciden. Sin embargo, el hecho de que sean las mujeres las cuidadoras principales en la mayor parte de los casos, conlleva una probabilidad alta de que sean mujeres las que abusen de las personas mayores. Ocurre lo mismo en el entorno institucional.

Se considera (Glendenning 1999: 2-9) que al contrario de lo que se cree, que los malos tratos en las instituciones son acciones individuales, el abuso institucional es el más frecuente, entendiéndose que el propio entorno institucional con sus prácticas y normas es abusivo en sí mismo. En algunas investigaciones realizadas en los Estados Unidos ya en los años ochenta, se descubrió el maltrato físico practicado de forma deliberada, aunque era menos frecuente que la negligencia física. Otros aspectos hallados fueron la existencia de negligencia psicológica en las residencias, sobre todo la falta de limpieza, así como de un entorno físico atractivo, la dieta inadecuada, el trato que promueve la infantilización de los residentes, y la negligencia pasiva.

En relación a los perfiles, el abuso en el entorno institucional parece que es sobre todo perpetrado por mujeres contra mujeres (Griffin y Aitken 1999: 32-). Se entiende que no se ha investigado suficientemente en esta cuestión porque esa visión se opone a las expectativas sociales sobre las distribuciones de los roles y funciones de mujeres y varones. Suelen analizarse los diferentes casos de maltrato por parte de mujeres como una desviación a la norma, ya que se entiende que si lo hacen es por las presiones, o incluso abusos que ellas pueden estar sufriendo por parte de varones (maridos o compañeros). Se ignoran así las causas de carácter estructural que pueden influir en esas conductas, como son el bajo valor social de las mujeres anciana-

nas en nuestras sociedades y el tipo de trabajo realizado con ellas. Sucede que el trabajo que realizan las trabajadoras en las residencias se encuentra devaluado socialmente, en muchas ocasiones se piensa que esas trabajadoras no necesitan una formación específica, y además es un trabajo mal pagado. Son condiciones, por otro lado, que pueden conducir al abuso económico de los residentes. Ocurre también que las trabajadoras pueden ser contratadas en determinadas condiciones, por necesidades económicas de la institución, quedando como prioridad residual el interés en la calidad del cuidado.

Se entiende que las trabajadoras que experimentan el desequilibrio entre lo que trabajan y lo que económicamente perciben a cambio, pueden intentar “cobrárselo” de otras formas. Por ejemplo, buscando una compensación que puede ser económica a través del robo a los ancianos. En ciertas personas puede incluso que esas compensaciones incluyan el placer de experimentar su poder sobre otros, dejando así de atenderles debidamente, o incluso perpetrando algún tipo de maltrato.

Se considera que ese potencial para ejercer el abuso que puede hallarse entre las condiciones residenciales, se fortalece por la cultura de la violencia existente en la sociedad. Se trata de la tolerancia social hacia ciertas conductas que se producen y que son disculpadas o aprobadas mediante la identificación con quienes ejercen la violencia y la falta de solidaridad con las víctimas. Se produce con ese comportamiento un acto violento que es “el ejercicio de la violencia ideológica, del poder del discurso que legitima la violencia, estigmatiza a las víctimas y trata a las personas no como dueños de sus propios actos, sino como materia para (‘nuestra’) política social”⁴. Es el peligro que encierra ante un caso de maltrato a una persona anciana, intentar comprenderlo sobre la base de la mala situación en la que se encuentran las personas cuidadoras. Esa visión viene además de a estigmatizar a las personas ancianas maltratadas, a reforzar la situación de su invisibilidad como víctimas. La existencia de formas extremas de violencia cuya representación es cotidiana, hace que otras formas más débiles existentes en la vida diaria sean toleradas.

Son varias las formas de abuso que pueden cometerse, aparte del maltrato físico, como son el abuso de poder por la situación diferente entre el personal y la persona anciana institucionalizada y a veces discapacitada, los robos, la sobre-medica- ción y la sedación sobre todo en casos de demencia. Pero parece que no es posible hacer mucho, resulta difícil la intervención, ya que muchos casos no son denuncia-

⁴ Griffin y Aitken citan a S. Kappeler (1995) *The Will to Violence: The Politics of Personal Behaviour*. Cambridge: Polity Press, : 7.

dos. Las inspecciones cuando existen no suelen ser efectivas, y los trabajadores pueden temer perder su puesto de trabajo si se cierra la institución por causa de denunciar a un compañero/a que ejerce algún tipo de abuso. Además, la resignación aprendida por los profesionales ante el fatalismo de la falta de recursos les refuerza su desesperanza y coarta su iniciativa. Los propios familiares que descubren algún tipo de maltrato tampoco suelen denunciarlo.

Los factores de riesgo en las instituciones pueden ser varios (Juklestad 2001): a) cuando el personal recibe poco apoyo de la gerencia; b) falta de formación; c) recibir indicaciones inadecuadas; d) tener baja autoestima; e) tener bajos principios morales; f) trabajar aisladamente; g) escaso nivel en la gerencia; h) excesiva falta de personal; i) poca dirección del exterior; j) pobre comunicación con el mundo exterior.

Los resultados hallados en algunos estudios más recientes y realizados con más garantía científica no muestran que puedan ser ciertos algunos de los factores de riesgo que suelen citarse (Bennett, Kingston y Penhale 1997: 32-37) que se refieren a la psicopatología de las personas maltratadoras, pues aunque se ha encontrado evidencia de la existencia entre ellas de enfermedad mental y problemas de alcohol, no puede saberse con claridad si el abuso del alcohol es previo a los actos de abuso o como consecuencia del estrés por la acción del cuidado.

También se ha dado mucha importancia como factor de riesgo a la transmisión intergeneracional de la violencia en el análisis del maltrato infantil y de la violencia doméstica, pero en el maltrato a las personas ancianas no se ha encontrado ese factor. Respecto a la dependencia como factor de riesgo, aunque los resultados hallados muchas veces son contradictorios, entre los estudios más recientes no aparece la víctima como dependiente. Tampoco aparece en ellos una correlación entre estrés y maltrato. En cuanto al aislamiento social tanto de la víctima como del perpetrador del maltrato, los resultados hallados difieren entre sí. Sin duda se requiere seguir investigando en todos los países, pues además de los aspectos metodológicos, también las diferencias culturales influyen en los distintos resultados.

Prevalencia

Aunque se disponga de información diversa y en distintos países, en muchas ocasiones no puede hablarse de prevalencia. Pocas investigaciones se han hecho a partir de una muestra al azar, representativa de la población. Suele entrevistarse a personal que trabaja con personas ancianas sea de los servicios sanitarios o sociales. Incluso, ciertos trabajos se refieren a estudios cualitativos, interesantes y necesarios

porque analizan en profundidad diversas dimensiones del problema, pero que impiden hablar de tasas con respecto a la población.

Una cuestión común a los diferentes países en cuanto a los datos sobre incidencia y prevalencia es –además de la falta de información– que cuando existe investigación realizada al efecto, no puede ser comparada. El maltrato, negligencia, o trato inadecuado a las personas mayores –término este último utilizado por Fulmer y O’Malley por razones prácticas ya que engloba todas las formas de abuso– es un problema que permanece invisible en la mayor parte del mundo, también entre los países económicamente desarrollados. Y eso es así tanto si se trata del maltrato infligido en el entorno familiar como en el institucional.

La información de que se dispone indica una prevalencia baja, pero el maltrato es una realidad que afecta a millones de personas en el mundo. De los resultados del primer estudio epidemiológico en Gran Bretaña llevado a cabo por Jim Ogg y Gerry Bennet en 1992 se estimó con un nivel de confianza del 95% que un millón de personas ancianas podían estar sufriendo riesgo de abuso verbal y otro medio millón de abuso físico y económico. Entre las personas adultas podían ser hasta tres millones quienes infligieran maltrato verbal y medio millón podrían ser maltratadoras físicas. En los Estados Unidos se cita entre uno y dos millones de personas ancianas que pueden sufrir maltrato anualmente.

En una investigación realizada en Alemania entre 160 personas empleadas en residencias de ancianos, el 68% había cometido al menos una acción abusiva contra algún residente en el año anterior (Aging Today 2001: 15). Además, un 70% había sido testigo de acciones de abuso o negligencia. La distribución de tales acciones aparecen en la tabla 1.

Tabla 1

Testigos de diversas acciones abusivas en residencias de ancianos

	%
Abuso psicológico o verbal	64
Negligencia física	58
Aplicación inadecuada de restricciones físicas	39
Negligencia psicológica	38
Maltrato físico	37
Uso inadecuado de restricciones químicas	14
Abuso sexual	0’6 (una persona)

Fuente: Aging Today (2001) vol. XXII, nº 5: 15.

En la tabla 2 se muestran los datos sobre prevalencia, así como las características técnicas de los estudios y otros datos, comparando los casos presentados por Rosalie Wolf ante la Comisión Especial sobre Envejecimiento del Senado de los Estados Unidos, en la audiencia sobre “La vergüenza del secreto social: El maltrato a las personas ancianas y violencia familiar” el martes 11 de abril de 1995 (Wolf 1996). Rosalie Wolf fue presidenta del Comité Nacional para la Prevención del Abuso a las Personas Ancianas, y de la propia Red internacional INPEA, así como directora del Instituto sobre Envejecimiento. En la tabla se muestran las características de las muestras y datos. En el estudio de Canadá donde se introdujo la cuestión del abuso económico se observa que su prevalencia (2’5%) es superior a la de

Tabla 2
Comparación de estudios y resultados

Autor/es	Pillemer, K. y D. Finkelhor	Podniecks, E.	Kivela, S. L. et al.	Ogg, J.
Publicación	1988. “Prevalence of elder abuse: A random sample survey”, <i>Gerontologist</i> , 28, nº 1: 51-57	1992. “National survey on abuse of the elderly in Canada”, <i>Journal of Elder Abuse & Neglect</i> , 4, nos. 1 y 2: 5-58	1992. “Abuse in old age: epidemiological data from Finland”, <i>Journal of Elder Abuse & Neglect</i> , 4, nº 3: 1-18	1993. “Researching elder abuse in Britain”, <i>Journal of Elder Abuse & Neglect</i> , 5, nº 2: 37-54
Ámbito	Área Metropolitana de Boston	Canadá	Finlandia. Una ciudad semi industrializada	Inglaterra
Características del estudio	Entrevistadas 2.000 personas de 65 y más años no institucionalizadas	Muestra nacional representativa. Entrevista telefónica. Se añaden preguntas sobre abuso económico	Cuestionarios escritos y evaluaciones clínicas	Muestra nacional. Se añaden más preguntas al cuestionario de USA y Canadá
Abuso Físico...	... 2’0%	... 0’5%	Total de todos los tipos: 5’4%	... 1’7%
Abuso Verbal...	... 1’1%	... 1’4%		... 5’6%
Negligencia.....	... 0’4%	... 0’4%		... --
Abuso económico	... --	... 2’5%		... 1’5%
TOTAL	... 3’2%	... 4’0%		
Compañero/a	... 58%			Por algún familiar
Hijos/as	... 24%			
Género Víctimas	Alrededor del 50% eran varones y otro 50% mujeres	Alrededor del 50% eran varones y otro 50% mujeres	El 2% de los varones El 7% de las mujeres	

Fuentes: a) Rosalie S. Wolf (1996) “Elder abuse and family violence: Testimony presented before the U. S. Senate Special Committee on Aging”, *Journal of Elder Abuse and Neglect*. Binghamton, NY: The Haworth Press, vol. 8, nº 1: 81-96. b) Hannie Comijs (1999) *Elder Mistreatment: Prevalence, risk indicators and consequences*. Amsterdam: Vrije Universiteit: 12. Elaboración propia.

los otros tipos de abuso. En el de Inglaterra destaca la prevalencia del abuso verbal. Sin embargo, puede deberse a diferencias en la operacionalización de este tipo de maltrato (Comijs 1999: 12). Se observa en general que todos los estudios muestran una prevalencia que puede considerarse baja, y aunque siempre se producen problemas de comparabilidad, el hecho de que se observe cierta similitud entre los diferentes estudios resulta relevante (Bennett y Kingston 1993: 151).

Un estudio realizado a mediados de la década de los 90 del siglo pasado por Hannie Comijs en la ciudad de Ámsterdam, muestra los resultados que aparecen en la tabla 3. Las personas participantes eran personas encuestadas en el Estudio de los Ancianos de Amsterdam (Amsterdam Study of the Elderly, AMSTEL). Se trata de un estudio sobre funcionamiento cognitivo y declive realizado entre las personas de 65 y más años no institucionalizadas. Se eligió para la muestra una proporción fija de personas seleccionadas al azar entre estratos de cinco años: 65-69, 70-74, 75-79, y 80-84 (Comijs 1999: 22). En todos los subgrupos excepto en el de 84 y más años, se observa una prevalencia total superior al 5%, siendo en todos los subgrupos la más alta la relativa a la agresión verbal crónica. Sobre la prevalencia total se observa que con un intervalo de confianza del 95%, las estimaciones que se hacen sobre las personas de 69 a 90 años que pueden estar sufriendo un tipo de maltrato o más en la ciudad de Ámsterdam, es de entre 3.000 y algo más de 4.000 personas.

Completaré la información analizando a continuación algunos resultados obtenidos en mi investigación ya citada⁵.

Tabla 3

Prevalencia de maltrato a las personas ancianas en la ciudad de Ámsterdam por subgrupos de edad (año 1994)

Tipo de abuso	69-73 n=572	74-78 n=467	79-83 n=442	84 y más n=316	Total N=1.797	Intervalo de confianza 95%	Estimación sobre la población de Amsterdam
Negligencia	0'3	--	0'5	--	0'2	0 - 1'9	0 a 267
Agresión verbal crónica	3'3	3'9	3'2	2'2	3'2	2'4 - 4'0	1.603 a 2.671
Agresión física	1'7	1'1	1'1	0'3	1'2	0'7 - 1'7	467 a 1.135
Abuso económico	1'4	1'1	1'6	1'9	1'4	0'9 - 1'9	601 a 1.269
Prevalencia total	6'3	5'8	5'4	4'4	5'6	4'6 - 6'6	3.072 a 4.407

Fuente: Hannie Comijs (1999) *Elder Mistreatment: Prevalence, risk indicators and consequences*. Amsterdam: Vrije Universiteit: 25. (Población de Amsterdam comprendida entre los 69 y 90 años: que vive de manera independiente: 66.776 personas).

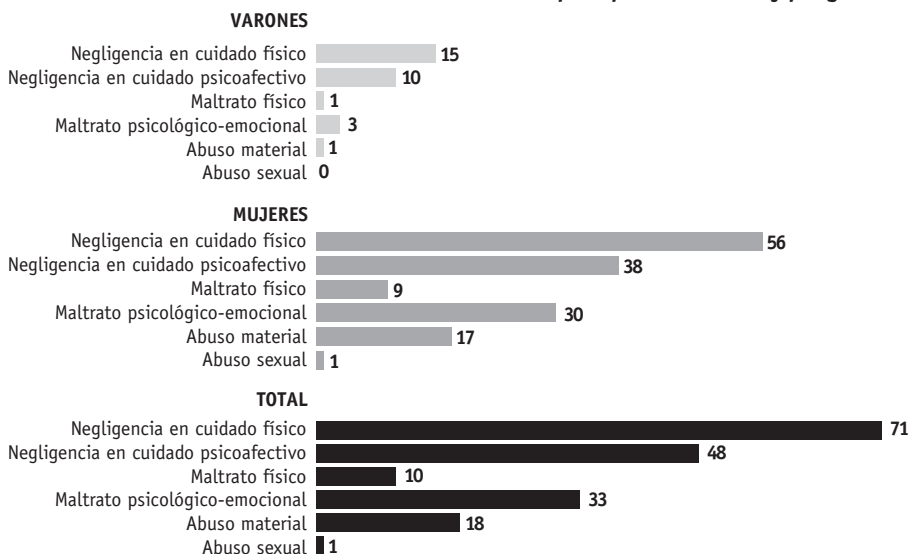
⁵ Información más amplia puede verse en Bazo 2001.

En el gráfico 1 se presenta el número total de casos por tipos de maltrato y género. Habitualmente, y en la presente investigación se ha observado lo mismo, las personas suelen sufrir más de un solo tipo de maltrato al mismo tiempo. Es por lo que si se sumaran esas cifras el total superaría el número total de casos detectado.

Si se analiza el gráfico 2 (siguiente página) se observa que todas las personas analizadas, sean varones o mujeres, sufren más negligencia, sea en el cuidado físico y psicoafectivo, que propiamente malos tratos. Sin embargo, el maltrato físico entre las mujeres representa una proporción del doble de casos (11%) que entre los varones (5%). El maltrato psicológico y emocional se da entre las mujeres en una proporción de más del doble que entre los varones (36% y 15% respectivamente), y el abuso material es entre ellas cuatro veces el de los varones (20% y 5% respectivamente). Resumiendo, la proporción de los varones que sufren desatención física y psicológica es algo mayor que entre las mujeres, mientras que en ellas el riesgo de sufrir malos tratos físicos, psicológicos, así como abuso material, y –aunque sea un sólo caso el detectado en la muestra– sexual, es notablemente mayor que entre los varones.

Gráfico 1

Número total de casos de maltrato por tipos de maltrato y por género



También se ha tenido en cuenta los tipos de dependencia y su posible relación con los distintos tipos de maltrato, resultados que se presentan en la tabla 4.

En cuanto a la negligencia en el cuidado físico, parecen variables influyentes la dependencia para vestirse, asearse, y parece que especialmente para alimentarse. No se aprecian diferencias notables con relación a la negligencia en el cuidado físico, entre quienes tienen problemas de movilidad y quienes no los tienen, ni sobre todo entre quienes controlan los esfínteres y quienes no los controlan, ya que todas

Gráfico 2

Porcentaje total de personas maltratadas por tipos de malos tratos, según género

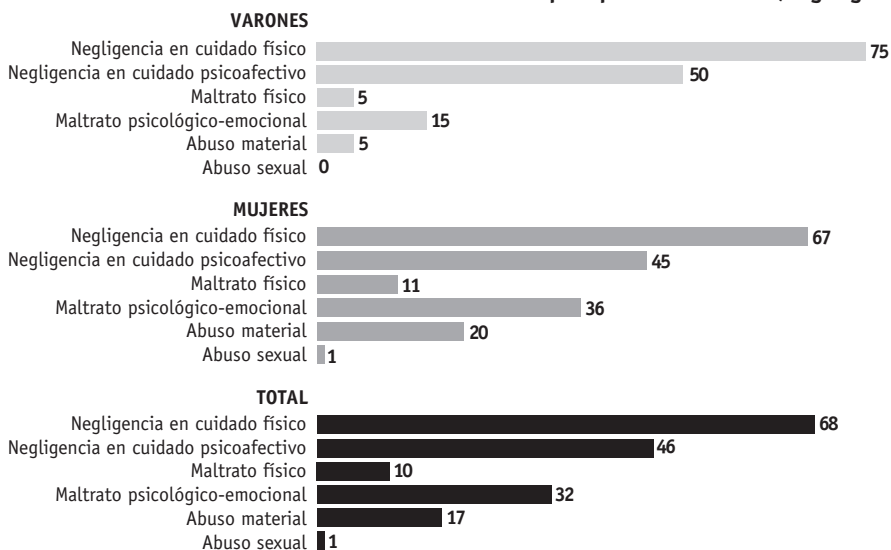


Tabla 4

Tipos de negligencia y maltrato por tipos de dependencia (%)

	Vestido		Aseo Personal		Movilidad		Alimentación		Control de Esfínteres	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Negligencia cuidado físico	85	49	76	53	74	67	79	59	74	71
Negligencia cuidado psicoafectivo	44	46	47	35	46	42	48	38	56	38
Maltrato físico	5	12	9	--	9	4	9	6	3	10
Maltrato psicoafectivo	19	46	29	24	27	33	22	38	27	29
Abuso material	12	21	15	18	13	21	19	9	12	17

esas personas sufren en proporciones parecidas, y también altas, la falta de atención en el cuidado físico. Parece pues que en ambos tipos de actividad coinciden otras características que neutralizan el “efecto beneficioso” de la independencia como preventivo de sufrir negligencia en el cuidado físico.

La negligencia en el cuidado psicoafectivo es el segundo tipo de abuso que sufren más las personas de la muestra. Entre quienes tienen dificultades en alguna de las actividades de la vida cotidiana, parece que aquellas personas que son dependientes de otras para el aseo personal, la alimentación y el control de esfínteres, son las que pueden sufrir más este tipo de negligencia. Sobre todo en este último tipo de dependencia (dificultad para el control de esfínteres) donde la diferencia porcentual en la experiencia de este tipo de abuso es la mayor, y la única que supera el 50%. Parece posible que la necesidad de limpieza corporal, la mayoría de las veces por parte de otras personas, pueda conllevar por parte de quien la realiza actitudes y gestos de disgusto, desagrado y reproche hacia la persona dependiente. En las otras dos actividades (vestido y movilidad) no se observan diferencias en cuanto a ser dependiente o independiente. Es decir, se sufre en proporciones iguales o similares la negligencia de carácter psicoafectivo. Se puede recordar que por género las proporciones son similares en cuanto a padecer carencia de atención afectiva.

Respecto al maltrato físico, hay que tener en cuenta que sólo en 8 casos se ha observado, pero algunos aspectos llaman la atención. Precisamente entre las personas que son autónomas para el vestido lo sufre un 12% de las mismas y un 5% de quienes son dependientes, así como el 10% de quienes controlan los esfínteres frente al 3% de quienes son dependientes. De esta primera visión, parecería que al menos en esas dos actividades la autonomía no prevendría del maltrato físico. Puede que otras variables influyan en esa situación, aunque el escaso número de personas en las que se ha observado maltrato físico lleva a la prudencia a la hora de elaborar hipótesis explicativas. En cuanto a la capacidad para el aseo personal no aparece nadie maltratado entre quienes son autónomos en esa actividad. En el resto de actividades no se observan diferencias.

En el maltrato psicoafectivo llama también la atención que el 46% de quienes no tienen problemas para vestirse sufra ese tipo de maltrato, frente al 19% de quienes tienen problemas. Algo parecido aunque en menor proporción ocurre con quienes no tienen problemas para alimentarse que sufren maltrato psicoafectivo en una proporción del 38% frente al 22% de quienes dependen de alguien. En el resto de las actividades no se observan diferencias. En relación al abuso material, el 21% de las personas que son autónomas para vestirse sufre ese tipo de abuso, frente al 12% de quienes son dependientes. Algo parecido ocurre a quienes no tienen problemas de

movilidad, pues el 21% del grupo sufre este tipo de abuso frente al 13%. Estos datos no avalarían otros resultados en los que la vulnerabilidad de las personas ancianas las hace víctimas más probables de malos tratos.

Puede que otras circunstancias influyan en tales resultados, y puede concluirse que se necesita más información que la obtenida para realizar otros tipos de análisis. Por otro lado, el análisis cualitativo en base a entrevistas en profundidad a la persona anciana, sus familiares y cuidadores, permitiría un conocimiento más vasto y afinado (pero no pudo hacerse debido a las dificultades que presenta este tipo de investigación, que exigió un total anonimato). Se hace preciso investigar en todos estos aspectos, y capacitar y dotar de instrumentos para la detección del maltrato, así como para su abordaje e intervención a los/as trabajadores sanitarios, sociales y los servicios generales de atención a las personas ancianas.

Referencias bibliográficas

Aging Today (2001) vol. XXII, nº 5.

Aitken, L. y G. Griffin (1996) *Gender Issues in Elder Abuse*. Londres: SAGE.

Bazo, María Teresa (2003) "Violencia familiar contra las personas ancianas que sufren dependencia y enfermedad", *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 11: 35-46.

Bazo, M. T. (2001) "Negligencia y maltrato a las personas ancianas en España" (2001) *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, nº 36 (1) pp.: 8-14.

Bennett, G. y P. Kingston, (1993) *Elder Abuse: Concepts, Theories and Interventions*. Londres: Chapman & Hall.

Bennett G., Kingston P. & Penhale. *The Dimensions of Elder Abuse: Perspectives for Practitioners*. Basingstoke, Macmillan, 1997.

Biggs, S., Ch. Phillipson, y P. Kingston (1995) *Elder Abuse in Perspective*. Buckingham: Open University Press.

Brown, H, Wilson, B. & Kingston, P. (2000) *Comment: Unpacking Discriminatory Abuse*. *Journal of Adult Protection* 2, (3) p.17-18.

Comijs, Hannie (1999) *Elder Mistreatment*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Duffy, A. y J. Momirov (1997) *Family Violence: A Canadian Introduction*, Lorimer.

Glendenning, F. (1999) "Elder abuse and neglect in residential settings: The need for inclusiveness in elder abuse research" en Glendenning, F. y P. Kingston (eds.) *Elder Abuse and Neglect in Residential Settings*. Londres: The Haworth Press.

Griffin G., Aitken L., 1999. *Visibility blues: Gender issues in elder abuse in institutional settings*. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 10: (1/2) 29-42.

Juklestad, O. N. (2001) "Institutional care for older people: The dark side", *The Journal of Adult Protection*, v. 3, nº 2.

McCreadie, C. (2002) "A review of research outcomes in elder abuse", *The Journal of Adult Protection*, v.4, nº 2.

Nolan, M. (2000) "Las relaciones cuidador-persona dependiente y la prevención del maltrato a los ancianos" en P. Decalmer y F. Glendenning (comps.) *El maltrato a las personas mayores*, Paidós.

Pillemer, K. (1993) "The abused offspring are dependent. Abuse is caused by the deviance and dependence of abusive caregivers" en R. J. Gelles y D. R. Loseke (eds.) *Current Controversies on Family Violence*, Sage.

Steinmetz, S. K. (1993) "The abused elderly are dependent. Abuse is caused by the perception of stress associated with providing care" en R. J. Gelles y D. R. Loseke (eds.) *Current Controversies on Family Violence*, Sage.

Wolf, R. S. (1996) "Elder abuse and family violence: Testimony presented before the U. S. Senate Special Committee on Aging", *Journal of Elder Abuse and Neglect*. Binghamton, NY: The Haworth Press, vol. 8, nº 1: 81-96.

Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato al anciano

OMS: Organización Mundial de la Salud

Universidad de Toronto y Universidad Ryerson, Ontario, Canadá

INPEA: Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano

El maltrato a las personas mayores se ha reconocido como un problema global sólo recientemente. El trabajo de apoyo de INPEA y el énfasis dado por la Organización Mundial de la Salud para la prevención del maltrato al anciano, han contribuido de forma significativa a elevar la alerta en todo el mundo. Instituciones académicas, a nivel mundial, han contribuido también de forma sustancial a aumentar el entendimiento y elevar la alerta y han desarrollado herramientas metodológicas para estudiar el problema. Sin embargo, aún queda mucho por hacer.

Por un lado se necesita más investigación, –por ejemplo a través de las líneas del proyecto conjunto semenal “Respuesta Global al Maltrato al Anciano”, que ha producido la publicación “Voces Ausentes – Visión de las Personas Mayores sobre el Maltrato al Anciano”; y por otro lado la acción práctica a nivel nacional, regional y local.

Hace veinte o treinta años, todas las sociedades del mundo negaban la existencia de violencia contra la mujer y el maltrato infantil. La evidencia vino a través de la investigación. Como resultado, la sociedad civil ejerció la presión adecuada para la acción desde los gobiernos. El paralelismo con el maltrato al anciano es claro.

“El maltrato a las personas mayores es un acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o distrés a una persona mayor”. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o no intencionada”.

Esta declaración es una Llamada a la Acción dirigida a la prevención del maltrato a las personas mayores.

Puntos que deben ser considerados:

- Faltan bases legales. Cuando se identifican casos de maltrato al anciano, con frecuencia no se abordan por falta de instrumentos legales apropiados para responder a ellos.
- La prevención del maltrato a las personas mayores requiere la implicación de múltiples sectores de la sociedad.
- Los trabajadores de atención primaria tienen un papel particularmente importante, ya que tratan con los casos de maltrato al anciano de forma regular – aunque con frecuencia no los reconocen como tales.
- Es vital la educación y diseminación de la información – tanto en el sector formal (educación a profesionales) como a través de los medios de comunicación (combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos sobre las personas mayores).
- El maltrato a las personas mayores es un problema universal. La investigación realizada hasta ahora muestra que es prevalente, tanto en el mundo en desarrollo como en el desarrollado. En ambos, el mal-

tratador suele ser bien conocido por la víctima, y es en el contexto familiar y/o en la unidad donde se aportan los cuidados donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato.

- Es fundamental una perspectiva cultural para entender en profundidad el fenómeno del maltrato al anciano – es decir, el contexto cultural de cualquier comunidad particular en que ocurra.
- Es igualmente importante considerar una perspectiva de género, ya que los complejos constructos sociales relacionados ayudan a identificar el tipo de maltrato y quién lo inflige.
- En cualquier sociedad algunos subgrupos de población son particularmente vulnerables al maltrato a las personas mayores – como los muy ancianos, los que sufren incapacidad funcional, las mujeres y los pobres.
- En definitiva, el maltrato a las personas mayores sólo se podrá prevenir de forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que rechace la violencia.
- No es suficiente identificar los casos de maltrato a las personas mayores. Todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios (sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc.) para responder de forma apropiada y eventualmente prevenir el problema.

El Plan Internacional de Acción de Naciones Unidas adoptado por todos los países en Madrid, en abril de 2002, reconoce claramente la importancia del maltrato a las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales. La prevención del maltrato a las personas mayores en un mundo que envejece, es un asunto de todos.

“En Ontario el maltrato a las personas mayores no será tolerado. Es por eso que estamos lanzando nuestra estrategia provincial integral para combatir el maltrato a las personas mayores”.

Ministro De Faria, Ministro de Ontario Responsable de las Personas Mayores.

Esta declaración se diseñó en una reunión de expertos, patrocinada por el Gobierno de Ontario en Toronto, el 17 de noviembre de 2002.

Más información en los siguientes sitios web: www.who.int/hpr/ageing, www.inpea.net y www.onpea.org

EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON EL
MALTRATO Y EL ABORDAJE DESDE LAS
INSTITUCIONES Y ENTIDADES

● ANA ORBEGOZO ARANBURU

Licenciada en Antropología Social y Cultural.

Diplomada en Enfermería.

Donostia-San Sebastián.

Introducción

El maltrato al anciano emerge como problema social recientemente, esto no significa que el problema no existiera, siempre ha existido, pero debido al creciente envejecimiento de la población se han comenzado a presentar signos de alarma social y preocupación por parte de las Instituciones.

La Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores celebrada en el año 2002, planteaba unos puntos a considerar:

- Faltan marcos legales.
- La prevención del Maltrato de las Personas Mayores requiere la participación de múltiples sectores de la sociedad.
- Los trabajadores de salud de atención primaria tienen un papel particularmente importante para detectarlos.
- Es vital la educación y diseminación de la información tanto en el sector formal como a través de los medios de comunicación.
- El Maltrato de las Personas Mayores es un problema universal, que se da tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo.
- Es fundamental una perspectiva cultural y de género para comprender en profundidad el fenómeno del maltrato.
- El Maltrato de las Personas Mayores sólo se podrá prevenir en forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que desprecie la violencia.
- Todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de

los servicios (sanitarios, sociales, legales, policiales, etc.) para responder de forma adecuada y eventualmente prevenir el problema.

El maltrato a los niños escandaliza a cualquier sociedad civilizada; el de las mujeres, mucho menos, aunque tanto uno como otro son ya fenómenos de contornos visibles. El maltrato a los ancianos es tan real como los dos primeros pero no ha adquirido aún la relevancia que merece por la magnitud de un problema que va a más. Estos malos tratos quedan casi siempre escondidos, y es que el desconocimiento generalizado de este problema y de sus dimensiones explica que hasta ahora no se haya producido una revuelta social como la que ha puesto fin a la impunidad tradicional en la violencia de género y de los niños en el ámbito doméstico.

Los mayores suponen un referente ético absolutamente necesario en una sociedad como la nuestra que va perdiendo valores importantísimos para el bien común. Una sociedad que desprecia a los mayores es una sociedad enferma y estúpida porque no muestra respeto ni sensibilidad y porque no tiene en cuenta la importancia cualitativa ni cuantitativa que está cobrando este segmento creciente de la sociedad. Pero la mayoría de los ancianos pasan prácticamente desapercibidos y ocultos en la sociedad. Hay discriminación política, social y empresarial por la edad y muy pocos luchan por desterrar el estereotipo social anacrónico que asimila el mayor con el enfermo, lo pobre, lo inculdo o inútil. Las instituciones y las empresas deben reflexionar en profundidad sobre la discriminación y los malos tratos a los mayores y deben adoptar medidas eficaces para impedirlo.

Entre un 4 y un 5% de los mayores de 65 años sufren maltrato en el mundo. La cifra, extrapolada de distintos estudios internacionales, es aplicable también a España, donde casi 7 millones de personas superan esta edad. Un cálculo aproximado arrojaría un saldo de casi 350.000 mayores abusados. Se trata de estimaciones de un fenómeno aún subterráneo, del que «ni siquiera asoma la punta del iceberg», en palabras de José Sanmartín, director del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Según cálculos orientativos de este Centro, entre 1995 y el 2001 el maltrato de ancianos por parte de sus hijos creció «un 472%» en España.

El 5% de los ancianos es víctima de maltratos por sus cuidadores. El envejecimiento de la población multiplica un fenómeno que acostumbra a pasar desapercibido. Dos de cada tres maltratados son mujeres con más de 75 años. El cónyuge y, sobre todo, los hijos, suelen ser los principales agresores. El drama tiene lugar en el domicilio familiar, escenario también de uno de cada 5 homicidios de mayores de 65 años. Cuando el maltrato es sólo negligente, las culpables suelen ser mujeres, al ser el cuidado de los ancianos en el hogar una tarea aún abrumadoramente femenina.

Pero el maltrato psicológico, es el dominante, las amenazas, los desprecios, la falta de cuidados; y el sexual, tampoco es nada desdeñable; y el económico, es muy habitual ya que un alto porcentaje de los maltratadores mantiene una relación de dependencia económica con la víctima, a la que expolian pensiones, patrimonio y otros bienes.

Como dicho anteriormente, la mayoría de las agresiones a los ancianos en nuestro país son síquicas, por lo que resulta difícil mantener un conocimiento exhaustivo y actualizado de estos casos. En muchas ocasiones las víctimas dependen de sus agresores y no se atreven a denunciarlos.

Es del todo necesario que la sociedad tenga conciencia de la realidad del maltrato, que a menudo se esconde y que se hace difícil de diagnosticar, de la dificultad de la prevención, de desconocimiento de los aspectos éticos y legislativos debe acompañarse a un enfoque correcto.

Valoración e identificación del problema

El hecho de cuidar en el campo de la gerontología es complejo debido a la diversidad de problemas y situaciones en que se encuentran las personas mayores. Sabemos que la enfermedad, la incapacidad y la dependencia hacen que la persona se encuentre en una situación de vulnerabilidad pero en ningún momento justifica anular la toma de decisiones por sí misma. Capacitar a las personas para que puedan participar en la toma de decisiones es un objetivo y una acción de educación sanitaria.

Las personas necesitan tener un entorno que les dé seguridad, entendiendo la seguridad de manera global. La atención a la morbilidad, alteraciones neurológicas, los trastornos cognitivos, la falta de comprensión y de afecto... limitan la seguridad de las personas, independientemente del sitio dónde se ofrezcan los servicios y de los cuidadores. En nuestra labor profesional debemos preguntarnos:

- ¿Cómo favorecer un trato adecuado a las personas mayores en cada ámbito de actuación (comunitario, hospitalario, social)?
- ¿Cómo potenciar una atención basada en el respeto de los derechos humanos?

Recientemente la Asociación Médica Americana (AMA) ha sugerido que todos los profesionales sanitarios que atienden a pacientes de edad avanzada deben interrogar al anciano sobre la posibilidad de violencia familiar, incluso en ausencia de síntomas y signos atribuibles a abuso y/o negligencia. Esta recomendación es razonable por dos hechos: por el incremento de la prevalencia de abusos en países desa-

rollados, y por la existencia de formas asintomáticas de violencia que son muy difíciles de reconocer.

Según esta asociación, a todos los pacientes mayores se les debe realizar una valoración que nos informe sobre la posible existencia de violencia en el seno de la familia, y que una vez identificado al anciano víctima de malos tratos, se le debe valorar de una manera exhaustiva y detallada.

Los principales componentes de un protocolo para la detección sistemática del anciano maltratado deben incluir:

- Una historia clínica y una valoración geriátrica, valorando el grado de dependencia funcional, así como el deterioro cognitivo.
- Observación del comportamiento del cuidador.
- Aspectos generales del anciano.
- Exploración física exhaustiva.
- Exploración psíquica completa.
- Valoración de los recursos económicos y sociales.
- Realización de exploraciones complementarias.

Debemos tener en cuenta que, a la hora de diagnosticar un caso de maltrato, va a ser necesaria una especialísima agudeza por parte del personal sanitario que asiste a los ancianos, no sólo para saber captar los datos físicos, sino para apercibirse de ciertos indicadores sugestivos en el comportamiento del paciente y también del acompañante o cuidador. Se trata en ocasiones de una labor que sobrepasa la puramente labor asistencial para extenderse a la de investigador social.

Evidentemente, esta intervención supone una disrupción e intromisión en la dinámica familiar y/o institucional que constituye un arma de doble filo ya que puede conducir a soluciones drásticas, como la institucionalización del anciano, no siempre aceptada por el mismo, o puede desembocar en situaciones contraproducentes si no se consiguen los efectos deseados al acarrear un endurecimiento y multiplicación de los factores negativos que rodean a la situación de maltrato.

El mayor riesgo de malos tratos se produce en los pacientes que más cargas de trabajo generan, es decir, cuanto más inválida y dependiente es una persona, mayor es el riesgo de sufrir unos malos tratos (Menio, 1996). Todas las personas mayores son susceptibles de ser maltratadas, el principal factor de riesgo reside en la asociación de edad avanzada y de dependencia. Por todo ello, debemos tener en cuenta que:

- Todos los ancianos son víctimas potenciales.
- La tipología y características del cuidador pueden ser base fundamental para la detección de situaciones de riesgo.
- Una evaluación que se precie sobre un supuesto caso de maltrato debe incluir además de la víctima, al cuidador y al ambiente en que se da el maltrato.

Maltrato institucional

Las instituciones sean públicas o privadas están sometidas a inspecciones y exigen un mayor grado de profesionalización, lo cual redundaría en una mayor garantía para el anciano que recibe de esta forma mayor protección frente a los malos tratos. La casuística indica que los casos de malos tratos son inferiores en una institución que en los domicilios propios, donde se establece un coto cerrado a terceros, y debilitan aún más las actuaciones de las personas mayores, ello no significa que el domicilio no sea un lugar seguro y aconsejable para la persona mayor, sino que el domicilio es un lugar de más difícil acceso para el conocimiento de los hechos y la actuación de la justicia.

Pero aunque el maltrato en instituciones geriátricas es una realidad menor, los expertos denuncian en ocasiones la falta de vigilancia y medios de inspección en estos centros, a menudo con poco personal y mal cualificado, y la ausencia de criterios homogéneos de control entre las comunidades autónomas.

Pillemer y Moore inspeccionaron a 577 enfermeras y auxiliares de 31 residencias, para determinar la existencia de abuso físico y/o psicológico. Obtuvieron resultados alarmantes referidos a la alta incidencia de abusos en estos lugares. Revelaron que el 10% de ellos habían realizado actos de abuso físico en el último año, y el 40% admitieron abusar psicológicamente de los residentes.

Las formas más comunes de abuso físico se referían a temas relacionados con la seguridad de los pacientes, la sujeción indebida, empujar, coger, golpear al paciente con un objeto o con el pie, o lanzar objetos a los pacientes. Las formas más comunes de abuso psicológico eran los enfados, gritos, juramentos, insultos y el aislamiento. Estudios posteriores (Hudson, 1992, Braun 1997 y Saveman 1999) también demostraron este tipo de resultados.

Según estos estudios el abuso en residencias incluye también las prácticas ya institucionalizadas que dan lugar a la negligencia crónica, los cuidados insuficientes, las prácticas autoritarias, y la falta de proteger a residentes contra trabajadores inexperimentados o contra residentes o visitantes abusivos.

Las formas sutiles de abuso también se han explorado e incluyen negar a residentes decisiones relativas a la alimentación, levantarse o acostarse, o ejercer presión sobre los residentes para participar en actividades. Otros autores también han observado que el tipo de instalaciones que se diseñan o utilizan para las distintas actividades puede plantear prácticas discriminatorias, ya que puede favorecer a los residentes más autónomos y capaces. También la mayoría de los estudios asumen que los trabajadores abusivos de estas residencias no están actuando de forma premeditada, pero que están respondiendo a la naturaleza altamente agotadora y estresante del trabajo, como puede ser la relativa a las altas cargas de trabajo, o a la existencia de conflictos interpersonales.

También parece que son fuentes de la tensión de estos trabajadores la amenaza de la agresión verbal y la violencia física de los residentes, la presión de los supervisores y la de los miembros de la familia.

En el caso del abuso psicológico, se ha demostrado que:

- la edad parece ser una característica significativa, siendo los abusadores más jóvenes que los no abusadores (Pillemer y Moore, 1990).
- Y que las actitudes negativas de los empleados hacia residentes son también un factor significativo del abuso psicológico: actitudes como por ejemplo el pensar que estas personas mayores están “esperando para morir” o que son “como los niños que necesitan a veces ser disciplinados”.

Estos estudios sugieren que los rasgos y las circunstancias de la personalidad de los trabajadores influyen su capacidad de hacer frente a la agresión de los pacientes; dicen también que ciertos trabajadores desarrollan una cierta “inmunidad,” o tolerancia a la agresión de los residentes; y que esta capacidad de desarrollar y sostener inmunidad se relaciona con rasgos de la personalidad, como pueden ser, por ejemplo, con la paciencia. También dicen que algunos trabajadores nunca desarrollan esta inmunidad.

Como conclusión parece ser más frecuente el maltrato entre quienes tienen una mayor insatisfacción profesional, entre aquellos que padecen más situaciones estresantes personales y entre aquellos que perciben a los ancianos como personas más infantiles y necesitadas de disciplina.

C. Maslach y S. Jackson definen el síndrome del “Burn out”: “un síndrome de profesionales, deshumanización y baja realización profesional que se da en personas que trabajan con personas”. Es una consecuencia del desequilibrio entre las demandas, la capacidad de respuesta para hacer frente, el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos.

El *burn out*, con toda la sintomatología que trae asociada conduce, sin duda, a la negligencia profesional; hace que se descuide y no se tenga el suficiente cuidado de las personas que requieren atención de los profesionales sanitarios, y esto es una agresión severa a su dignidad, y como consecuencia a sus derechos.

El maltrato dentro de una institución se puede dar de las siguientes formas, y enfermería debe estar alerta para identificarlas, por ejemplo:

- No suministrar adecuadamente los medicamentos.
- No proporcionar condiciones ambientales adecuadas.
- Pronunciar comentarios inadecuados o hirientes.
- No permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad, ...).
- Restricciones físicas: 35-60 % de personas dependientes.
- No tener en cuenta las barreras arquitectónicas.
- No proporcionar lecturas, distracciones, actividades.
- Falta de un plan adecuado de cuidados.

Las indicaciones de las restricciones físicas son por evitar o reducir riesgo de caídas, evitar posturas anómalas, prevenir lesiones, potenciar terapias conductuales, evitar deterioro de las instalaciones. Estas sólo se han de utilizar como medida terapéutica valorando las indicaciones específicas, definiendo objetivos concretos, especificando la duración, con consentimiento de la persona, informando a la familia y con registro a la historia clínica. Antes de utilizarlas hace falta valorar las contraindicaciones y buscar formas alternativas de prevención de riesgos.

Para la aplicación de medidas de sujeción debe tenerse un protocolo con contenidos mínimos que contemplen la identificación de la persona y el registro de datos, la información de la persona y de familia, descripción de los pasos a seguir, limitación de tiempo, evaluación de las incidencias o complicaciones y revisión.

Como principios generales para valorar la aplicación de una sujeción física debe contemplarse la contención física como una medida excepcional, tiene que respetar la autonomía y dignidad de la persona, su aplicación debe valorarse con criterio multidisciplinar y exige comunicación y contacto humano. Es necesario el consentimiento informado, tiene que ser una medida temporal y debe llevarse a cabo personal especializado tanto técnica como humanamente.

Competencia profesional

Para cuidar es necesario tener conocimiento, sentirse motivado y que haya consentimiento entre el cuidador y la persona para dejarse cuidar. Pero en la práctica

diaria se sabe que existen infinidad de relaciones afectivas y emocionales complejas que interfieren muchas veces entre la persona y el cuidador. Cuidar de una persona mayor es gratificante pero también resulta agotador tanto físicamente como emocionalmente. A menudo los profesionales se encuentran con presiones excesivas que pueden conducir a tener malhumor, frustraciones, impotencia... Estas respuestas se pueden ver como normales, pero no pueden justificar ningún trato inadecuado en el momento de cuidar.

La tarea de cuidar a personas mayores con dependencia muchas veces irreversible, o bien en fase terminal, no es fácil para los profesionales. Tienen que percibir que su trabajo es valorado no únicamente de forma cuantitativa sino también cualitativa y saber que su tarea es relevante dentro del equipo. Es decir, encontrar sentido a un sentimiento profesional.

En los últimos años se habla del envejecimiento de la población y del fenómeno de la dependencia que no es nada nuevo, pero que se ha convertido en un problema social nuevo. Lo podemos valorar desde el punto de vista cuantitativo (incremento de grandes contingentes de personas mayores), social (se trata de un nuevo fenómeno “social” que afecta a la sociedad en conjunto) y de su naturaleza (limita el estado de bienestar e implica nuevos compromisos de atención y de protección). Por otro lado parece que no hay demasiados estudios que analicen las preferencias de la gente mayor. Por lo que se conoce, se sabe que la gente mayor prefiere vivir y ser atendida en casa y otorga a la familia un papel significativo en la atención de su dependencia.

No debemos de tratar el concepto de la dependencia como una categoría homogénea atendiendo al amplio abanico de situaciones y de respuestas individuales que se esconden bajo este concepto.

Por otro lado la excelencia profesional de los profesionales sanitarios es lograr en cualquier circunstancia abarcar tanto todos los aspectos técnicos propios de la profesión como los aspectos éticos. Se trata de adquirir unos conocimientos, unas habilidades y actitudes que nos ayuden no sólo a ser buenos profesionales, sino también profesionales buenos. La excelencia profesional encuentra su fundamentación en la dignidad de la persona.

Respecto a la razón ética de los cuidados al anciano por parte de quienes nos dedicamos profesionalmente a ello, hay tres elementos que nos puede ayudar, por una parte, a dar razón de este genuino comportamiento humano y, por otra, a perfilar el cuidado como buen trato con nuestros mayores:

La alteridad “del otro que yo”, el otro, ser humano vulnerable por su ancianidad, sometido a malos tratos y por ende, necesitado de ayuda. Cuando el ser humano

tiene necesidad de los otros, está poniendo de manifiesto la necesidad de socorro. Esta llamada del otro, anciano maltratado o con riesgo de serlo es lo que constituye y argumenta la función profesional del cuidador geriátrico. Esta alteridad es la que “de suyo” debe orientar y normativizar el “modo de ser” o “carácter” del cuidado, el buen trato debido a los mayores.

Vulnerabilidad: Ser anciano es ser vulnerable y conlleva estar expuesto a más erosión, a más desafecto en el vivir diario, a más soledad, y en muchos casos a estar más expuesto a sufrir malos tratos y más abusos. Entendemos por “vulnerabilidad” aquella condición del ser humano por la que su vida sobrenada dentro de ciertos límites y exigiendo ciertos contenidos sin los cuales dejaría de ser tal (alimentos, casa, seguridad, libertad, valores, identidad cultural, ...).

Tal vulnerabilidad de las personas mayores, por las que sufren malos tratos, lo profesionales sanitarios no podemos permanecer pasivos, sino que debemos responder de forma solidaria, ayudándole a desarrollar su autonomía personal, física, moral e intelectual. El principio de la vulnerabilidad es por lo tanto un imperativo categórico de nuestro trato y atención para con las personas mayores, y que nos obliga a los profesionales a empeñarnos en la prevención, en la protección y en la esperanza vital que necesitan.

La responsabilidad: Es el reconocimiento efectivo de la dignidad humana que conlleva todo ser humano vulnerable y anciano. El desarrollo efectivo de esta responsabilidad constituye la alternativa del buen trato al de los malos tratos al anciano. Y la primera de todas las responsabilidades, es la preocupación por la vida de la persona mayor, que no es nuestra pero que nos es encomendada por su vulnerabilidad y no podemos ponerla entre paréntesis con una actuación negligente o abusiva.

Además esta responsabilidad se relaciona directamente con el ejercicio del saber y del poder; y cuanto más saber, más poder y más capacidad para hacer y deshacer. Consecuentemente nuestras acciones u omisiones tendrán mayor responsabilidad profesional respecto a las consecuencias negativas o positivas que pueden experimentar las personas mayores por el trato recibido. Por otro lado debemos trabajar adoptando posturas de autonomía profesional, es decir teniendo razones justificadas para optar por un cuidado y no por otro, y centrar como objetivo de la justificación el bienestar y la autonomía de la persona mayor.

La ÉTICA Y LA BIOÉTICA tratan de defender al débil, a las personas que por su situación personal requieren una mayor atención de la sociedad. A menudo la persona mayor y más el que se encuentra enfermo, es esa persona débil, no como persona, sino en su posibilidad de mantener su autonomía en la cobertura de las nece-

sidades de la vida diaria. A menudo ello requiere la utilización de recursos, y disponer o no de ellos es esencial para la vida de las personas mayores dependientes.

La autonomía de las personas se ve frecuentemente comprometida en la vida de las personas adultas cuando afronta problemas de salud, discapacidades físicas o psíquicas. Esto se ve agravado al añadir las propias dificultades del envejecimiento. En estas situaciones puede parecer que la toma de decisiones deba de quedar en mano de la familia y de los profesionales. La persona mayor y aún más si se encuentra enferma, corre el riesgo de ser tratada de forma paternalista, sin tener en cuenta su propia capacidad de decisión, siendo éste un aspecto importante a tener en cuenta y cambiar para no caer en una no correcta práctica profesional.

En este sentido, el mantenimiento de la autonomía de la persona mayor supone considerarlo por lo tanto capaz de la toma de decisiones, para ello es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde la información, las dudas, la consideración de los aspectos de su vida cotidiana sean prevalentes. En las situaciones en las que la autonomía está limitada, hay que definir lo más claramente posible el alcance de esta limitación, ya que siempre existe algún ámbito de la vida sobre el que la persona puede tomar decisiones.

La beneficencia supone actuar siguiendo el mejor bien para el enfermo o persona dependiente. Según este principio se define la actuación profesional y compromete a los profesionales sanitarios a disponer de conocimientos suficientes para poder plantear las acciones pensando en el bien de la persona mayor. La beneficencia supone proponer a la persona mayor las mejores acciones de cuidado y terapéuticas posibles respetando su forma de vida, sus valores, creencias y sus decisiones.

Cuando la situación de salud no le permita su comprensión, se debe actuar persiguiendo el mejor bien posible para él o ella. Para ello, el conocer su historia de vida nos ayudará a poder ponernos en su lugar de forma recíproca y empática y poder pensar qué decidiría él o ella si pudiera hacerlo. Hay que recordar que sólo en casos de incapacidad mental la familia es la responsable de las decisiones. Para poder garantizar estas decisiones, se debe trabajar en la línea de conseguir un tutor legal de la persona mayor, mediante incapacitaciones legales.

La no maleficencia implica el mayor grado de exigibilidad moral respecto a los malos. No podemos hacer mal a nadie, es un principio absoluto. El hacer daño o el hacer mal no puede ser definido ni por el poder clínico del médico o del cuidador ni por lo que determine el sujeto, el anciano. El perímetro de la no-maleficencia es la justicia. Y la justicia obliga a poner entre paréntesis los intereses particulares de todos los participantes, y a actuar con equidad, es decir tratando a todos los seres humanos con igual consideración y respeto, sin establecer otras diferencias entre

ellos que las que redunden en beneficio de todos, en especial de los menos favorecidos.

Entonces, cuando no se cumple con este criterio, que es rigurosamente objetivo y tiene carácter absoluto, puede tenerse la seguridad de que se está haciendo mal a las personas, dañándolas injustamente, y por lo tanto transgrediendo el principio de la no-maleficencia.

Mantener la seguridad física y psicológica de la persona mayor y prevenir posibles alteraciones, y lesiones, es parte básica de este principio. Para ello es imprescindible disponer de estándares de cuidados y terapias, de formación suficiente, de criterios elaborados, etc., pero también supone considerar el concepto de calidad de vida desde la perspectiva y la óptica de la persona mayor. La no maleficencia, en muchos casos, supone establecer y programar cuidados respetando los hábitos de vida de la persona mayor.

La justicia como bien sabemos hace referencia a la distribución equitativa de recursos. Desde la perspectiva asistencial, el profesional que proporciona los cuidados debe establecer también una relación con la institución, a través de comisiones, grupos de trabajo, etc. para que los criterios de beneficencia y autonomía del cuidado directo sean conocidos, y cuando sea necesario se puedan establecer cambios o medidas alternativas al normal funcionamiento.

De dos conocidas palabras griegas, ger (viejo) y tánatos (muerte) surge como expresión de la eutanasia de ancianos, una modalidad de la eutanasia humana, motivo de polémicas éticas y políticas, forma de actuar no aceptada, ni practicada por la mayoría de los profesionales sanitarios.

En bastantes hospitales, centros gerontológicos y hogares, las cosas no han ido mejorando en cuanto a la relación y decisiones que se toman con y por las personas mayores. La gertanasia no en una expresión literaria del pasado, aún se realiza consciente o inconscientemente en el presente. Estos son algunos de los ejemplos que nos podemos encontrar:

- Quienes no realizan una operación quirúrgica vital a una persona por ser muy mayor, aunque ésta la aceptase, pues podría salvar su vida, perdida de no realizarse.
- La exclusión de los ensayos clínicos.
- El no ingresar a una persona mayor en una unidad coronaria en base a su edad, o quienes no ingresan pronto en unidades de cuidados coronarios a los ancianos que sufren infarto, retardando medidas terapéuticas que pueden ser salvadoras de una vida en peligro.

- La falta de protección jurídica a las personas con enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia.
- No realización de diálisis en base a la edad.
- No realización de actividades programadas en residencias.
- Quienes no inician a tiempo y practican una buena rehabilitación, el tiempo conveniente a una persona mayor con fractura de cadera, accidente cerebro-vascular, etc., porque es muy añoso, condenándolo a permanecer en cama, lo que le conducirá a la inmovilización y a la muerte.
- Quienes son responsables de que en los hospitales no haya camas adecuadas y suficientes para pacientes geriátricos y con personal asistencial suficiente y formado. La no existencia de procedimientos especiales geriátricos en hospitales, como por ejemplo la valoración nutricional a las personas mayores provocando un porcentaje elevado de malnutrición en enfermos mayores.
- Quienes provocan o mantienen a las personas mayores en deshidrataciones, hipotermia o mala alimentación por negligencia, abandono, etc.

Dentro de este marco es importante concretar la responsabilidad profesional ya que ello considera que cualquier decisión de cuidados y de atención debe tener como objetivo preservar, potenciar, y defender el bien de la persona mayor. Los derechos humanos, en el marco socio-sanitario son corresponsabilidad de todos los profesionales, y requieren la atenta consideración de todos los que intervienen en el proceso de atención.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1982, realizó un documento de recomendaciones sobre el envejecimiento. En él hace un primer bloque de recomendaciones en materia de salud y nutrición, y focaliza la atención a las personas mayores en el bienestar.

La autonomía y la autodeterminación, el respeto por la libertad individual, son bases de la convivencia social y por lo tanto del ámbito socio-sanitario de atención. La enfermedad o la situación de dependencia no tienen que suponer la renuncia a los derechos básicos, como la información, el respeto, la igualdad o la intimidad.

Partiendo del reconocimiento de ciudadano de pleno derecho que todo mayor tiene, conviene señalar los derechos y libertades especialmente protegidos y cómo la conculcación de los mismos tiene que ver con el maltrato:

- *Derecho a la igualdad plena ante la ley.*
- *Derecho a la vida.*
- *Derecho a la libertad.*
- *Derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen.*

- *Derecho a la libertad de residencia.*
- *Derecho a recibir información veraz.*
- *Derecho a la participación activa.*
- *Derecho a la tutela de los jueces.*

Prevención, formación y educación sanitaria a familiares y cuidadores

Es preciso distinguir tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria debe asumir que toda persona mayor tiene el riesgo de presentar un problema de abusos o de malos tratos, por lo que hay que intentar proporcionar ayuda a todos los individuos comprometidos en el cuidado a estas personas, así como a todas las personas mayores, dependan o no de sus cuidadores. Esta ayuda se viene a concretar en la educación sanitaria y en la formación de los cuidadores y familiares.

Dentro de este primer tipo de prevención situaríamos el trabajo profesional siguiendo modelos y estándares de calidad y de la mejora continua. Estos modelos nos permiten desarrollar el trabajo profesional mediante procesos que son medibles y evaluables mediante marcadores e indicadores.

La prevención secundaria implica la identificación de los factores de riesgo de malos tratos al anciano y la realización de prevención para localizar a individuos y familiares de alto riesgo. Recientemente en algunos países se ha desarrollado una prevención secundaria de abusos y malos tratos muy eficiente mediante programas que incluyen grupos de apoyo, programas educativos, periodos de descanso para cuidadores, etc.

Desgraciadamente, es la prevención terciaria, la que por necesidad es más frecuente. Consiste en intentar prevenir nuevos eventos una vez que haya tenido lugar alguno con anterioridad, incluye la intervención legal.

Los programas de educación familiar, la terapia familiar, los servicios de apoyo familiar que han sido desarrollados para los problemas de abusos y malos tratos al anciano no consiguen con la intensidad que quisiéramos la prevención de nuevos sucesos. La experiencia nos indica que la intervención legal sí que suele evitar la existencia de malos tratos en el seno familiar.

¿Qué podemos hacer los profesionales ante este fenómeno?

Para finalizar quiero plantear unas recomendaciones prácticas con el objetivo de contribuir a mejorar nuestra competencia profesional en el marco de la Gerontología y Geriátrica, y considerando que ellas servirán también para prevenir que se presenten estos problemas de abusos o malos tratos en las personas mayores.

- Reflexionar sobre la forma de atención, cuidado e intervención con la persona mayor y a su familia.
- Determinar con la mayor claridad posible cuál es el objetivo del cuidado y de la atención de la persona mayor.
- Identificar los principios y valores que defiende cada acción de cuidados.
- Desarrollar y/o incrementar la capacidad de establecer relaciones interpersonales de ayuda.
- Establecer normas específicas de buena praxis profesional aplicadas a la institución social o sanitaria en la que se desarrolla la atención y los cuidados, determinando los mínimos de los mismos.
- Detectar las necesidades de formación de los profesionales sanitarios. Participar si es posible activamente en la planificación y desarrollo de la formación.
- Aproximarse a los cuidadores informales (familiares, cuidadores, voluntarios, etc.), ayudándoles a identificar las necesidades de las personas mayores a su cargo.
- Ofrecerse como referente para ayudar a los cuidadores informales a cuidar y a atender mejor.
- Compartir experiencias, dificultades, etc., con otros profesionales.
- Desarrollar el diálogo interdisciplinar como base para el conocimiento de las múltiples necesidades de la población anciana y como garantía de un abordaje lo más correcto y adecuado posible.
- Trabajar de forma que se ofrezca el nivel de atención y de cuidados más óptimo posible.
- Mantener el nivel de formación profesional que garantice una profesionalización cada vez más rigurosa.

En definitiva.

- Tener una actitud de vigilancia y saber qué información debe recogerse
- Tomar decisiones compartidas entre usuarios, familia y equipos profesionales

- Tener una política de protección a la gente mayor
- Denunciar cuando existe maltrato
- Trabajo multidisciplinar para enfocar el problema de forma global
- Desarrollar cambios en los valores y estereotipos respecto de la gente mayor
- Prevenir mejor que tratar

Es una obligación profesional reflexionar sobre la incidencia de las diferentes intervenciones profesionales en el ámbito gerontológico y sobre cómo éstos pueden influenciar de forma positiva o negativa en la autonomía de la persona mayor.

Debemos trabajar desde un modelo compartido de toma de decisiones teniendo en cuenta la autonomía de la persona mayor pero donde la información, la comunicación, el diálogo, y el tiempo sean las herramientas que nos lleven a conseguir la mejor calidad de vida posible de las personas mayores que atendemos y cuidamos.

Referencias bibliográficas

- Alba Robles, José Luis. *Violencia en el ámbito familiar*. Jornadas "Violencia y sociedad" abril 2003. Disponible en: URL: http://www.dip-alicante.es/formacion/es/menu/almacen/violencia_y_sociedad/mesa4/Jose_Luis_Alba.PDF [Consulta: 23/10/03].
- Braun, K. L., Suzuki, K.M., Cusick, C.E., & Howard-Carhart, K. (1997). *Developing and testing training materials on elder abuse and neglect for nurse aides*. Journal of Elder Abuse & Neglect 9 (1), 1-15.
- Caballero J. C., Remolar M. L. *Consideraciones sobre el maltrato al anciano*. Rev Mult Gerontol 2000; 10(3):177-188.
- Caballero García J.C. *Malos tratos en la vejez*. Forum Deusto, Universidad de Deusto. Bilbao 2000:181-203.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. *Estadísticas*. Disponible en: URL: <http://www.gva.es/violencia/> [Consulta: 23/10/03].
- Cinco de cada cien ancianos españoles son maltratados, la mayoría por familiares*. ABC 2003 sep. 19.
- Enfermería al cuidado de los más mayores. X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico (SEEGG) I Congreso de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológico (AMEG) Tribuna sanitaria 2003; 163*. Disponible en: URL: <http://www.codem.es/Tribuna/ptribuna.asp?nnoticia=167> [Consulta: 23/10/03].
- Garreta, Marisa, Arellano, Marta. *Conflictos éticos en la toma de decisiones*. Rev Mult Gerontol 2003; 13(1): 47-50.
- Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados*. Documento Técnico SEEGG 2003; 3:1-7.
- Hudson, B. (1992). *Ensuring an abuse-free environment: A learning program for nursing home staff*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 4 (4), 25-36.
- Jiménez Navascués L., Ballesteros García M., Hajar Ordovas C.A. *¿Qué sabemos de los malos tratos en los ancianos?* Enfermería Científica 2001; 236-237: 7-11.
- Kayser-Jones; cit por Caballero J.C. y Remolar M.L. *Consideraciones sobre el maltrato al anciano*. Rev. Mult. Gerontol 2000; 10(3): 177-188.
- Marín N., Delgado M., Aguilar J.L., Sánchez C., Gil B., Villanueva E. *Síndrome de maltrato y abuso en el anciano*. Rev Esp de Geriatria y Gerontología 1990; 25(supl.): 66.
- Menio, D.A. (1996.) *Advocating for the rights of vulnerable nursing home residents: Creative strategies*. Journal of Elder Abuse & Neglect 8 (3), 59-72.
- Peg Gray-Vickrey, RN,C,DNS. *Protección de los ancianos*. Nursing 2000; 18(10): 8-12.
- Peralta A. *"La hoja roja": abusos a ancianos*. Gerokomos 1998; IX(1): 12-15.
- Pillemer, K. & Moore, D.W. (1990). *Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 2 (1/2), 5-29.
- Saveman, BI; Astrom, S; Bucht, G; Norberg, A *Elder abuse in residential settings in Sweden*. Journal of Elder Abuse & Neglect, 10 (1-2), 1999, pp. 43 - 60.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) *Decálogo de las personas mayores*, 2003. Disponible en:
URL: <http://imersomayores.csic.es/documentos/documentos/decalogopersonas.pdf> [Consulta: 23/10/03].

Tabueña, Mercè. *Consejo para la prevención de los malos tratos y abusos en las personas mayores*. Med Clin (Barc) 2001; 116(Supl.1): 137-139.

ABORDAJE Y TRATAMIENTO
DE SITUACIONES DE MALTRATO
A PERSONAS MAYORES.
LA EXPERIENCIA DE HURKOA

● SUSANA MONTESINO SÁNCHEZ
Abogada. Fundación Hurkoa
Donostia-San Sebastián

Breve presentación de Hurkoa

La exposición que sigue trata de recoger las claves fundamentales de la experiencia que la Fundación Hurkoa ha ido adquiriendo en el abordaje y tratamiento de situaciones de maltrato a personas mayores.

En la presentación de este curso ya se ha hecho una mención a la Fundación Hurkoa como una de las entidades organizadoras del mismo, sin embargo parece conveniente hacer ahora una descripción breve pero precisa del trabajo que realiza esta entidad para mejor situar a Hurkoa en relación con el problema del maltrato a personas mayores.

Hurkoa es una entidad particular impulsada por Cáritas Diocesana en 1990 para la atención de los incapaces más necesitados de protección, dedicándose en la actualidad a las personas mayores y a los enfermos mentales.

El trabajo se desarrolla mediante los siguientes servicios:

- La gestión de un centro de día para personas mayores donde se trata de mejorar la calidad de vida para las personas mayores dependientes y sus familiares cuidadores favoreciendo la permanencia del mayor en su propio entorno.
- La función tutelar, que entendida en un sentido estricto como ejercicio de un cargo tutelar legalmente establecido, es el motivo que da origen a la creación de Hurkoa. Ahora bien, la experiencia de estos años ha revelado que una eficaz protección del incapaz ha de incluir:
 - por un lado la prevención, lo que ha llevado a Hurkoa a prestar sus servicios

a personas en situación de dependencia,

- y por otro la atención a las familias de los incapaces, por lo que también se creó en su día un programa de asesoramiento y apoyo a familiares.

El programa Hurbiltzen como medio de atención y prevención de la dependencia con personas mayores en el medio rural.

Experiencia con casos de malos tratos

Si bien en cualquiera de los tres servicios se puede dar la detección de un problema de malos tratos, es en el servicio tutelar donde con más frecuencia se presentan este tipo de situaciones, y desde donde el papel que puede jugar Hurkoa en el abordaje de estos casos es más directo.

Ahora bien, antes de entrar a concretar cómo se lleva a cabo la intervención de Hurkoa en estas situaciones es importante hacer una serie de precisiones sobre lo que después se va a exponer.

La perspectiva que desde Hurkoa tenemos del problema de los malos tratos a las personas mayores es un tanto sesgada por cuatro factores fundamentales:

- La frecuencia de casos atendidos donde se presenta algún tipo de maltrato –entendiendo el maltrato en el más amplio sentido, incluido el auto abandono– es muy elevada. Pero es importante destacar que esto no es un reflejo exacto de la realidad social que nos rodea, ya que los casos que llegan a Hurkoa son precisamente aquellos más conflictivos. Hay que tener en cuenta que las personas atendidas directamente por Hurkoa lo son porque se encuentran en una de estas situaciones:

- Personas solas
 - Personas con familia que no puede hacerse cargo
 - Personas con situaciones familiares conflictivas
- Los tipos de maltrato más frecuentes que podemos ver en Hurkoa, atendiendo a la clasificación en más amplio sentido que podemos encontrar, son principalmente el auto abandono y el abuso económico, aunque también se da con cierta frecuencia el maltrato por negligencia y el maltrato psicológico. Estos tipos de maltrato están íntimamente relacionados con las situaciones descritas en el punto anterior.
- Las personas atendidas desde Hurkoa son fundamentalmente personas débiles-dependientes-incapaces, aquejadas de algún tipo de deterioro cognitivo o enfermedad mental. Esto dificulta el abordaje de las situaciones de maltrato ya que no se puede contar con la colaboración de la víctima para conocer o confirmar los

hechos, para tomar decisiones, ni para poner en práctica las medidas oportunas en cada caso. Además, eso mismo conlleva todas las dificultades inherentes a la toma de decisiones por sustitución con todas las implicaciones de carácter legal y ético que esto supone.

- En muchas de las ocasiones en que se da un caso de maltrato, éste ya ha sido detectado previamente en otras instancias antes de llegar a Hurkoa: servicios sociales, sanitarios, judiciales... Es decir, para estos servicios la derivación a Hurkoa es la forma, o una de las formas, de abordar el problema.

Abordaje de estos casos

Cualquiera que sea el problema a abordar desde Hurkoa se comienza por un análisis de la situación que permita tener la mayor información posible para poder adoptar las medidas más adecuadas al caso concreto. Este estudio se realiza mediante el conocimiento directo de la persona en su medio (especialmente cuando vive en un domicilio particular); contacto con médico, servicios sociales municipales, familia si la hay, otras personas del entorno,... o cualquier otra gestión que, a la vista de la información que se va obteniendo, se vea adecuada para una mejor comprensión de la situación y el problema planteado.

En términos generales el abanico de medidas a las que desde Hurkoa se recurre con más frecuencia para evitar o poner fin a las situaciones de maltrato que debe abordar se pueden definir de la siguiente manera:

- Denuncia de la situación al Ministerio Fiscal para que se tomen las medidas legales oportunas para la protección de los intereses del mayor. En la mayoría de los casos esto se traduce en un procedimiento para su incapacitación y el nombramiento de un tutor que represente y defienda los intereses personales y patrimoniales de la persona mayor.
- Gestión de recursos sociales-asistenciales que permitan dar a la persona mayor una atención y protección adecuadas, e incluso sacar a la persona mayor del entorno, a veces con gran urgencia, cuando así lo requiera la situación.
- Apoyo a las personas del entorno del mayor, en especial a los cuidadores directos, para evitar situaciones de sobrecarga y stress que repercutan en un maltrato al mayor.

Desde un punto de vista más concreto, atendiendo a las distintas situaciones de maltrato que se presentan, podemos hablar de las siguientes medidas específicas:

- **Auto abandono:** gestiones para lograr una adecuada atención médica cuando es precisa y no se está recibiendo, ingreso hospitalario/psiquiátrico cuando la gravedad de la situación así lo aconseja; solicitud al juzgado de la administración de los bienes de la persona afectada con la finalidad de poder atender sus necesidades básicas; proporción de los mínimos imprescindibles para una calidad de vida digna: ropa, alimentación, cuidados,...; búsqueda de personal que le atienda en casa,...
- **Abusos económicos:** instancia por vía judicial de las medidas para la protección del patrimonio del mayor que resulten más adecuadas a su situación: bloqueo de cuentas, administración provisional con control judicial, petición de rendición de cuentas al guardador de hecho hasta la fecha, anotaciones preventivas en el Registro de la Propiedad del procedimiento de incapacitación...
- **Negligencia:** apoyo al cuidador mediante ayuda externa en la atención diaria: Servicio de Ayuda a Domicilio de los Ayuntamientos, auxiliares particulares..., información sobre otros servicios y ayuda para la obtención de éstos servicios (Centro de día, Residencia), orientación para una adecuada atención médica, ingreso hospitalario/residencial temporal o permanente del mayor, ingreso o tratamiento psiquiátrico del cuidador cuando la sobrecarga por el cuidado de la persona dependiente llega a producir estrés u otras patologías que requieran tratamiento,...
- **Abusos psicológicos:** medidas orientadas a buscar la forma de que la relación mejore, incluso separando a las dos personas afectadas para evitar el maltrato si es necesario (residencia, separación...)

Como se ve, prácticamente ninguna de estas intervenciones por parte de Hurkoa puede llevarse a cabo sin el apoyo o el concurso en las mismas de otras instituciones o entidades. Así el Juzgado deberá intervenir en todas aquellas gestiones que supongan tomar medidas en nombre del mayor con respecto a su patrimonio, o en los ingresos que se produzcan de manera involuntaria...; los servicios sociales de la administración competente serán quienes deban conceder las plazas para ingresos en Residencia o en Centro de Día, conceder el Servicio de Ayuda a Domicilio municipal...; los servicios sanitarios deberán colaborar para que la persona mayor pueda recibir la atención médica que precise,...

Es decir, las mismas instituciones que han remitido el problema a Hurkoa para su abordaje pueden tener que intervenir posteriormente para poder adoptar de manera efectiva las medidas que desde Hurkoa se ven como más adecuadas. La conclusión más clara de todo esto es que el problema de los malos tratos a mayores, cual-

quiera que sea la tipología, es lo suficientemente complejo para que desde una sola instancia se pueda abordar y resolver. Esto hay que tenerlo muy claro para que ninguna parte eluda su papel y se puedan así conseguir resultados más rápidos y eficaces, incluso de cara a la prevención.

También es evidente que el recurso a la vía penal como medio de resolver el problema es escaso, tal vez por el tipo de maltrato que más frecuentemente se aborda en Hurkoa, que requiere otras soluciones.

Conclusiones


La experiencia que a lo largo de los años Hurkoa ha ido atesorando permite elaborar una serie de conclusiones generales, que si bien a simple vista pueden parecer obvias y lógicas, resulta importante no olvidar en esta exposición, puesto que son la base para llevar a cabo una labor eficaz en la lucha contra el maltrato a los mayores, desde su prevención hasta el abordaje de las situaciones en que el maltrato ya se está produciendo.

- **Prevención:** Resulta fundamental realizar una labor de prevención para evitar en la medida de lo posible que los casos de maltrato lleguen a darse.
- **Detección precoz:** Tan importante como lo anterior es una detección precoz de estas situaciones para iniciar su abordaje lo más pronto posible y evitar daños de difícil reparación.
- **Coordinación:** Es fundamental para un buen abordaje de este trabajo de prevención y detección una buena coordinación y colaboración entre los distintos servicios e instituciones implicadas, de modo que se asegure el cumplimiento de sus funciones por parte de cada uno.

Ahora bien, para llevar a cabo una buena prevención, una detección lo más precoz posible y una eficiente coordinación entre los distintos servicios resulta imprescindible disponer de unos contrastados indicadores de los factores que intervienen en las situaciones de maltrato que ayuden a los profesionales a reconocer las situaciones potencialmente de riesgo, o para detectar el maltrato con la mayor prontitud posible, así como unos protocolos en los que se establezca con claridad cuáles sean las respuestas más adecuadas a cada situación, cómo han de ponerse en práctica y quiénes han de responsabilizarse de llevarlas a cabo. Todo ello acompañado de una buena formación a los distintos profesionales implicados y una adecuada y accesible información a las personas que afectada o que puedan llegar a estar afectada por una situación de este tipo.



PERFIL PSICOLÓGICO DEL MALTRATADOR



● BLANCA MORERA
Médico Psiquiatra.
Clínica Quirón Donostia-San Sebastián.

Aspectos introductorios

La violencia es un fenómeno complejo y multifactorial que irrumpe con frecuencia en nuestra vida cotidiana a través de los medios de comunicación o por experiencias vividas en un entorno más o menos próximo. El ejercicio de la violencia se asocia erróneamente al trastorno mental o a la psicopatía, como expresión de viejos prejuicios bien arraigados en nuestra cultura; sin embargo, lo cierto es que la mayoría de los actos agresivos son llevados a cabo por sujetos normales. Esto no significa que no existan algunas patologías que presentan cierto riesgo de aparición de conductas violentas, como ocurre en algunos pacientes psicóticos en los que la sintomatología “dirige” este tipo de comportamientos (determinadas ideas o percepciones provocan la respuesta en un sujeto que se desenvuelve en una realidad “alterada” y que se conduce conforme a ella), o como sucede en algunas demencias o en cuadros con alteración de conciencia donde, a diferencia de las graves enfermedades psiquiátricas funcionales, la violencia suele ser sintomática, desorganizada y aleatoria.

La agresividad, por otra parte, forma parte de nuestra naturaleza humana, en mayor o menor medida. Conviene recordar que cualquier sujeto normal, sometido a determinadas circunstancias (no hay más que pensar cuántos seres humanos se transforman al volante de un vehículo, especialmente si hay prisas y el tráfico no es fluido), o bajo el influjo de diferentes cambios biológicos (por ejemplo, los que producen determinadas sustancias y fármacos, o incluso ciclos biológicos), puede sufrir

una exacerbación de la hostilidad, una dificultad para distanciarse del estímulo y, consecuentemente, exhibir conductas agresivas de diferente índole y gravedad. A este tipo de funcionamiento corresponden los episodios de pérdida de control de impulsos, las conductas de descarga tensional (que puede tener carácter agresivo) o la hostilidad dirigida a personas cercanas, que se convierten en el “chivo expiatorio” por un mero mecanismo de desplazamiento de la tensión acumulada en otros medios o relaciones.

No olvidemos que la violencia tiene diferentes dimensiones: personal, familiar y social, que deben ser evaluadas tanto separada como conjuntamente, para permitir que se complete un panorama más real sobre los complejos fenómenos que precipitan o desencadenan las conductas violentas.

Cuando nos acercamos más concretamente al tema del perfil psicológico del maltratador —en el contexto concreto del maltrato a las personas mayores— la primera consideración que hay que hacer es que no existe un perfil único. En efecto, no existe un solo modelo teórico que explique el fenómeno, sino múltiples; y conviene no olvidar que hay un porcentaje muy alto de “violencia no intencional”, y que parte del maltrato depende de la incapacidad del cuidador para cuidar o para percibir el daño que realiza.

Podemos afirmar, sin embargo, que en el maltrato a las personas mayores existe una mezcla de elementos culturales (tanto acerca de la violencia en sí misma como acerca del trato que reciben los mayores) y psicológicos, que se relacionan sobre todo con los elementos reales de la relación entre el mayor y las personas de las que depende (vivencias previas, poder y ambivalencia).

Para abordar el tema resulta imprescindible diferenciar el medio familiar del institucional. El medio familiar ha sido, sin duda, el más importante hasta este momento (el cuidado de los mayores se hacía ahí), pero la realidad social está sufriendo un cambio muy rápido, la población de 65 años se incrementa, y ello está dando pie a que el sector institucional esté experimentando un crecimiento exponencial (en parte porque no hay demasiados recursos domiciliarios). La expectativa a medio plazo es que, salvo medidas creativas y valientes que desarrollen la atención institucional en el propio domicilio, el medio familiar se consolidará como un entorno minoritario en el cuidado de las personas de mayor edad.

El maltrato en el medio familiar

Como en otros aspectos de la violencia familiar, nuestro país adolece en este momento, de cifras fiables sobre la dimensión y características del problema. Los

estudios que se van realizando, aunque prometedores, tienen un desarrollo incipiente. De ahí que cuando nos preguntamos ¿Quién maltrata a la persona mayor?, debamos recurrir a datos internacionales que nos dan una panorámica bastante homogénea que se refleja en la Tabla 1 (datos de EEUU presentados por Caballero, 2000).

Como vemos, y con margen muy significativo, la violencia es ejercida en casi la mitad de los casos por los descendientes directos (hijos e hijas), y en un grado mucho menor (19%) por el cónyuge. En estas cifras americanas resulta muy llamativo el que en un 10% de los casos la violencia es ejercida por personas sin relación familiar con la víctima (vecinos, auxiliares u otros). Aunque nuestra realidad social nos permite prever que esta cifra sea, porcentualmente, mucho menor en nuestro país, la debilitación de las redes familiares y el recurso, cada vez mayor, a cuidadores externos (a veces sin excesivo control) puede propiciar el crecimiento de este fenómeno.

Cuando, en ese mismo estudio, miramos la edad del agresor (Tabla 2), los datos son congruentes con el hallazgo anterior: la mayoría de los agresores (66%) tienen edades inferiores a los 60 años, siendo el rango que va de 40 a 59 años (los hijos) el de mayor representación. No resulta desdeñable el que casi un 34% de los casos corresponda a mayores de 60 años (y el 26% son mayores de 70 años), lo que implica que existen personas mayores o incluso muy mayores, con sus propias discapacidades, cuidando a otras personas (sus padres o cónyuges) en similar o peor situación, lo que resulta en una situación de muy alto riesgo.

En cuanto al sexo del maltratador, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, salvo para el abuso físico y el abuso sexual, en el que la representación masculina supera significativamente a la femenina. Otros aspectos epidemiológicos respecto al maltratador, que pueden resultar útiles para comprender la dinámica

Tabla 1

	%
Hijos	47
Esposo/a	19
Nietos	9
Hermanos	6
Otros familiares	9
Vecinos / amigos	6
Auxiliares domésticos	3
Otros	1

Tabla 2

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

mica de la relación son los siguientes: en general, el maltratador convive con la persona mayor maltratada (el acceso es fácil e inmediato), no es infrecuente que quien ejerza la violencia dependa financieramente de la persona mayor, o que se encuentre alojado en el domicilio del mayor, sea o no (esto último es frecuente) una persona con pareja. Este fenómeno sugiere al menos algunas reflexiones: el maltratador ha tenido dificultades para independizarse (algo que probablemente le genera malestar) o puede encontrarse forzado a la convivencia (por falta de recursos propios o por necesidades del mayor). Otro dato a destacar es que el porcentaje de situaciones de deterioro en el maltratador es significativamente superior al de la población general: mayor frecuencia de abuso de sustancias (alcohol, pero también otras sustancias psicoactivas), y mayor representación de trastornos psiquiátricos o de alteraciones cognitivas.

Por lo que vamos comentando, en la dinámica agresor-persona mayor, los elementos de relación interpersonal son cruciales y deben evaluarse en una perspectiva tanto transversal como longitudinal. Entre el maltratador y la persona mayor no resulta difícil establecer la existencia de conflictos, pero hay que conjurar el riesgo de hacer un análisis simplista basado en el hecho “persona mayor con múltiples necesidades + cuidador(a) sobrepasado(a) = maltrato”. No se nos escapa que la historia de esta relación puede proporcionar muchas claves imprescindibles para comprender y atajar el fenómeno. Como en otros fenómenos de violencia familiar, con mucha frecuencia los maltratadores han sido víctimas de malos tratos, en muchos casos ejercidos por aquellos a quienes ahora deben cuidar. Se aplica en este caso el conocido dicho de “quien siembra vientos, recoge tempestades”. ¿Cómo puede ese hijo o esa esposa olvidar sus propias vivencias y mostrarse solícito y comprensivo con las necesidades de quien fue su agresor? Posiblemente algunos lo intenten e incluso algunos puede que lo consigan, pero el riesgo de que la dinámica se reproduzca en sentido inverso es enorme.

En aquellos casos en los que el agresor (generalmente descendiente) padece una enfermedad mental, la dinámica también puede ser enormemente compleja. Muchos de nuestros pacientes psicóticos encuentran limitada su capacidad afectiva y relacional (la afectividad puede estar incluso cualitativamente afectada), lo que hace que su mundo relacional se reduzca a la familia y en muchos casos a la figura referencial (mayoritariamente la madre, que ha cuidado de él en los malos tiempos y con un nivel de exigencia probablemente no excesivo). Así, muchos de ellos carecen de las capacidades para formar pareja o familia propia, y siguen viviendo en casa de los progenitores, de los que dependen. Cuando los cuidadores envejecen, la situación puede entrar en crisis fácilmente, ante la incapacidad del enfermo para

percibir el cambio y para adaptarse a él. En este mismo contexto el consumo de sustancias por parte del cuidador supone una dificultad máxima para responder adecuadamente a los requerimientos del entorno y, entre ellos, a las necesidades de las personas mayores. La tolerancia a la frustración, la adaptabilidad y el control emocional disminuyen mucho, y el riesgo de maltrato aumenta.

Otro de los elementos que tiene mucha importancia en esta dinámica de relación agresor-persona mayor, es la presencia de alteraciones conductuales en la última. Una de las experiencias más dolorosas para los descendientes es asistir a la acción destructiva que realizan las enfermedades degenerativas sobre la personalidad (y su expresión conductual) de quien las padece, hasta el punto de que llegan a convertirse en desconocidos en los que apenas se reconoce a ese ser con el que se tiene mucha historia previa.

Otras dificultades añadidas son la fluctuación en los cambios y la evolución muchas veces insidiosa (resulta curioso el que, en fases iniciales, las alteraciones del mayor son interpretadas en clave de agresión a quien le atiende: “lo hace para fastidiar... ya sabe cuándo hacer y cuándo no...”), la escasa información que tienen muchos cuidadores sobre la evolución previsible (en especial en los detalles relevantes de funcionamiento personal) y la escasa formación en el manejo de los trastornos conductuales (no saber cómo limitarlos, abordarlos o prevenirlos). Cuando aparecen episodios de inquietud o agresividad en la persona mayor, cuando el mayor mantiene una conducta desorganizada y errática, cuando se alteran los ritmos vigilia-sueño o cuando aparecen fenómenos delirantes o alucinatorios, el cuidador puede carecer de los recursos informativos y formativos necesarios, sobrecargarse, y responder de forma inadecuada.

El perfil de cuidador que ha sido habitual en nuestro país puede describirse como el de una mujer (en el 83% de los casos), casada (79%) y con hijos a su cargo, ama de casa y con una edad entre 45 y 65 años. Suele ejercer su papel sin ayuda, en más del 60% de los casos, y cohabita con la persona mayor de forma permanente (el 59%) o temporal (20%). Se trata, por tanto, de mujeres con muchas responsabilidades en el hogar y pocas posibilidades de poner distancia entre los cuidados y su propia vida. Consideremos además que, culturalmente, está muy arraigada “la obligación moral” hacia las personas que dependen de nosotros, y que ésta se expresa en un sistema “informal” de cuidados.

Hay que combinar este funcionamiento social con una realidad compleja, en la que se está produciendo una progresiva reducción del espacio disponible (los pisos de gran metraje escasean o son inasequibles, y los núcleos familiares cada vez tienen más dificultades espaciales para ampliarse y dar cobijo a nuevos miembros),

además de la evidente disminución de la natalidad y el estrechamiento de una red familiar extensa que pueda alternarse en las tareas en el domicilio. La incorporación de la mujer al mercado laboral (por razones de proyección personal o por necesidades económicas) y el mayor tiempo de permanencia de los hijos en el núcleo familiar, a cargo de los padres, hacen todavía más difícil el cuidado de personas mayores dentro de la familia.

Pese a que éste puede ser el perfil de la mayoría de las situaciones de cuidado, el análisis del perfil estadístico del maltratador muestra algunas peculiaridades: en general, se trata de alguien que lleva más de 10 años cuidando de la persona mayor (en el 10% de los casos lleva más de 20 años), que convive con la víctima (75%) y que, en casi la mitad de los casos, tiene cierta dependencia respecto a la persona maltratada, a cuyo cargo corre, en más de la mitad de los casos, la vivienda o el sustento económico. Rasgos previos de relación son la escasa comunicación o la ausencia de afectividad, lo que revela unas raíces que hay que buscar en la biografía previa de esa interacción.

En la literatura, desde hace años, se ha descrito el llamado síndrome del cuidador, de alto riesgo para la aparición de algún tipo de maltrato. Se trata de una situación de estrés mantenida que sobrepasa los mecanismos adaptativos y cuyo contexto concreto es la interacción cuidador-persona mayor dependiente. Es una reacción inespecífica en cuya génesis intervienen factores muy diversos, cuyo peso específico no está aún bien estudiado. Por una parte, existe el contexto cultural que antes comentábamos: el cuidador puede vivir el cuidado como una obligación moral que experimenta con mayor o menor nivel de malestar o que puede reportarle diversos grados de satisfacción; por otra parte, la estructura del medio en el que se proporcionan los cuidados (espacio, interferencia en la convivencia y funcionamiento del resto de los miembros de la familia, acceso a medios complementarios que facilitan la tarea, disponibilidad de tiempo y capacidad de sustitución) son elementos importantes. Ya hemos insistido con anterioridad en la influencia de las relaciones previas cuidador - persona mayor, como factor esencial en la vivencia que el cuidador tiene (resulta, como es lógico, mucho más fácil atender a personas con las que los lazos afectivos son fuertes con quienes se han compartido vivencias positivas que dan sentido a la labor). Un cuarto aspecto, nada desdeñable, es el nivel de renuncia que supone el cuidado a la persona mayor; cuando este cuidado obliga a modificar sustancialmente el propio funcionamiento y supone la pérdida de proyectos o actividades significativas para el cuidador, o cuando no existe compatibilidad entre el cuidado y el desarrollo de una vida satisfactoria para éste.

Para terminar esta panorámica desde la perspectiva del cuidador, no puede olvidarse que el perfil psicológico de éste va resultar decisivo en su afrontamiento de las dificultades que supone el cuidado de una persona mayor. Cuando el propio cuidador padece una enfermedad psíquica, así como en personalidades depresivas o ansiosas, la tolerancia a la tensión y a la frustración que puede producir el cuidado se ve significativamente limitada, y como consecuencia del sufrimiento psíquico pueden aparecer síntomas de diversa índole entre las cuales caben las conductas inadecuadas respecto a la persona mayor.

El cuidador sometido a sobrecarga ve aumentar su vulnerabilidad psicofísica (y por tanto el riesgo de presentar diferentes trastornos físicos y psíquicos). Se produce también control emocional bajo y un deterioro de la autoestima. En este marco, el cuidador tiende, como mera defensa, a distanciarse de la “causa” (la persona mayor) mediante un proceso de cosificación; el cuidado se convierte en una tarea obligada, que se realiza desprovista del elemento de relación humana, se facilita así un menor sufrimiento pero también las conductas de maltrato.

Dada la facilidad con la que puede instaurarse una situación de este tipo si la dependencia de la persona mayor se prolonga en el tiempo, y especialmente en circunstancias penosas (persona mayor afecta de trastornos severos con alto deterioro cognitivo y trastornos de conducta), se imponen estrategias de prevención que eviten que las personas responsables de atender al mayor puedan verse afectadas por este síndrome. No resulta fácil establecer cursos de acción generales, pero la mayoría de las propuestas contemplan dos hechos importantes: es imprescindible compartir las tareas de cuidado y es importante limitar los niveles de renuncia que sufren los cuidadores. En esta línea las familiares deben ponderar de forma realista sus posibilidades, tratando de evitar que aspectos de tipo social o cultural impidan una perspectiva ajustada del problema y de los medios con que cuentan. Deben rechazarse las ofertas “sacrificadas” de algunos miembros (a menudo guiadas por la buena voluntad o por culpas mal elaboradas, pero que en el tiempo se convierten en cargas insostenibles) y debe recurrirse a ayuda externa adecuada en el momento en que sea necesaria. El cuidado debe formar parte de la relación, pero no puede ocupar todo el tiempo. Cuando existen dificultades o cuando alguno de los cuidadores presenta signos de sobrecarga, el asesoramiento externo y la ayuda especializada puede resultar una excelente ayuda. En este sentido la labor realizada por diversas asociaciones, con una experiencia extensa en estos problemas y en el apoyo a las familias, ha sido inestimable para compartir dificultades y buscar soluciones “desde dentro”.

El maltrato en el medio institucional

Si el maltrato familiar es un fenómeno poco conocido en nuestro país, el maltrato institucional, el que tiene lugar en centros, residencias e instituciones para personas mayores, es un hecho que prácticamente sólo se ha tratado en la prensa, y ello de forma sensacionalista y poco rigurosa.

Los datos de Naciones Unidas (2000), referidos a EEUU, arrojan algo de luz: el 36% del personal de instituciones afirmaba —para un periodo de un año— haber sido testigo del maltrato físico a personas mayores por parte de compañeros de trabajo; el 10% reconocía haberlo cometido, porcentaje que alcanzaba el 81% cuando se valoraba la frecuencia de conductas consideradas como maltrato no físico. En el 40% los trabajadores reconocían un abuso verbal frecuente. Estas cifras adquieren especial relevancia por el hecho de que en nuestro país, como en otros, el sector dedicado al cuidado de las personas mayores es un sector creciente.

En el caso del maltrato institucional, además de los problemas de identificación habituales, y que hemos descrito en otra ponencia, se añade la dificultad para determinar el nivel de cuidados mínimo que se considera indicado y justo en personas mayores que se encuentran en residencias o centros, así como el método para individualizar esas necesidades, sin que se produzca discriminación.

Según Kayser-Jones (citado por Caballero, 2000), los tipos más frecuentes de maltrato en la institución son cuatro: la pérdida de la individualidad (despersonalización), la infantilización, la pérdida de la intimidad y la victimización.

En cuanto a los factores que influyen en su génesis, podemos señalar los siguientes:

- Factores estructurales: Espacios poco hogareños, medios insuficientes o inadecuados, barreras de movilidad, poco personal, programas asistenciales escasos o inadecuados, predominio de servicios hosteleros frente a los programas asistenciales, falta de equipo o escasez de coordinación en éste.
- Factores profesionales: Insuficiente preparación, ausencia de directrices u objetivos claros, desconocimiento del maltrato, falta de apoyo y supervisión.
- Factores laborales: horarios excesivos, sobrecarga, ritmos no sincronizados (horas sueltas, turnos atípicos), poca estabilidad en el tipo de trabajo, sueldos limitados.
- Factores psicológicos: conflictiva personal en el trabajador, deficiencia en habilidades sociales y manejo de estrés, insuficiente motivación, escasa empatía, manejo inadecuado de la hostilidad y de las situaciones que implican la agresión, problemas con el envejecimiento, deficiente autocontrol y limitada autocrítica.

Algo que debe ser tenido en cuenta es que, en aquellos trabajos que implican cuidado o atención a otros seres humanos (profesional sanitarias, cuidadores, auxiliares, etc.), se produce una exigencia superior por la importancia de coadyuvar a la dignificación del otro, sea cual sea su estado físico y psíquico, con una remuneración (sea económica o de otra índole) no siempre inmediata ni suficiente. Se requiere además una elevada motivación y capacidad de entrega/empatía. No todas las personas pueden desempeñar los mismos roles ni disfrutar de ellos, y los roles de cuidado, de contacto con la enfermedad, la discapacidad o el sufrimiento, no son fáciles de llevar a cabo durante un tiempo prolongado, salvo que exista un cierto grado de “vocación” y capacidad para “soltar lastre” cuando no se está en el trabajo. Este alto nivel de exigencia justifica la frecuencia relativamente elevada de aparición de cuadros como el “burn-out”, que se instaura cuando se produce una situación de sobrecarga sin “contrapartida”.

El perfil del maltratador en el medio institucional es, lógicamente, diferente al medio familiar. Es perpetrado, generalmente, por personal auxiliar y la edad media es muy inferior al maltratador familiar (entre 25 y 35 años). Los casos de maltrato físico se asocian a una baja tolerancia a la agresividad del cuidador, así como la pobreza de elementos profesionales (escasa motivación, mala preparación y pobreza de recursos para afrontar la tarea). El maltrato psicológico, por su parte, se liga más a un déficit cultural, por el que se percibe a la persona mayor como alguien que va a morir, alguien a quien hay que hacérselo todo o como niños a quienes hay que reeducar. En este marco, el cuidador establece una relación claramente asimétrica, a veces sólo paternalista, pero en muchas ocasiones dándose “permiso” para aplicar medidas limitadoras e incluso disciplinarias.

Para concluir debemos decir que, a la vista de los datos de que disponemos, no podemos hablar de perfiles de maltratadores, sino de escenarios donde se produce el maltrato, y en los cuales se producen diferencias importantes.

También debe destacarse, en este breve resumen, la enorme influencia del contexto cultural, y del marco de relación con la persona mayor (marco longitudinal y trasversal), en la aparición del fenómeno de maltrato.

La existencia de esta penosa realidad obliga a una reflexión imprescindible sobre aspectos de derechos cívicos y de ética en las relaciones humanas, reflexión en la que deben implicarse instituciones y cuidadores.

Bibliografia

Bosquedon-Noé, J., Paquis, J., Rozières, J.L., Moron, P. : "Violences graves des maladies mentaux en milieu familial". *Ann Med Psychol* 1997; 155 (1): 46-49.

Caballero, J.C., Remoral, M.L.: "Consideraciones sobre el maltrato al anciano". *Rev Mult Gerontol*; 10(3): 177-188, 2000.

Gelles, R.J., Cornell, C.P.: *Intimate Violence in Families*. Sage, Beverly Hills, 1985.

Greenland, C.: *Family violence: a review of the literature*. In: *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Bluglass, R., Bowden, P. (eds.). Churchill Livingstone. London 1990: 529-541.

Hollin, C.R., Howells, K.: *Clinical approaches to sex offenders and their victims*. Wiley & Sons, New York, 1997.

Kaplan, S.J. (ed.): *Family Violence: A Clinical and Legal Guide*. American Psychiatric Press, 1995

Rosen, I.: "Self-esteem as a factor in social and domestic violence". *Br J Psychiatry*, 1991; 158: 18-23.

Stark, E.D., Flitcraft, A.: *Violence among intimates: an epidemiological review*. In: *Handbook of Family Violence*. Van Hasset, V.B., Morrison, R.L., Bellack, A.S. (eds.). New York, Plenum, 1988, pp. 293-317.

MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: EL ROL DEL APOYO INFORMAL Y SUS POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN

- JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN
Doctor en Psicología.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- IGONE ETXEBERRIA ARRITXABAL
Neuropsicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- CRISTINA BUIZA BUENO
Neuropsicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- NEREA GALDONA ERQUIZIA
Psicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)
- MARI FELI GONZALEZ PÉREZ
Neuropsicóloga.
Fundación Instituto Gerontológico Matia (Ingema)

Introducción

Las intervenciones en malos tratos a personas mayores desde el punto de vista psicosocial han sido bastante escasas hasta la fecha; de hecho y hasta hace no demasiado tiempo la gerontología psicosocial ha “mirado” hacia otro lado en lo que a cuestiones relacionadas con el maltrato a personas mayores se refiere. Sirva como ejemplo el número de artículos publicados en todas las revistas de la Sociedad Americana de Gerontología entre Febrero de 1989 y Julio del 2004, correspondientes a los descriptores mencionados. Como se puede apreciar, el abuso, la negligencia o el maltrato, no ocupan más que una parte marginal de los trabajos publicados.

	Nº artículos
Elder Abuse	21
Neglect	30
Mistreatment	5
Dementia	315
Caregivers	381
Alzheimer	239
Nursing home	543
Stress	180

No obstante ha llegado la hora de modificar esta tendencia y la intervención en el maltrato a personas mayores debe ocupar un lugar destacado en la intervención. El presente artículo aborda tres cuestiones principales: un análisis de las intervenciones existentes en maltrato a modo de introducción, el análisis de los modelos de estrés (se pretende caracterizar y entender que subyace en el cuidado de personas mayores y posibles riesgos de maltrato derivados) y posibles intervenciones de carácter preventivo aplicables a dichas situaciones.

Estado de las intervenciones con personas mayores en maltrato

Autores, fecha de publicación	Muestra y lugar	Tipo(s) de abuso cometido	Tipo de intervención
Dunlop et al, 2000	N=319 Miami, USA	Abuso, negligencia, explotación	<ul style="list-style-type: none"> Programa "ad hoc", grupos de apoyo, counseling a familias. Realizado por profesionales de gerontología. Apoyo a políticas específicas.
Moon, A. and Benton, 2000	<ul style="list-style-type: none"> N=245 L.A., USA Multiétnico 	Físico, médico, verbal, psicológico, económico y negligencia	<ul style="list-style-type: none"> Programa (según etnias) de carácter educativo para aumentar la conciencia y el conocimiento de las diferentes situaciones de maltrato. Acomodación cultural a las leyes americanas, por parte de inmigrantes.
Phillips, et al 2000	<ul style="list-style-type: none"> N=93 Mujeres de 55 años cuidadoras 	Abuso durante la ayuda para las actividades de vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones educativas para un cambio en la comprensión de su trabajo, disminución de estrés, entrenamiento en habilidades. Intervenciones educativas relacionadas con la prevención.
Brownell, et al, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=401 casos de PM que sufren abuso, por medio de 218 abusadores NY City, USA 	Físico, psicológico y económico (caso de abuso sexual como abuso físico)	<ul style="list-style-type: none"> Se ponen en marcha diferentes tipos de intervención conjuntamente: policial, case management, judiciales, cuidados de salud, servicios de crisis de intervención rápida, asistencia a domicilio, apoyo financiero, etc. Trabajan a su vez, con la situación del maltratador, antes y después de que se produzca la situación.
Hightower, et al, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=57 violencia doméstica Canadá 	Sin especificar	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento de familiares y profesionales. Reducción de estrés. Servicio de apoyo comunitaria a situaciones de maltrato en centros.
Lithwick, M and Beaulieu, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=128 Quebec, Canada 	Físico, sexual, psicológico, económico, negligencia...	<ul style="list-style-type: none"> Servicio médico especializado. Servicios privados varios (legales, económicos, evaluación...) Programas de respiro, centros de día y residencia especializadas para atender casos de este tipo, ...
Vladescu, et al 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=26 Ontario, Canada 	Físico, psicológico, y económico	<ul style="list-style-type: none"> El estudio y la necesidad de una aproximación "centrada en la persona" (individualizada) de los casos de maltrato, respecto a otras formas de intervención.
Wolf, 1999	<ul style="list-style-type: none"> N=20 Muestra de USA, Canadá y Japón 	Sin especificar	<ul style="list-style-type: none"> Estudio comparativo de acogimiento residencial para personas mayores maltratadas. El programa enfatiza tanto las bondades del apoyo social entre personas sometidas a abuso, como la importancia que suponen las bondades del recuro, aunque no hay medidas de éxito del mismo.
Vinton, 1998	<ul style="list-style-type: none"> N=428 USA 	Violencia doméstica sin especificar	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de los tipos de intervención utilizada en USA en este tipo de casos. Programas individualizados, con base eucacional, con formación de voluntarios y profesionales y grupos de apoyo.
Wolf, R. and Pillemer, 1997	<ul style="list-style-type: none"> N=73 mujeres USA 	Físico, psicológico, negligencia y explotación	<ul style="list-style-type: none"> Modelo para reducir dependencia entre víctima y cuidador. Apoyo individual y grupal. Intervención interdisciplinar (jurídico-legal, salud,...)

Los trabajos sobre intervenciones psicosociales en gerontología de carácter empírico (tal y como puede verse en el cuadro anterior) han estado centrados fundamentalmente en apoyo a las familias cuidadoras, mejora de la información, conocimiento de las situaciones de maltrato, programas con y para profesionales, intervenciones preventivas de carácter educativo, reducción de estrés, programas para la disminución de la carga y del “síndrome del quemado”. Dicho de otra manera, programas de intervenciones centradas en los cuidadores (ya sean estos profesionales o no) y menos en el trabajo directo con los maltratadores o en la implantación de algunos servicios especializados. Resulta a su vez muy difícil poder comparar las investigaciones estudiadas entre ellas fundamentalmente debido a cuestiones metodológicas (muestras diferentes, instrumentos de medida diversos,...), lo que dificulta enormemente sacar conclusiones sobre la posible efectividad o no de dichas intervenciones.

El presente artículo se centra precisamente en las intervenciones con cuidadores como una parte fundamental de la prevención del maltrato a las personas mayores, por ser éstos (los cuidadores) depositarios de gran parte de la carga de la atención. Teniendo en cuenta además, que la evidencia empírica de la efectividad de estos grupos es mayor.

Los programas que pueden ponerse en práctica con familiares cuidadores con el fin de prevenir los malos tratos en personas mayores en el ámbito doméstico, son diversos, siendo su objetivo principal intervenir sobre los diferentes factores de riesgo descritos en el contexto familiar. Así, la disminución del estrés, la promoción del cuidado del cuidador, la formación en el manejo de comportamientos problemáticos o la intervención clínica con cuidadores de riesgo son elementos esenciales.

Cuidado: introducción

Algunos autores han comparado el proceso de cuidado con una carrera de maratón (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit y Whitlatch, 1995), y realmente este proceso largo, en algunos casos, y agotador en la mayoría de ocasiones, puede llegar a afectar no sólo al bienestar físico del cuidador, sino que también afecta a su bienestar psicológico (Dura, Haywood-Niler y Kiecolt-Glaser, 1990), pudiendo ser (en algunos casos) una fuente potencial de posible maltrato.

Hoy en día, a pesar de los cambios sociodemográficos que se están efectuando y en contra de la opinión que se puede tener al respecto, la realidad constata que el 80% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer viven en la comunidad atendidos por sus familiares (Czaja, Eisdorfer y Schulz, 2000). Las consecuencias, tanto

físicas como psicológicas, en los cuidadores son numerosas, como tendremos oportunidad de comprobar en apartados posteriores de este trabajo (Haley, Ehrbar y Schonwetter, 1997; Knight, Lutzky y Macofsky-Urban, 1993), pero el cuidador se ve afectado además en otras dimensiones de su vida personal como consecuencia del cuidado.

En este artículo se van a describir especialmente los modelos teóricos de estrés aplicados al proceso de cuidado de una persona mayor dependiente, así cómo algunos de los programas de intervención diseñados para cuidadores de este tipo de enfermos, que deben de servir para disminuir potenciales situaciones favorecedoras del mal trato a personas mayores en la comunidad.

Modelos teóricos de estrés aplicados al proceso de cuidado

El proceso de cuidado es una tarea ardua y costosa en todos los sentidos, por lo que han sido incontables los esfuerzos realizados por comprender y explicar este proceso compuesto por diferentes variables. Numerosos autores han tratado de encontrar un modelo capaz de explicar el proceso de cuidado y la relevancia e interacción entre las diferentes variables que intervienen en este proceso. En este apartado se van a presentar algunos de los modelos más relevantes para el caso que nos ocupa: el maltrato a personas mayores.

1. MODELO DE ESTRÉS DE PEARLIN, MULLAN, SEMPLE y SKAFF (1990)

Se basa en el modelo explicativo de estrés de Lazarus y Folkman (1984), en el que los autores distinguen dos componentes en el proceso de aparición de una vivencia de estrés: la apreciación primaria y la apreciación secundaria. Estos autores señalan que en la apreciación primaria las personas determinan el carácter de un determinado evento para ellas como irrelevante, benigno o negativo. En caso de estimar o valorar que el evento tiene un carácter negativo, mediante el proceso de apreciación secundaria, las personas valoran los recursos disponibles para afrontarlos y las potenciales consecuencias que podrían producirse en función del éxito o no de ese afrontamiento.

Todas esas apreciaciones, en la medida que no permiten garantizar el éxito de la situación, hacen emerger la experiencia de estrés. Esa experiencia va acompañada de una serie de vivencias emocionales y de la selección y puesta en marcha de las estrategias y conductas de afrontamiento.

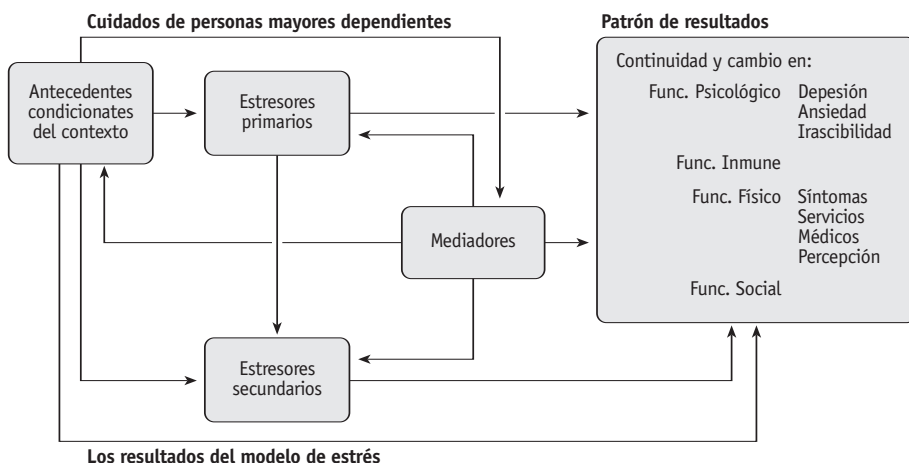
Por tanto, estos autores defienden que la reacción al estrés es paliada por la capacidad de evaluar esa amenaza percibida, así como por el tipo de estrategias de

afrentamiento con las que cuenta el individuo.

Tomando como referencia este modelo general de estrés de Lazarus y Folkman (1984), Pearlin y cols. (1990) propusieron un modelo explicativo de estrés aplicado al cuidado de una persona afectada de enfermedad de Alzheimer. Este modelo concibe el proceso de estrés como el resultado de la relación entre distintas variables: a) Antecedentes y condiciones del contexto (previas al cuidado), b) Estresores y variables moduladoras (relacionadas con el proceso de cuidado), y c) Resultados (consecuencias del cuidado). En la figura 1 se muestra el esquema de este modelo. A continuación se desarrollan las variables que integran el modelo de estrés de Pearlin y cols. (1990):

- a.** Antecedentes y condiciones del contexto (variables previas al cuidado). Este es el primer elemento básico de este modelo. Se consideran integrantes de este apartado las características sociodemográficas del cuidador, la red social y familiar, y la relación previa con la persona que atiende.
- b.** Estresores y variables moduladoras. Se entiende que el cuidador debe enfrentarse a una gran cantidad de estresores como consecuencia del cuidado del enfermo de Alzheimer (Izal y Montorio, 1999). Dentro de los estresores están los estresores primarios, es decir, aquellos estresores que se derivan directamente del enfermo o conjunto de actividades que los cuidadores realizan directamente

Figura 1. Modelos de estrés aplicado al cuidado de personas mayores dependientes (Pearlin y cols, 1990).



como resultado de la discapacidad del familiar mayor (ayudarle en las actividades de la vida diaria (AVD), reaccionar ante las alteraciones de conducta, etc), y los estresores secundarios que son aquellos que se derivan de las evaluaciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de las interacciones de éste con otras personas (p.e., conflictos familiares).

Las variables moduladoras hacen referencia a aquellas acciones y recursos que tienen la capacidad de modificar la dirección del proceso de estrés mediante la regulación de los efectos de los estresores, y aliviar su impacto sobre los individuos (p.e., apoyo social).

c. Resultados o efectos causados por el cuidado. Estos son otros elementos básicos en este modelo. Los resultados afectan a distintos niveles de funcionamiento del organismo (estados afectivos, como depresión, ansiedad, ira, respuesta inmunológica, enfermedades físicas, etc). Normalmente los resultados del cuidado son descritos en términos de funcionamiento psicológico, físico y social.

Teniendo en cuenta este planteamiento de Pearlin (figura 1), el cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer en situación de dependencia debe entenderse como un proceso en el que están implicadas nuevas formas de aprendizaje y socialización ante la aparición de estresores tanto primarios como secundarios (Izal y Montorio, 1999). La adaptación a los requerimientos del cuidado depende de la aparición de estresores, de la contención de los mismos y de la valoración que hagan los cuidadores de su particular situación. Estos condicionantes determinarán los resultados del cuidado.

2. MODELO DE ESTRÉS DE LAWTON, MOSS, KLEBAN, GLICKSMANN Y ROVINE (1989, 1991)

El modelo de estrés propuesto por estos autores pretende añadir nuevos elementos al modelo anteriormente expuesto. En general, los componentes de los modelos de estrés se centran en antecedentes o condicionantes del contexto, estresores, mediadores y resultados. El modelo de valoración o apreciación propuesto por Lawton y cols. (1989, 1991) aporta una novedad con respecto al modelo anterior, se centra en la relación existente entre la situación objetiva de cuidado (estresores objetivos) y las constantes valoraciones y estimaciones que el cuidador realiza de ella. En consecuencia, asume que estas valoraciones tendrán un efecto determinante en la experiencia general de cuidado o bienestar del cuidador (Braithwaite, 1992; Lawton y cols., 1989; Lawton y cols., 1991).

En esta nueva variable a la que denominan “apreciación” incluyen tanto variables

subjetivas como interpretativas y supone un nuevo factor en la base del modelo de estrés. Lawton define la apreciación del cuidado como todas las valoraciones cognitivas y afectivas, así como las revaloraciones que el cuidador realiza del estresor potencial y su autoeficacia para afrontarlo.

Uno de los puntos fuertes de este modelo es que ha intentado entender el proceso de cuidado como un proceso dinámico, en el que se tienen en cuenta la persona del cuidador, el paciente y otros factores psicosociales y ambientales.

Este modelo ha sido criticado porque los componentes de la estimación se solapan con los componentes de los apoyos y las estrategias de afrontamiento (Braithwaite, 1996; Gatz, Bengston y Blum, 1990).

3. MODELO DE ESTRÉS DE YATES, TENNSTEDT, y BEI-HUNG (1999)

Este modelo pretende unir los modelos anteriores, para ello han realizado algunas modificaciones en el modelo de Pearlin y cols. (1990), que permitieron incorporar el modelo de Lawton y cols. (1991).

El modelo de estrés asociado al cuidado se basa, como hemos visto previamente, en el proceso de estrés general en el cual la relación e interacción en el tiempo entre los diferentes factores que lo componen producen estrés (Pearlin y cols., 1990; Skaff, Pearlin y Mullan, 1996). Los componentes básicos de estos modelos son los estresores, los mediadores, los resultados y la información contextual o antecedentes.

El modelo propuesto por Yates y cols. (1999) consta de nuevos integrantes no incluidos en fundamentaciones teóricas previas. En este sentido, une las variables estresoras del cuidado, la apreciación o estimación del cuidador y los potenciales mediadores en el bienestar del cuidador. Los componentes del modelo de Yates y cols. (1999) son :

- a.** Los estresores primarios propuestos en este modelo consisten en el nivel y tipo de incapacidad del paciente, aunque no incluye la asistencia del cuidador, ni la sobrecarga como en el modelo de estrés planteado por Pearlin y cols. (1990), ya que en este modelo se estima que eso forma parte del apartado apreciación. Presentar el modelo de esta forma permite distinguir entre los niveles de incapacidad de la persona cuidada (estresor) y la respuesta del cuidador a la misma (apreciación o estimación primaria).
- b.** Apreciación o estimación primaria. El cuidador debe evaluar el nivel de incapacidad del paciente y estimar la cantidad de cuidado que debe ofrecer, por tanto la situación de cuidado supone entender la situación y ofrecer una respuesta en consecuencia. En este modelo se realiza una apreciación subjetiva de las necesi-

dades de cuidado de la persona mayor lo que determina la cantidad de cuidado que debe ser ofrecida. Por ello la apreciación primaria se mide teniendo en cuenta las horas de cuidado diarias empleadas en el cuidado del paciente. Esto está basado en hallazgos que sugieren que algunos cuidadores proporcionan diferentes cantidades de cuidado a sujetos que tienen un nivel de incapacidad objetiva similar (DeBettignies, Mahurin y Pirozzolo, 1993). Esta asunción no invalida o cambia la hipótesis de que a mayor deterioro cognitivo y funcional, mayor requerimiento de asistencia, sino que únicamente difiere en que la relación entre necesidad y cuidado está en función de la estimación del cuidador.

c. Las variables mediadores se entiende que son aquellas que potencialmente tienen efectos positivos sobre el bienestar del cuidador contrarrestando, de este modo, los efectos negativos de los estresores primarios, o incluso, de las apreciaciones primarias (apoyo social, calidad de la relación con el paciente, apoyo emocional y formación del cuidador).

d. La sobrecarga en este modelo es el componente del apartado apreciación secundaria y no se entiende como estresor primario. El criterio de los autores para incluirlo en el apartado apreciación secundaria se basa en que los cuidadores, a la hora de determinar la sobrecarga, realizan una evaluación de la situación y expresan cómo se sienten al respecto. En este caso se puede comparar la sobrecarga con lo que algunos autores han llamado carga subjetiva y puede definirse como los sentimientos que el cuidador tiene con respecto: al nivel de energía, satisfacción con el nivel de cuidado ofrecido y tiempo para realizar todo lo necesario, incluido tiempo para uno mismo (Pearlin y cols., 1990).

e. Los resultados en este modelo de Yates y cols. (1999) se refieren al riesgo del cuidador de padecer depresión.

En síntesis, el bienestar del cuidador dependerá de los estresores primarios, la estimación que el cuidador haga de ellos y de los potenciales mediadores.

En la página adyacente se muestra en la figura 2 una representación gráfica del modelo de Yates y cols. (1999).

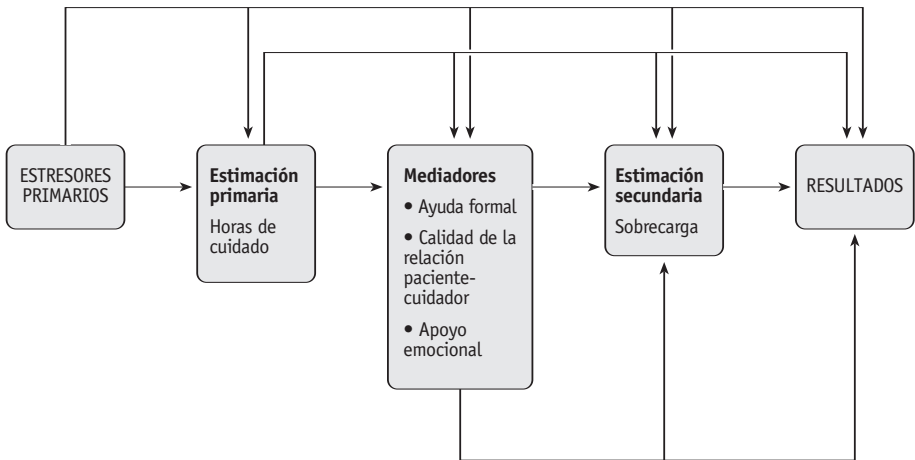
En la literatura se ha criticado que a medida que se utilizan más los modelos de estrés en las investigaciones con cuidadores cada vez son menos precisos (Abel, 1990, Braithwaite, 1996; Gatz, Bengston y Blum, 1990). En general, se han criticado varios aspectos: a) en un primer momento, el modelo de estrés se centraba en los mecanismos de afrontamiento del cuidador, b) pocas veces se han reconocido consecuencias positivas con el paradigma de estrés, c) debido a que se tiende a considerar que las variables estresoras provienen de la persona que recibe el cuidado, el

modelo pierde la visión de la relación diádica entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, así como con el resto de familiares y relaciones allegadas. Estas relaciones son multidimensionales por naturaleza e incluyen interacciones actuales y pasadas que ocurren en un contexto cultural e histórico.

Programas de intervención para cuidadores de enfermos con demencia

Ante la evidencia del elevado nivel de estrés que puede producir el cuidado de un paciente con enfermedad de Alzheimer, en los últimos 20 años se han desarrollado numerosos Programas de Intervención Psicosocial (PIP) para cuidadores, con el objetivo principal de ayudarles a reducir el estrés percibido producido por el cuidado, así como las posibles situaciones derivadas. Estos programas han utilizado diferentes formatos y métodos para cumplir dicho objetivo, comprendiendo desde intervenciones psicológicas individuales a grupos de apoyo, en los que se emplean técnicas específicas tales como entrenamiento en solución de problemas o afrontamiento de situaciones difíciles (Bourgeois, Schulz y Burgio,1996).

Figura 2



1. GRUPOS DE APOYO

Está estudiado que es más fácil que las personas desarrollen y mantengan relaciones de apoyo con personas que están pasando por la misma situación, (Bell, 1981; Feld, 1982; Lazarsfeld y Merton, 1954; Marsden, 1988; Merton, 1968; Sutor, 1987). Existen algunos factores que explican el desarrollo y el mantenimiento de estas relaciones, así niveles de semejanza entre la edad, el género, el estado civil y el empleo parecen ser variables que favorecen este tipo de relaciones (Bell, 1981; Feld, 1982; Lin, Wowlfel y Lighr, 1986; Marsden, 1988; Wellman y Wortley, 1990). También el estatus social produce relaciones de apoyo, puesto que estos individuos tienden a tener los mismos intereses y valores (Duck y Craig, 1978; Lea y Duck, 1982; Singer, 1981). Los grupos de apoyo es el servicio más común que se ofrece a los cuidadores de enfermos de Alzheimer (Goodman, 1991). En ellos participan tanto cuidadores como profesionales y su dinámica consiste en el cambio de información entre cuidadores que están pasando por una situación similar.

En estos grupos, se comparten preocupaciones, se expresan sentimientos y miedos, se comparten experiencias con los miembros del grupo y se trata de ayudar a los demás. Como se puede apreciar, se trata de grupos en los que se trabaja la reciprocidad, puesto que se escucha pero a la vez se proporciona información. Asimismo Lieberman (1979) identificó una serie de razones por las cuales la gente se une a los grupos de apoyo: modelado conductual, semejanza en la naturaleza de los problemas, apoyo emocional, información/consejo, altruismo y ayuda hacia los demás, y ayuda práctica. Además, la experiencia de universalidad (sensación de estar todos en el mismo barco) hace que la gente se sienta menos sola. Estos grupos fomentan la cohesión, aumentan la autoestima y permiten un mejor afrontamiento del problema.

Numerosos autores asumen que estos grupos proporcionan información (Shibbal-Campagne y Stachow, 1986; Simank y Strickland, 1986) y apoyo emocional (Barnes y cols, 1981; Lazarus y cols, 1981). Sin embargo, y haciendo referencia una vez más a las diferencias de género en la implicación del cuidado, en el actual contexto cultural de la tradicional división de roles se ha llegado a valorar la necesidad de ofrecer diferentes tipos de apoyo psicosocial a los cuidadores según el género. Los varones prefieren apoyos más prácticos en las actividades manuales del cuidado y las mujeres pueden ser más receptivas hacia apoyos emocionales (escucha, orientación, grupos de autoayuda). Zarit y cols. (1986) caracterizaban la actitud de los maridos como “instrumental” y la de las mujeres como “emocional”, lo cual se ve confirmado en un estudio realizado en Alemania sobre las necesidades y expectativas de los cuidadores que participaban en un grupo de apoyo (Förstl y Geiger-

Kabisch, 1995). Desgraciadamente son pocos los estudios que han podido medir los cambios en la percepción en los cuidadores de estar apoyados (Zarit y cols., 1987; Haley y cols., 1987).

2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON CUIDADORES

Se han descrito numerosos tipos de intervenciones con cuidadores con el fin de mejorar la calidad de vida del cuidador y en consecuencia la de los pacientes. A pesar de que existe un corpus teórico basado en evidencia que avala la eficacia de dichas intervenciones, las revisiones realizadas al respecto no alcanzan en algunos casos conclusiones unánimes. Ello puede deberse, entre otras razones, a defectos en los diseños experimentales utilizados, problemas en la aleatorización de la muestra o utilización incorrecta de los instrumentos de medida. Algunos autores, incluso, han señalado que la eficacia de las intervenciones con cuidadores puede tener un efecto a largo plazo en la mejora de la calidad de vida, que no se registra en la valoración realizada inmediatamente después de la intervención (Cooke, McNally, Mulligan, Harrison y Newman, 2001).

Por tanto, a pesar de que prácticamente todos los participantes en los diferentes Programas de Intervención Psicosociales realizan una valoración positiva del programa, existen todavía algunas lagunas de evidencia empírica sobre la validez de estos programas (Gallagher-Thompson y cols., 1998). Se trata, por lo tanto, de un área abierta a la investigación y a la mejora del conocimiento científico.

En este sentido y con el objetivo de revisar todas los artículos publicados sobre cuidadores, Brodaty y cols. (2003) llevaron a cabo un meta-análisis sobre intervenciones psicosociales con cuidadores de enfermos con demencia. Las conclusiones de este estudio afirman que estos programas tienen efectos leves, pero significativamente positivos, en el aumento del conocimiento de los cuidadores, en la morbilidad psicológica, en las estrategias de afrontamiento y en el apoyo social. A pesar de estos modestos hallazgos objetivos, la percepción subjetiva de los cuidadores difiere considerablemente puesto que consideran que sus estrategias de afrontamiento se ven gratamente incrementadas (Chiverton y cols., 1989), refieren mejor relación con el paciente (McCallion, 1999), consideran que la intervención les ha proporcionado estrategias útiles para su aplicación en el cuidado del paciente (Quayhagen y cols., 2000) y, sobre todo, que volverían a repetir la intervención (Robinson, 1988). Afirman, asimismo, que los programas psicosociales con cuidadores retrasan la institucionalización del paciente (Mittelman y cols., 1996).

En el polo opuesto se encuentran aquellas intervenciones que no tienen efectos positivos en el bienestar de los cuidadores por tratarse de intervenciones psicoedu-

cativas excesivamente cortas (1-3 sesiones), grupos de apoyo sin estructuración de las sesiones y entrevistas individuales que, por sí mismas, no funcionan en la mejora del estado psicológico del cuidador. Lo que sí se encuentra es un consenso creciente en la literatura de que las intervenciones integrales, intensivas e individuales (Toseland y Rossiter, 1989), resultan ser más efectivas que aquellas que no cumplen estas características (Haley y cols., 1997; Kennet y cols., 2000; Mittelman, y cols.,1996).

En cuanto a los contenidos de las sesiones se ha demostrado que las intervenciones psicosociales, que incluyen apoyo social y entrenamiento en diferentes habilidades, son las que tienen mayores efectos en reducción de carga (“burden”) y depresión (Gallagher-Thompson y cols., 2000; Cooke y cols., 2001; Knight y cols, 1993; Gatz y cols, 1990). En el meta-análisis, mencionado anteriormente (Brodaty y cols., 2003), se halló que uno de los aspectos claros, y estadísticamente significativos del éxito de las intervenciones era el aprendizaje por parte del cuidador de técnicas de resolución de problemas en relación al cuidado del paciente (Teri y cols, 1997).

NYU Spouse-Caregiver Intervention Study (Mittelman, Ferris, Shulman, Steinberg y Levin, 1996)

En el programa propuesto por Mittelman y cols., (1996) los objetivos principales consisten en ayudar a los cuidadores a posponer el ingreso del paciente en una residencia y mantener el bienestar de los cuidadores. Esta intervención contiene diferentes componentes. Los cuidadores reciben terapia individual y familiar para incentivarles a participar posteriormente en los grupos de apoyo. Asimismo para el cuidador principal se ofrece un tratamiento telefónico, ad hoc, cuandoquiera que lo solicite.

La terapia individual y familiar inicial consiste en una intervención estructurada, y con un tiempo límite, cuyo objetivo es: a) informar al cuidador sobre diversos aspectos de la enfermedad; b) promover la comunicación para favorecer la comunicación entre ambos; c) entrenamiento en resolución de problemas; d) manejo de comportamientos difíciles; e) promover el apoyo social, y f) concienciar a los cuidadores de la necesidad de administrar fármacos a los pacientes para manejar algunos de los síntomas tratables de la propia enfermedad. El grupo de apoyo y el seguimiento telefónico duran mientras dure la enfermedad.

Los resultados del estudio con cuidadores llevado a cabo con este programa mostraron que se consiguió retrasar el ingreso del paciente en la residencia (Mittelman y cols, 1996). El ingreso en residencia estaba directamente relacionado con la

forma en la que afectaban los problemas de memoria y conducta en el cuidador, los niveles de depresión en el cuidador, la severidad de la demencia, el género del cuidador y la edad del paciente (Mittelman y cols., 1996). Con la intervención psicosocial consiguieron que se redujeran los niveles de depresión en los cuidadores.

Programa de intervención de Gallagher-Thompson, Rose, Florsheim, Jacome, Del Maestro y Peters, 2000

El programa psicoeducativo de intervención propuesto por Gallagher-Thompson y cols., (2000) está basado en los modelos teóricos que describen la influencia de los aspectos cognitivos y del comportamiento en el desarrollo y mantenimiento de estados afectivos negativos como la depresión (Beck y cols., 1979; Lewinsohn y cols., 1986). La intervención realizada con este formato se basa en experiencias anteriores en grupos psicoeducativos para cuidadores, que mostraron ser efectivas en la reducción del malestar asociado a la tarea del cuidado (Gallagher-Thompson y cols., 1985; Gallagher y cols., 1992; Thompson y cols., 1992). El objetivo principal del programa es ayudar a los cuidadores a aprender y establecer estrategias psicológicas adaptativas para manejar las dificultades intrínsecas al cuidado y, en consecuencia, mejorar su calidad de vida. Está basado en el Programa de Intervención Psicosocial “Older Adult and Family Center” (VA Palo Alto Health Care System). Este programa original de Gallagher-Thompson y cols., (2000) se tradujo y adaptó posteriormente a población hispana por Solano y cols. (2002).

Los estudios previos (Gallagher-Thompson y cols., 2000) demostraron que era necesario centrar las sesiones en enseñar un número limitado de estrategias de manejo a través de aproximaciones instrumentales. En primer lugar, el denominado afecto negativo se ve disminuido con el aprendizaje de técnicas de relajación que, posteriormente, se generalizan para las diversas situaciones estresantes que se dan en el cuidado. Con el fin de percibir el comportamiento de la persona cuidada de forma más realista, identificar y modificar pensamientos inadecuados, y usar la comunicación asertiva de una manera efectiva, se incluyen contenidos en el programa para trabajar estos aspectos. En segundo lugar, los afectos positivos se verán aumentados con el aprendizaje de habilidades concretas, como la relación entre estado de ánimo y actividades, incorporando eventos placenteros simples que ocurran en la vida cotidiana, y estableciendo objetivos de cambio personal y recompensas.

La intervención se presenta con estructura similar al de una clase en la que se enseñan técnicas de afrontamiento con un alto grado de estructuración. Este formato didáctico resulta más atractivo para los cuidadores, que tienden a verse a sí

mismos como no necesitados de ayuda psicológica, a pesar de los altos niveles de estrés que pueden llegar a presentar. Los objetivos generales consisten en: a) ayudar a los cuidadores a controlar la tensión y el estrés derivado del cuidado (Gallagher-Thompson y cols., 1992), b) enseñarles diferentes estrategias para manejar los problemas de comportamiento de su familiar, y c) aumentar la satisfacción vital (Gallagher-Thompson y cols., 1992; Thompson y cols., 1992, Gallagher-Thompson y cols., 2000). Se trata de un programa con un alto grado de versatilidad diseñado, ya desde su origen, para abordar cuidadores de un amplio espectro de procedencias culturales y socioeconómicas. Puede realizarse de forma individual o con grupos reducidos de 6-8 miembros, con sesiones semanales o quincenales, con un total de sesiones que oscilan entre 8 y 12.

Programa “Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda”

(Izal, Montorio y Díaz-Veiga, 1997)

El programa “Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda”, desarrollado en nuestro país, con el fin de valorar una guía para cuidadores que lleva el mismo título, combina el aprendizaje de habilidades dirigidas al control de situaciones difíciles asociadas al cuidado con las relativas a la promoción de la autonomía y autoestima de las personas cuidadas, la comunicación de los cuidadores con las personas que atienden, y el control de los comportamientos problemáticos que pueden presentar las personas mayores dependientes (Izal y cols, 1997). En el cuadro 1 puede observarse el resumen del contenido del programa.

A través del programa de intervención se pretenden alcanzar dos objetivos fundamentales:

- Fomentar en los cuidadores la actitud de darse cuenta de la necesidad de cuidarse mejor a sí mismos y transmitir los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar y potenciar en estas personas estrategias adaptativas de afrontamiento de situaciones problemáticas y sentimientos negativos asociados al cuidado.
- Proporcionar a los cuidadores conocimientos y destrezas que les ayudarán a cuidar mejor de sus familiares, favoreciendo la autonomía y autoestima de los mismos y evitando el exceso de incapacidad que ocurre en muchos casos.

De esta forma, el contenido del programa se centrará en torno a dos grandes bloques temáticos.

Cuadro 1. Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. Programa de intervención elaborado a partir de la guía “cuando las personas mayores necesitan ayuda” (Izal, Montorio y Díaz-Veiga, 1997)

Sesión	Contenidos	Método
SESIÓN 1. Presentación del curso y de los participantes del mismo.	Presentación del terapeuta, de los participantes y del programa. Normas (asistencia, participación activa, tareas para casa, respeto de turno de palabra...). Educación: Alzheimer y cuidado (estrés, curso para afrontar el mejor cuidado y reducir las consecuencias negativas)	Presentación cruzada, transparencias y video
SESIÓN 2. El cuidado del cuidador: aprender a sentirse bien	Darse cuenta (señales de alarma) y descripción de sentimientos negativos	Exposición teórica, preguntas, tormenta de ideas.
SESIÓN 3. El cuidado del cuidador. Poner límites a la cantidad de cuidado y cuidar la propia salud.	Importancia de pedir ayuda informal y formal, creencias irracionales, cómo pedir ayuda	Ejercicio de reflexión, role-playing
SESIÓN 4. El cuidado del cuidador: aprender a sentirse bien. Controlar el enfado y los sentimientos negativos	Poner límites al cuidado, aprender a decir “no”, aprender a dejarse ayudar, cuidar de la propia salud.	Discusión grupal, role-playing
SESIÓN 5. Favorecer la comunicación.	Qué es la comunicación, importancia de la comunicación, estrategias para conseguir una buena comunicación con el familiar dependiente.	Preguntas, ejercicios de role-playing.
SESIÓN 6. Favorecer la autonomía	Los riesgos del cuidado y de la ayuda (el exceso de cuidado), cómo potenciar la autonomía, cómo potenciar la autoestima	Ejercicios de grupo, preguntas.
SESIÓN 7. Manejo de comportamientos difíciles (I).	Qué son los comportamientos problemáticos, intervención sobre comportamientos problemáticos (ABC y plan de acción)	Discusión en grupo, ejercicios grupales y role-playing
SESIÓN 8. Manejo de comportamientos difíciles (II)	Qué son los comportamientos problemáticos, intervención sobre comportamientos problemáticos (ABC y plan de acción)	Discusión en grupo, ejercicios grupales y role-playing
SESIÓN 9. Planificar el futuro y consulta de dudas	Mantener reuniones familiares, consultar con otras personas, asegurar la atención del familiar, como medidas de planificación del futuro. Instrucciones personalizadas.	Ejercicios de role-playing
SESIÓN 10. Evaluación	Se procederá a la evaluación del curso y a la concertación de citas futuras.	Trabajo de grupo

El cuidado del cuidador:

- Fomento del darse cuenta de la necesidad de cuidarse a sí mismo
- Descripción de los sentimientos negativos más frecuentes en la vida de los cuidadores (tristeza, culpa, enfado, autocompasión) y explicación de nuevas estrategias para controlarlos (técnicas de relajación, de solución de problemas, asertividad...)
- Explicación de estrategias para cuidar de la salud física y psicológica.

El cuidado de la persona mayor dependiente.

- Habilidades y destrezas para manejar los comportamientos problemáticos (deambulación, agresividad, incontinencia...) del familiar con Alzheimer.
- Habilidades para favorecer la autonomía, independencia y autoestima del familiar dependiente.

En las primeras sesiones del programa se enseña a los cuidadores a detectar señales de alarma que deben predisponer a empezar a cuidar de sí mismos para, posteriormente, modificar su forma de actuar y poner en práctica habilidades que les ayuden a mejorar su situación como cuidadores.

En las sesiones siguientes se tratan los problemas de comunicación con las personas que cuidan, practicándose las habilidades que contribuyen a resolverlos, así como otro tema tan importante como el pedir ayuda.

En sesiones posteriores se aborda el análisis, prevención y control de los comportamientos problemáticos de los pacientes a los que se enfrentan los cuidadores que asisten al programa (p.e. agresión, agitación, alucinaciones, etc). En estas sesiones se tratan las razones que explican la presencia de este tipo de conductas y se analizan con los cuidadores las posibles pautas de actuación para corregirlas o controlarlas.

La penúltima sesión se dedica a preparar el futuro, establecer, entre otras estrategias tratadas a lo largo del programa, cuáles pueden ser útiles y facilitar su implantación en su vida diaria.

La última sesión se dedica a la evaluación.

Conclusiones

A lo largo del presente trabajo se ha analizado, a través de los modelos de estrés, el proceso de cuidado de una persona mayor dependiente (en este caso personas con enfermedad de alzheimer) y se ha pretendido caracterizar “los posibles riesgos potenciales de maltrato” que conlleva el cuidado de personas dependientes. Así mismo, se han analizado las posibles intervenciones sobre cuidadores que actúen de manera preventiva sobre el posible maltrato de personas mayores.

No obstante, las conclusiones que se extraen orientan hacia la necesidad de profundización de este tipo de trabajos que analicen de forma sistemática la efectividad de dichos programas. Puede observarse que casi todos los trabajos se han centrado en programas de intervención cortos, en formato individual o grupal, pero que se ha prestado escasa atención a otro tipo de intervenciones, como las intervenciones comunitarias, intervenciones familiares o incluso las basadas en tecnologías. Es, pues, éste un campo abierto a la investigación futura para esclarecer la idoneidad metodológica a aplicar en los programas de intervención que se llevan a cabo con cuidadores de enfermos con demencia.

Además, en el campo concreto del maltrato, la evidencia es escasa. No obstante, existe un futuro abierto a la investigación sobre intervenciones en este campo, que nos atrevemos a afirmar deberán especializarse y complejizarse con el objetivo de atender de manera más concreta a las diferentes situaciones del cuidado y de las posibles situaciones de maltrato.

Bibliografía

- Abel, E. K. (1990). *Informal care of the disabled elderly: A critique of recent literature*. Research on Aging, 12, 139-157.
- Abengozar, M. C. y Serra, E. (1997). *Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 32, 5, 257-269.
- Adams, B. N. (1968). *Kinship in urban setting*. Chicago: Markman.
- Alexopoulos, G. y Abrams, R. (1991). *Depression in Alzheimer's disease*. The Psychiatric Clinics of America, 14, 327-339.
- Allen, S. (1994). *Gender differences in spousal caregiving and unmet need of care*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 49, 187-195.
- Alspaugh, M. E. L., Stephen, M. A., Townsend, A. L., Zarit, S. H. y Greene, R. (1999). *Longitudinal patterns of risk for dementia caregivers: Objective and subjective primary as stress predictors*. Psychology and Aging, 14, 34-43.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.^a ed. (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I. y Schuler, R.H. (1993). *Stress, role captivity and the cessation of caregiving*. Journal of Health and Social Behavior, 34, 54-70.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J.T., Zarit, S. H. y Withlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Barnes, R. F., Raskind, M. A., Scott, M. y Murphy, C. (1981). *Problems of families caring for Alzheimer patients: Use of a support group*. Journal of the American Geriatrics Society, 29, 2, 80-85.
- Barrera, M. (1986). *Distinctions between social support concepts, measures, and models*. American Journal of Community Psychology, 14, 4 413-445.
- Bazo, M. T. (1998). *El cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: El caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 33, 1, 49-56.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Bell, R. R. (1981). *World friendship*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Biegel, D. E., Sales, E. y Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park, CA: Sage.
- Billings, A., Cronkite, R. y Moss, R. (1983). *Social-environmental factors in unipolar depression: Comparison of depressed patients and nondepressed controls*. Journal of Abnormal Psychology, 92, 119-133.
- Bourgeois, M. S., Schulz, R., y Burgio, L. (1996). *Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and outcomes*. International Journal of Aging and Human Development, 43, 35-92.
- Braithwaite, V. (1996a). *Between stressors and outcomes: Can we simplify caregiving process variables*. The Gerontologist, 36, 42-53.
- Braithwaite, V. (1992). *The ageing experience: Loss, threat or challenge?* In P. Heaven (Ed.), *Life span development*. Sydney: Harcourt Brace Jovanovich (pp. 268-301).

- Braithwaite, V. (1996). *Understanding stress in informal caregiving: Is burden a problem of the individual or of society*. Research on Aging, 18, 139-174.
- Brodaty, H. y Gresham, M. (1989). *The effect of a training programme to reduce stress in cares of patients with dementia*. British Medical Journal, 299,1375-1379.
- Brodaty, H. y Luscombe, G. (1998). *Psychological morbidity in caregivers is associated with depression in patients with dementia*. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 12, 62-70.
- Brodaty et al., *Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-year follow-up study*, Br J Psychiatry 2003; 183: 213-219.
- Brownell, et al, 1999. *Mental Health and Criminal Justice Issues Among Perpetrators of Elder Abuse*. Journal of Elder Abuse&Neglect, Vol. 11, Nº 4, 81-94.
- Burgio, L., Corcoran, M., Lichstein, K. L., Nichols, L., Czaja, S., Gallageher-Thompson, D. (2001). *Judging outcomes in psychosocial interventions for dementia caregivers: The problems of treatment implementation*. The Gerontologist, 41, 481-487.
- Burton, L. C., Newsom, J. T., Schulz, R., Hirsch, C. H. y German, P. S. (1997). *Preventative health behaviors among spousal caregivers*. Preventative Medicine, 26, 162-169.
- Cantor, M. (1983). *Strain among caregivers: A study of a experience of family caregivers*. The Gerontologist, 23, 6, 597-604.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. Journal of Personality ans Social Psychology, 56, 2, 267-283.
- Chang, C. F. y White-Means, S. I. (1991). *The men who care : An analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home*. The Journal of Applied Gerontology, 10, 343-358.
- Chenoweth, B., Spencer, B. (1986). *Dementia. The experience of family caregivers*. The Gerontologist, 26, 3, 267-272.
- Chiverton, P. and Caine E.D. (1989). *Education to Assist Spouses in Coping with Alzheimer's Disease: A Controlled Trial*. Journal of the American Geriatric Society, 37: 593-598.
- Clipp, E. C y George, L. K. (1990). *Varegiver needs and patterns of social support*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 45, 102-112.
- Cohen, C. I., Teresi, J. y Holmes, D. (1985). *Social networks and adaptation*. The Gerontologist, 25, 3, 297-304.
- Cohen, D. (2000). *Caregiver stress increases the risk of homicide-suicide*. Geriatric Times, 1,1-7.
- Cohen, D. (2002). *Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease*. Family and Professional cares: Findings lead to action,49-54.
- Cohen, D. y Eisdorfer, C. (1998) *Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease*. Journal of the American Geriatrics Society, 36, 885-889.
- Cohen, D. y Eisdorfer, C. (2001). *The Loss of self: A family Resource for Alzheimer's disease and related disorders*. New York: WW Norton.
- Cohen, D., Luchins, D. y Eisdorfer, C. (1990). *Caring for relatives with Alzheimer's disease: The mental health risks to spouses, adult children and other family caregivers*. Behavior, Health, and Aging, 1, 171-182.

- Cohen, S, Kamarck, T. y Mermelstein, R (1983). *A Global Measure of Perceived Stress*. Journal of Health and Social Behavior, 24, 385-396
- Cohen, S., Kessler, R. C. y Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
- Collins, C. y Jones, R. (1997). *Emotional distress and morbidity in dementia carers: A matched comparison of husbands and wives*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12, 1168-1173.
- Cooke, et al. (2001) *Psychological interventions for caregivers of people with dementia: A systematic review*. Aging and Mental Health , 5 (2): 120-135.
- Coryell, W., Endicott, J., Winokur, G., Akiskal. K., Solomon, D., Leon, A., Mueller, T. y Shea, T. (1995). *Characteristics and significance of untreated major depressive disorder*. American Journal of Psychiatry, 15, 1124-1129.
- Crowne, D. P. y Marwe, D. (1960). *A new scale of social desirability independent of psychopathology*. Journal of Consulting Psychology, 24, 349-354.
- Cummings, J. L., Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-NH). (2000). *Versión para centros de cuidados crónicos*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 75-83.
- Cummings, J.L. (1994). *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia*. Neurology, 44 ,2308-2314.
- Cummings, J.L., Ross, W, Absher, J., Gornbein, J. y Hadjiaghai, L. (1995). *Depressive symptoms in Alzheimer disease: Assessment and determinants*. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 9, 2, 87-93.
- Czaja, S. J., Eisdorfer, C. y Schulz, R. (2000). *Future directions in caregiving :Implications for intervention research*. En: D. Beigel & A. Blum (Eds), *Innovations in practice and service delivery across the life span* (pp. 295-325). New York :Springer.
- DeBettingnies, B.H., Mahurin, R.K. y Pirozzolo, J.R. (1993). *Functional status in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia: A comparison of patient performance and caregiver report*. Clinical Gerontologist, 12, 31-49.
- Deimling, G. T. y Bass, D. M. (1986). *Symptoms of mental impairment among elderly adults and their caregivers*. Journal of Gerontology, 41, 778-784.
- Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia*. The Gerontologist, 34, 548-552.
- Doriga P.L., Guillen F. (1995). *Aproximación clínica al paciente geriátrico, técnicas de valoración geriátrica, evaluación clínica, funcional, mental y social*. Monografías de actualización en Geriátrica. (Ed) Médicos S.A. Madrid, 1,5-33.
- Drinka, T. J., Smith, J. y Drinka, P. J. (1987). *Correlates of depression and burden for informal caregivers of patients in a geriatrics referral clinic*. Journal of American Geriatrics Society, 35, 522-525.
- DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1995). Barcelona: Masson.
- Duck, S. W. Y Craig, R. G. (1978). *Personality, similarity, and the development of friendship: A longitudinal study*. British Journal of Clinical psychology, 17, 237-242.
- Dunlop et al, 2000. *Elder Abuse: Risk Factors and Use of Case Data to Improve Policy and Practice*. Journal of Elder Abuse & Neglect, Vol.12. N° 1, 95 - 122.

- Dura, J. R., Haywood-Niler, E. y Kielcot-Glaser, J. K. (1990). *Spousal caregivers of persons with Alzheimer's and Parkinson's disease dementia: A preliminary comparison*. The Gerontologist, 30, 332-339.
- Dwyer, J.W. y Coward, R.T. (1991). *A multivariate comparison of the involvement of adult sons versus daughters in the care of impaired persons*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 46, 25-269.
- Enright, R. B. (1991). *Caregiving and help received by spouses and adult children of brain-impaired adults*. The Gerontologist, 31, 375-383.
- Feld, S. L. (1982). *Social structural determinants of similarity among associates*. American Sociological Review, 47, 797-801
- Fengler, A. P. y Goodrich, N. (1979). *Wives of elderly disabled men: The hidden patients*. The Gerontologist, 19, 175-183.
- Fingerman, K. L., Gallagher-Thompson, D., Lovett, S. y Rose, J. (1996). *Internal resourcefulness, task demands, coping and dysphoric affect among caregivers of the frail elderly*. International Journal of Aging and Human Development, 42, 229-248.
- Fiore, J., Becker, J. y Coppel, D. B. (1983). *Social network interactions: A Buffer or a stress*. American Journal of Community Psychology, 11, 4, 423-439.
- Fisher, L. Lieberman, M. A. (2002). *Family support and burden in Alzheimer's disease*. Family and professional carers: Findings lead to action, 31-35.
- Fitting, M., Rabins, P., Lucas, M.J., y Eastham, J. C. (1986) *Caregivers for dementia patients: A comparison of husbands and wives*. The Gerontologist, 26, 248-252.
- Flórez Lozano, J. A., Adeva J., García M. C. y Gómez Martín M. P. (1997). *Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos*. Jano, 20-26, 1218, 53-64.
- Förstl, H., y Geiger-Kabisch, C. (1995). *"Alzheimer Angehörigengruppe". Eine systematische Erhebung von Bedürfnissen und Erfahrungen pflegender Angehöriger*. Psychiatric Prax, 22, 68-71.
- Fredriksen, K. I. (1996). *Gender differences in employment and the informal care adults*. Journal of Women and Aging, 8, 35-53.
- Friss, L. R. y Whitlatch, C. J. (1991). *Who's taking care? A statewide study of family caregivers*. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research (Sep-Oct), 16-26.
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S. y Thompson, L. W. (1989). *Prevalence of depression in family caregivers*. The Gerontologist, 29, 449-456.
- Gallagher, D., Thompson, L., Silven, D., & Priddy, M. (1995). *Problem solving for caregivers: Class leaders' manual*. Palo Alto, CA: VA Palo Alto Health Care System and Stanford University School of Medicine.
- Gallagher-Thompson, D. & DeVries, H. M. (1994). *Coping with frustration classes*:
- Gallagher-Thompson, D. W., Coon, D., Rivera, P., Powers, D. y Zeiss, A. M. (1998). *Family caregiving. Stress, coping and intervention*. En Handbook of Clinical Geropsychology, Plenum Press, New York.
- Gallagher-Thompson, D. y Steffen, A. M. (1994). *Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 543-549.
- Gallagher-Thompson, D., Arean, P., Rivera, P. y Thompson, L. W. (2001). *Reducing distress in Hispanic family caregivers using a psychoeducational intervention*. Clinical Gerontologist, 23,17-32.

- Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y. y Thompson, L. W. (2003). *Change in Indices of Distress Among Latino and Anglo Female Caregivers of Elderly Relatives With Dementia: Site-Specific Results From the REACH National Collaborative Study*. *The Gerontologist*, 43, 4, 580-591.
- Gallagher-Thompson, D., Leary, M. C., Ossinalde, C., Romero, J.J., Wald, M. y Fernandez-Gamarra, E. (1997). *Hispanic caregivers of older adults with dementia: Cultural issues in outreach and intervention*. *Easter Group Psychotherapy Society*, 21,2, 211-232.
- Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J. McKibbin, C., Coon, D. W., Futterman, A., y Thompson, L. W. (2000). *Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers*. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6, 91-110.
- Gallagher-Thompson, D., Rose, J., Florsheim, M., Gantz, F., Jacome, P., Del Maestro, S., Peters, L., Arguello, D., Johnson, C., Moorehead, R.S., Polich, Chesney, M. y Gatz, M., Bengtson, V. L., y Blum, M. J. (2000). *Caregiving families*. En J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 404-426). San Diego: Academic Press.
- Gallagher-Thompson, D., Rose, J., Florsheim, M., Jacome, P., Del Maestro, S., Peters, L. (2000). *Controlling your frustration: A class for caregivers (Leaders Manual and Participant Workbook)*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs Medical Center.
- Gallagher-Thompson, D., Solano, N., Coon, D. & Areal, P. (2003). *Recruitment and retention of Latina dementia family caregivers in intervention research: Issues to face, lessons to learn*. *The Gerontologist*, 43, 45-51.
- Gallagher-Thompson, D., Solano, N., McGee, J. S., Krisztal, E., Kaye, J., Coon, D. y Thompson, L. (2002). *Coping with caregiving: Reducing stress and improving quality of life. Class leaders' manual*. Palo Alto, CA: VA Palo Alto Health Care System and Stanford University School of Medicine.
- Gatz, M., Bengtson, V. L. y Blum, M. J. (1990). *Caregiving families*. En J. E. Birren y J.W. Schiaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (3rd.ed). San Diego:Academic Press, Inc.
- Gaugler, J. E., Davey, A., Pearlín, L. I. y Zarit, S. H. (2000). *Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behaviour problems*. *Psychology and Aging*, 15, 3, 437-450.
- George, L. K., Gwyther, L. P. (1986). *Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults*. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Goodman, C. C. (1991). *Perceived social support for caregiving:measuring benefit of sel-help/support group participation*. *Journal of Gerontological Social Work*, 16 (3/4), 163-175.
- Gouldner, H. y Strong M. S. (1987). *Speaking of friendship: Middle-class women and their friends*. Westport, CT: Greenwood press.
- Hadjistavropoulos, T., Taylor, S., Tuokko, H. y Beattie, B. L. (1994). *Neuropsychological deficits , caregivers' perception of deficits and caregiver burden*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 308-314.
- Haley, W. E. y Pardo, K. M. (1989). *Relationship of severity of dementia to caregiving stressors*. *Psychology and Aging*, 4, 389-392.
- Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L. y Bartolucci, A. A. (1987). *Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers*. *Psychology and Aging*, 2, 323-330.
- Haley, W. E., Levine, E.G., Brown, S. L. Berry, J. W. y Hughes, G. H. (1987). *Psychological , social and health consequences of caring for a relative with senile dementia*. *Journal of American Geriatrics Society*, 35, 405-411.

- Haley, W. F., Ehrbar, L. y Schonwetter, R. (1997). *Family caregiving issues*. En L. Balducci, G.H. Lyman, & W.B. Ershler (Eds.), *Comprehensive geriatric oncology* (pp 805-812). London: Harwood Academic.
- Hightower, et al. 1999. *Meeting the Needs of Abused Older Women? A British Columbia and Yukon Transition House Survey*. Journal of Elder Abuse & Neglect. Vol. 11, N° 4, 39-57.
- Homans, G. (1950). *Social Behavior: It's elementary forms*. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Hooker, K., Fraizer, L. D. y Monahan, D. J. (1994). *Personality and coping among caregivers of spouses with dementia*. The Gerontologist, 34, 386-392.
- Hooker, K., Monahan, D. J., Browman, S. R., Fraizer, L. D. y Shifren, K. (1998). *Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 53B, 73-85.
- Horowitz, A. (1985). *Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences*. The Gerontologist, 36, 612-617.
- Ingersoll-Dayton, B., Starrels, M. E. y Dowler, D. (1996). *Caregiving for parents and parents in law. Is gender important?*. The Gerontologist, 25, 612-617.
- Izal, M. y Montorio, I. (1994). *Evaluación del medio del cuidador y del demente*. En Del Ser, T. y Peña-Casanova, J. (Eds.) *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J.Prous, 201-222.
- Izal, M. y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Izal, M. y Montorio, I. y Díaz-Veiga, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda*. Guía para familiares y cuidadores: IMSERSO.
- Kasper, J. D. y Shore, A. D. (1994). *Cognitive impairment and problem behaviors as risk factors and institutionalization*. The Journal of Applied Gerontology, 13, 371-385.
- Katz, I. R. (1998). *Diagnosis and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementias*. Journal of Clinical Psychiatry, 59 (suppl.9), 38-44.
- Kennet, J., Burgio, L. y Schulz, R. (2000). *Interventions for in-home caregivers: A Review of research 1990 to present*. En R. Schulz (Ed.) *Handbook of dementia caregiving: Evidence-based interventions for family caregivers* (pp. 61-125). New York: Springer.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R. , Speicher, C. E., Trask, O. J. y Glaser, R. (1991). *Spousal caregivers of dementia victims : Longitudinal changes in immunity and health*. Psychosomatic Medicine, 53, 345-362.
- Knight, B. G., Lutzky, S. M., y Macofsky-Urban, F. (1993). *Ameta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research*. The Gerontologist, 33, 240-248.
- Kopito, A. (1989). *The frustrations, gratification, and well-being of dementia caregivers*. The Gerontologist Society of America, 29 (2), 166-172.
- Kramer, B. J. y Kipnis, S. *Eldercare and work-role conflict: Toward an understanding of gender differences in caregiver burden*. The Gerontologist, 35, 340-358.
- Krause, N. (1986). *Social support, stress and well-being among older adults*. Journal of Gerontology, 41, 4, 512-519.
- Kukull, W. A., Larson, E. B. Reifler, B. V., Lampe, T. H., Terby, M. S., Hughes, J.P. (1990). *The validity of three clinical diagnostic criteria for Alzheimer's disease*. Neurology, 40, 1364-1369.

- Lawlor, B. A. (1995). *Behavioral complications in Alzheimer's disease: Clinical Practice* (Rep. No.31). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lawton M. P., Brody E. M. (1969). *Assesment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *The Gerontologist*, 9, 9, 179-186.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M. Rovine, M. y Glicksman, A. (1989). *Measuring caregiving appraisal*. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, 61-71.
- Lawton, M. P., Moss, M, Kleban, M. H. Glicksman, A. y Rovine, M. (1991). *A Two factor model of caregiving appraisal and psychological well-being*. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 181-189.
- Lazarsfeld, P. F. y Merton, R. K.(1954). *Friendship as a social process: A substantive and methodological analysis*. En: Morroe Berger, T. A. & C. H. Page (Eds.), *Freedom and control in modern society*. New York: Litton.
- Lazarus R., y Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. (1984). New York: Springer.
- Lazarus, L. W., Stafford, B., Cooper, K., Cohler, B. y Dysken, M. (1981). *A pilot study of an Alzheimer patients's relatives discussion group*. *The Gerontologist*, 21, 4, 353-358.
- Lea, M. y Duck, S. W. (1982). *A model for the role of similarity of values in friendship development*. *British Journal of Social psychology*, 21, 301-310.
- Lévesque, L. y Laurin, L. (1995). *A multidimensional Examination of the psychological and social well-being o caregivers of a demented relative*. *Research on Aging*, 17, 3, 332-360.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R., Youngren, M. A., & Zeiss, A. (1986). *Control Your Depression*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.
- Li, L. W., Seltzer, M. M. y Greenberg, J. S. (1999). *Change in depressive symptoms among daughter caregivers: An 18 – month longitudinal study*. *Psychology and Aging*, 14, 206-219.
- Lieberman, M. S. (1979). *Help seeking and self-help groups*. En M.A. Lieberman, L.D. Borman & Associates (Eds.). *Self-Help groups for coping with crisis*, San Francisco: Jossey-Bass, pp 116-149.
- Lin, N. M. Woelfel, M. W. y Light, S. C. (1986). *Buffering the impact of the most important life event*. En: N. Lin, A. Dean & W. Ensel (Eds.) *Social support, life events, and depression*. New York: Academic Press.
- Link, B.G., Mesagno, F.P., Lubner, M.E : y Dohrenwend, B. (1990). *Problems in measuring role strain and social functioning in relationto to psychological symptoms*. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 354-369.
- Lithwick, M and Beaulieu, 1999. *The Mistreatment of Older Adults: Perpetrator-Victim Relationships and Interventions*. *Journal of Elder Abuse&Neglect*, Vol. 11, N° 4, 95-112.
- Lutzsky, S. M. y Knight, B.G. (1994). *Explaining gender differences in caregiver distress : The roles of emotional attentiveness and coping styles*. *Psychology and Aging*, 9, 513-519.
- Lyons, W. (1982). *Coping with cognitive impairment: Some family dynamics and helping roles*. *Journal of Gerontological Social Work*, 4 (3/4), 3-20.
- Mace, N. L. (1986). *Families : The other side of Alzheimer's. Provider*, 12, 5, 22-25.
- Maddock, D., Klinier, C. y Islam, C. (1998). *Carer needs assessment trial*. Adelaida: Royal district nursing service south Australia.
- Magai, C., Hartung, R. y Cohen, C. I. (1995). *Caregiver distress and behavioral symptoms*. En: *Behavioral complications in Alzheimer's disease*. Lawlor B.A. Washington: American Psychiatric Press Inc.

- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). *Functional Evaluation: The Barthel Index*. Maryland State Medical Journal, 14, 61-65.
- Majerovitz, S. D. (1995). *Role of family adaptability in the psychological adjustment of spouse caregivers to patient with dementia*. Psychology and Aging, 10, 446-457.
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier N. y Burns, A. (2000). *Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease*. British Journal of Psychiatry, 176, 557-562.
- Marsden, P. (1988). *Homogeneity in confiding relationships*. Social Networks, 10, 57-76.
- McCallion, P. (1999). *Maintaining communication*. In M.P. Janicki, & A.J. Dalton, (Eds.), *Mental Retardation, Aging and Dementia: A Handbook*, (pp. 261-277).
- McCubbin H. I. Olson, D. H., Larsen A. S. (2000). *Family crisis orientated personal evaluation scales [F COPES]* (1987, 1991). En: Corcoran K. & Fischer J. *Measures for clinical practice: A sourcebook*. 3rd Ed. (2vols.) NY, Free Pr. V.1, 294-297
- McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. y Russo, N. F. (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington, DC: American psychological Association.
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Free press.
- Miller, B y Montgomery, A. (1990). *Family caregivers and limitations in social activities*. Research on Aging, 12, 72-93.
- Miller, B. y Cafasso, L. (1992). *Gender differences in caregiving: Fact or artifact?*. The Gerontologist, 32, 498-507.
- Mittelman M.S., Roth D.L., Haley W.E., Zarit S.H. (2004). *Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial*. Journal of Gerontology B Psychology Sciences Social Sciences Jan, 59(1), 27-34.
- Mittelman, M.S., Ferris, S.H., Shulman, E., Steinberg, G., y Levin, B. (1996). *A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease: A randomized trial*. Journal of American Medical Association, 276, 1725-1731.
- Montgomery, R. J. V. (1992). *Gender differences in patterns if child-parent caregiving relationships*. En J.W.Dwyer & R.T. Coward (Eds.) *Gender, families and elder care* (pp.65-83). Newbury Park, CA:Sage.
- Montgomery, R. J. V. y Kamo, Y. (1989). *Parent care by sons and daughters*. En J.A. Mancini (Ed.), *Aging parents and adult children* (pp. 213-227). Lexington, MA: Lexington Books.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea J. G. y Hooyman, N.R. (1985). *Caregiving and the experience of subjective burden*. Family Relations, 34, 19-26.
- Moon, A. And Benton, 2000. *Tolerance of Elder Abuse and Attitudes toward Third-Party Intervention Among African American, Korean American and White Elderly*. Journal of Multicultural Social Work, 8 (3/4), 283-303.
- Moos, R. H., Cronkite, R. C. y Finney, J. W. (1984). *Health and daily living form manual*. Palo Alto. CA: Department of Veterans Affairs medical Center,.
- Moritz, D. J. Stansilav, S. V y Berkman, L. F. (1989). *The impact of living with cognitively impaired spouse. Depressive symptoms and social functioning*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 44, 17-27.
- Moritz, D. J., Kasl, S. V. y Ostfeld, A. M. (1992). *The health impact of living with cognitively impaired spouse*.

Journal of Aging and Health, 4, 244-267.

Moye, J., Robiner, W. N. y Mackenzie, T. B. (1993). *Depression in Alzheimer patients: Discrepancies between patient and caregiver reports*. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 7, 187-201.

Muela, J. A., Torres, C. J. y Peláez, E. M. (2002). *Inventario de situaciones potencialmente estresantes*. Anales de Psicología, 18, 2, 319-331.

Mui, A. C. (1995). *Caring for frail elderly parents: A comparison of adult sons and daughters*. The Gerontologist, 35, 86-93.

Muñoz-Cruzado, M. (1993). *Necesidades y riesgos de los cuidadores de ancianos dementes*. Geriátrika, 9, 407-410.

Neal, M. B., Ingersoll-Dayton, B. y Strrels, M. E. (1997). *Gender and relationship differences in caregiving patterns and consequences among employed caregivers*. The Gerontologist, 37, 804-816.

Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S. y Schulz, R. (1999). *Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers*. The Gerontologist, 39, 177-185.

Ory, M., Yee, J., Tennstad, S. y Schulz, R. (2000). *The extent and impact of dementia care: Unique challenges experienced by family caregivers*. En: Handbook of Dementia Caregiving: Evidence-Based Interventions for Family Caregivers, R. Schulz (Ed.) New York: Springer.

Ott, B. R. y Fogel, B. S. (1992). *Measurement of depression in dementia: Self versus clinician rating*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 7, 899-904.

Padierna, J. A. (1993). *Apoyo asistencial a los familiares de los enfermos de Alzheimer. La carga familiar*. Zerbitzuan, 22, 47-53.

Parks, S. H. y Pilisuk, M. (1991). *Caregiver burden: Gender and the psychological costs of caregiving*. American Journal of Orthopsychiatry, 61, 501-509.

Paveza, G., Cohen, D., Eisdorfer, C. (1992). *Severe family violence and Alzheimers' disease: Prevalence and risk factors*. The Gerontologist, 32, 493-497.

Pearlin, L. I. (1994). *Conceptual strategies for the study of caregiver stress*. En: Light, E., Niederehe, G. & Lebowitz B.D (Eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*. Nueva York: Springer.

Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). *The structure of coping*. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.

Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G. y Mullan, J. T. (1981). *The stress process*. Journal of Health and social Behavior, 22, 337-356.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. y Skaff, M. (1990). *Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures*. The Gerontologist, 30, 583-594.

Pérez Trullén, J. M., Abanto, J. y Labarta, J. (1996). *El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia)*. Atención primaria, 18, 4, 82-98.

Poulshock, S. y Diemling, G. (1984). *Families caring for elders in residence: issues on measurement of burden*. Journal of Gerontology, 39, 230-239.

Powers, D. V., Gallagher-Thompson, D. y Kraemer, H. C. (2002). *Coping and depression in Alzheimer's caregivers: Longitudinal evidence of stability*. Journal of Gerontology, 57B, (3), 205-211.

Pratt, C., Schmall, V., Wright, S. y Cleland, M. (1985). *Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients*. Family Reactions, 34, 27-33.

- Pruchno, R. A. y Potashnik, S.L. (1989). *Caregiving spouses: Pshysical and mental health in perspective*. Journal of the American Geriatrics Society, 37, 697-705.
- Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). *Aberrant behaviours and Alzheimer Disease: Mental health effects on spouse caregivers*. Journal of Gerontology, 44, S177-182.
- Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). *Husbands and wives as caregivers: Antecedents of depression and burden*. The Gerontologist, 29, 19-65.
- Pruchno, R. A. y Resch, N. (1989). *Mental health of caregivers spouses: Coping as mediator, moderator or main effect?*. Psychology and Aging, 4, (4), 454-463.
- Pruchno, R. A., Kleban, M., Michaels, J. y Dempsey, N. (1990). *Mental and physical health of caregiving spouses: Development of a causal model*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45,192-199.
- Quayhagen M, Quayhagen MP, Corbeil RR, Hendrix RC, Jackson JE, Snyder L, Bower D, *Coping with Dementia: Evaluation of Four Nonpharmacologic Interventions*, International Psychogeriatrics. 2000; 12(2): 249-265.
- Quayhagen, M. P. y Quayhagen, M. (1988). *Alzheimer´s stress: Coping with caregiver role*. The Gerontologist, 28, 391-396.
- Radloff, L. S. (1977). *The CES-D Scale: A self – report depression scale for research in the general population*. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401
- Rankin, E. D., Haut, M.W. y Keefover, R. W. (1992). *Clinical Assessment of Family Caregivers in Dementia*. The Gerontologist, 32,(6), 813-821.
- Redinbaugh, E. M., MacCallum, R. C y Kiecolt-Glaser, J. K. (1995). *Recurrent syndromal depression in caregivers*. Psychology and Aging, 10, 658-368.
- Reifler, B. V. Y Wu, S. (1982). *Managing families of demented elderly*. Journal of Family Practice, 14, 6, 1051-1056.
- Reig, A., Ribera, D. y Miquel, J. (1991). *Psychosocial support groups and daily stress in noninstitutionalized elderly*. Psychological Assessment, 7, 191-200
- Rose-Rego, S.K., Strauss, M.E. y Smyth, K.A. (1998). *Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer´s disease*. The Gerontologist, 38, 224-230.
- Roth, D. L., Haley, W. E., Owen J. E., Clay, J. y Goode, K. T. (2001). *Latent Growth Models of the Longitudinal Effects of dementia caregiving. A comparison of African American and white family caregivers*. Psychology and Aging,16,(3), 427-436.
- Salgado A. y Alarcón, M. T. (1993). *Importancia de la valoración geriátrica, valoración médica, funcional y del estado mental en el anciano*. En: A. Salgado, & M.T. Alarcón *Valoración del paciente anciano*. (Ed.), Masson S.A. Barcelona, 2-99.
- Schultz, R. y Williamson, G. M. (1991). *A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer´s caregivers*. Psychology and Aging, 6, 569-579.
- Schulz, O´Braien, A.T. Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). *Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence correlates and causes*. The Gerontologist, 35, 771-791.
- Schulz, R., Visintainer, P., y Williamson, G. M. (1990). *Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving*. Journal of Gerontology: Psychological Studies, 45,181-191.

- Scott, J. P., Roberto, K. A. y Hutton, J. T. (1986). *Families of Alzheimer's victims. Family support to the caregivers*. Journal of the American Geriatrics Society, 34, 5, 348-354.
- Seltzer, M. M. y Li L. W. (2000). *The dynamics of caregiving: Transition during a three-year prospective study*. The Gerontological Society of America, 40,(2),165-178.
- Shibbal-Champagne, S. y Lipinska-Stachow, D. M. (1986). *Alzheimer's educational/support group: Considerations for succes-awareness of family tasks, pre-planning, and active professional facilitation*. Journal of Gerontological Social Work, 9, 2, 41-48.
- Simank, M. H. y Strickland, K. J. (1986). *Assisting families in coping with alzheimer's disease and other related dementias with the stablishment of mutual support group*. Journal of Gerontological Social Work, 9, 2, 49-58.
- Singer, E. (1981). *Reference groups and social evaluations*. En: M. Rosemberg & R. Turner (Eds.), *Social Psychology: Sociological Perspectives*. New York: Basic Books.
- Skaff, MM, Pearlin, LI, & Mullan, JT (1996) *Transitions in the Caregiving Career: Effects on Sense of Mastery* Psychology and Aging , 11, 2, 247-257.
- Solano, N., Cardenas, V., Day, y Gallagher-Thompson, D. (2002). *Reduciendo su tensión y mejorando su calidad de vida: una clase para cuidadores (manual)*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs Medical Center and Stanford University School of Medicine.
- Sthepens, M. A. y Zarit, S. H. (1989). *Symposium : Family caregiving to dependent older adults: Stress, appraisal, and coping*. Psychology and Aging, 4, 387-388.
- Stoller, E. P. (1990). *Males as helpers: The role of sons, relatives and friends*. The Gerontologist, 30, 228-235.
- Stuckey, J. C., Neundorfer, M. M. y Smyth, K. A. (1996). *Burden and well-being: The same coin or related currency?*. The Gerontologist, 36, 686-693.
- Suitor, J. J. (1987). *Friendship networks in transition: Married mothers return to school*. Journal of Social and Personal Relationships, 4, 445-461.
- Suitor, J. J. y Pillemer, K. (1993). *Support and interpersonal stress in the social networks of married daughters caring for parents with dementia*. Journal of Gerontology, 48,1, 1-8.
- Suitor, J. J. y Pillemer, K. (1994). *Family caregiving and marital satisfaction: Findings from one-year panel study of women caring for patients with dementia*. Journal of Marriage and the Family, 56, 681-690.
- Talkington-Boyer, S. y Snyder, D. K. (1994). *Assessing impact on family caregiver to Alzheimer's disease patients*. American Journal of Family Therapy, 22, 57-66.
- Tennstedt, S.L, Crwford, S. Y McKinlay, J.B. (1993). *Determining the pattern of community care: Is coresidence more important than caregiver relationship?*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 48, 74-83.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J. (1997). *Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled trial*. Journal of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences, 52B, 159-166.
- Thompson, C. y Spilsbury, K. *Support for carers of people with Alzheimer's type dementia (Cochrane review)*. Family and Professional cares: Findings lead to action, 115-119.
- Toseland, R. W. y Rossiter, C. (1989), *Group intervention to support caregivers: A review and analysis*. The Gerontologist, 29, 438-448.

- Townsend, A., Noelker, L., Deimling, G. y Bass, D. (1989). *Longitudinal impact of interhousehold caregivers on adult children's mental health*. *Psychology and Aging*, 4, 393-401.
- Vinton, 1998. *A Nationwide Survey of Domestic Violence Shelters` Programming for Older Women*. *Violence Against Women*, Vol.4, N° 5, 559-571.
- Vitaliano, P. P. Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. y Becker, J. D. (1985). *The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties*. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Heather M., Teri., L. y Maiuro, D. (1991). *Predictors of Burden in Spouse Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease*. *Psychology and Aging*, 6, 3, 392-402.
- Vladescu, et al 1999. *An Evaluation of a Client-Centered Case Management Program for Elder Abuse*. *Journal of Elder Abuse&Neglect*, Vol. 11. N° 4, 5-22.
- Walker, A. J., Acocck, A. C., Bowman, S. R. y Li, F. (1996). *Amount of care given and caregiving satisfaction: A latent growth curve analysis*. *Journal of Gerontology*, 51, 130-142.
- Ward, R. A. (1985). *Informal networks and well-being in later life: a research agenda*. *The Gerontologist*, 25, 1, 55-61.
- Weiner, B., Graham, S. y Chandler, C. (1982). *Pity, anger, and guilt: an attributional analysis*. *Personality and social Psychology Bulletin*, 8, 226-232.
- Weiner, B., Perry, R.P. y Magnusson, J. (1988). *An attributional analysis of reactions to stigmas*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Wellman, B. y Wortley, S. (1990). *Different strokes from different strokes: Community ties and social support*. *American Journal of Sociology*, 96, 558-588.
- Williamson, G. M y Schulz, R. (1990). *Relationship orientation quality of prior relationship and distress among Alzheimer's patients*. *Psychology and Aging*, 5, 502-509.
- Williamson, G. M. y Schulz, R. (1993). *Coping with specific stressors in Alzheimer's Disease caregiving*. *The Gerontologist*, 33, 747-755.
- Wolf, 1999. *Elder Shelters: U.S., Canada, and Japan. (Available from the National Center on Elder Abuse, (202) 898-2586)*.
- Wolf, R. and Pillemer, 1997. *The Older Battered Women: Wives and Mothers Compared*. *Journal of Mental Health and Aging*. Vol.3, N° 3, 325-336.
- Wragg, R. y Jeste, D. (1989). *Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease*. *American Journal of Psychiatry*, 146, 557-587.
- Yates, Mary Ellen, Sharon Tennstedt, and Bei-Hung Chang. 1999. *Contributors to and Mediators of Psychological Well-Being for Informal Caregivers*. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 54B:P12-P22.
- Yee, J. L. y Schulz, R. (2000). *Gender Differences in Psychiatric Morbidity among Family Caregivers: A Review and Analysis*. *The Gerontologist*, 40, 2,147-164.
- Young, M. y Willmott, P. (1957). *Family and kinship in East London*. Baltimore, MD: Penguin.
- Young, R. F. y Kahana, E. (1989). *Specifying caregiver outcomes: Gender and relationship aspects of caregiving strain*. *The Gerontologist*, 29, 660-666.

Zarit, S. H. , Anthony, C. R. y Boutselis, M. (1987). *Interventions with caregivers of dementia patients. Comparison of two approaches*. Psychology and Aging, 2, 3, 225-232.

Zarit, S. H. y Zarit, J. M. (1980). *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. The Gerontologist, 20, 649-654.

Zarit, S.H., Reever, K. y Bach-Patterson, J. (1980). *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. The Gerontologist, 20, 649-655.

Zarit, S.H., Todd P.A., Zarit J.M. (1986). *Subjective burden of husbands and wives as caregivers. A longitudinal study*. The Gerontologist, 26, 260-266.

• • •

LA RESPONSABILIDAD PENAL DEL MALTRATADOR

• VIRGINIA MAYORDOMO
Profesora de Derecho penal
Secretaria Académica del IVAC/KREI
Donostia-San Sebastián

La intervención penal como instrumento de contención, que no de solución

Está fuera de toda duda que la solución no reside en abordar esta problemática desde el punto de vista penal. El Derecho Penal no deja de ser un mal, una HERRAMIENTA AGRESIVA, pero sin embargo, resulta necesario, imprescindible cuando quedan afectados, de manera grave, bienes o intereses necesarios para el normal desarrollo de la vida de la persona.

Está claro que el Derecho Penal no puede imponer el afecto, el cariño, una presencia solícita, una asistencia ilusionada. Pero sí puede obligar a que no se deje enfermar a una persona por falta de cuidados, de asistencia, a que no se le humille, coaccione, amenace, a que no se abuse sexualmente de ella, a que no se le prive de sus bienes, a que no se le deje morir.

El Derecho Penal cumple una función DISUASORIA a través de la amenaza de la pena y también una función SANCIONADORA cuando se ha realizado algún tipo de conducta prohibida.

El gran problema de la intervención penal en este campo reside en gran parte en que el daño se produce en muchos casos a VÍCTIMAS SILENCIOSAS como es el caso de los ancianos. Su dependencia física y afectiva respecto del causante del daño dificulta cuando no impide que el conocimiento de tales hechos aflore, sea conocido. Normalmente, el hecho es denunciado por otras personas (vecinos, conocidos, asistentes sociales, servicios médicos). Además, a la hora de medir el daño

causado tanto físico como psíquico desde el punto de vista clínico, la valoración se complica al existir otro tipo de patologías. Existen problemas en la atribución de signos, de indicios, de síntomas.

Diversos ámbitos del maltrato dependiendo de las características del sujeto activo

En la fenomenología de los malos tratos hacia las personas mayores y desde la óptica del ordenamiento jurídico penal, podemos distinguir tres situaciones dependiendo de las características de los sujetos activos:

1. MALTRATO POR PARTE DE LOS HIJOS HACIA LOS PADRES

Aunque las descripciones clásicas hacen hincapié en el abuso de los hijos hacia padres de edad avanzada y/o con minusvalías físicas o psíquicas, hay numerosas situaciones, definidas fundamentalmente por los hábitos toxicománicos, en las que un hijo mantiene no sólo una situación de conflicto familiar constante, sino que emergen agresiones físicas de forma más o menos ocasional, junto a la presión, el chantaje o la amenaza.

En el año 95, Javier Urra Portillo -en aquel momento Psicólogo de los Juzgados de Menores de Madrid y posteriormente Defensor del Menor-, abordó esta cuestión¹. Desde formas sutiles de abuso, como pueden ser las restricciones de tipo económico, hasta la agresión directa o la administración de tóxicos hay múltiples posibilidades. La dependencia afectiva de las víctimas será tanto mayor cuanto menor sea su capacidad real de autonomía personal.

A principios de los años 90, en los Juzgados y Fiscalía de Menores ya se constataba un preocupante aumento de las denuncias a menores por malos tratos físicos a las figuras parentales (casi exclusivamente a la madre). Dichas inculpaciones eran presentadas por vecinos, se daban a conocer a través de partes médicos de los hospitales y puntualmente por la víctima, que cuando lo hacía estaba totalmente desbordada y derrotada, viviendo con la sensación de haber fracasado como padre y con un gran dolor por denunciar a su hijo, sabiendo que la Justicia puede doblregar esa conducta, pero difícilmente equilibrarla.

¹ Vid. Urra Portillo, J., *Menores, una transformación de la realidad*. Ley Orgánica 4/1992, Madrid, 1995, pp. 266-270.

A juicio de URRA PORTILLO, resulta inviable apuntar una estadística cuantificadora fiable, dada la amplia cifra de conductas de este tipo no denunciadas, y debido a que sólo se interviene judicialmente en aquellas en que hay constancia de secuelas físicas de agresión.

Respecto al perfil, se trata de un menor varón, de menos de 20 años. Adolecen hasta del intento de comprender qué piensa y qué siente su interlocutor “domado”. Poseen escasa capacidad de introspección y autodominio. Los tipos se diferencian en:

- Hedonistas-nihilistas. Es el más amplio en número. Su principio es “primero yo y luego yo”, hacen lo que quieren.
- Patológicos, bien sea por una relación amor-odio madre-hijo, con equívocos, más allá de los celos edípicos, en algún caso con relaciones incestuosas. Otro determinante es la dependencia de la droga, que impele al menor a robar en casa.
- Violencia aprendida como aprendizaje vicario desde la observación, ya sea porque el padre (por ejemplo, alcohólico) también pega a la madre; o como efecto de haber sufrido con anterioridad el maltrato en su propio cuerpo.

Todos los tipos tienen nexos de confluencia, tales como los desajustes familiares, la desaparición del padre varón (o bien no es conocido, o está separado y despreocupado, o sufre algún tipo de dependencia o simplemente no es informado por la madre para evitar el conflicto padre-hijo, si bien la realidad es que prefiere no enterarse de lo que pasa en casa en su ausencia). No se aprecian diferencias por niveles socio-económico-culturales. Los motivos que provocan la erupción violenta son nimios. En la casi totalidad de los casos no niegan su participación; es más, la relatan con tanta frialdad y con tal realismo que impresiona.

2. MALTRATO POR PARTE DE LA PAREJA

Normalmente se da por parte del varón. Tampoco en este caso tiene la víctima por qué ser especialmente vulnerable. En varias de los hechos acaecidos en estos últimos meses, en algún caso la víctima-mujer sí estaba impedida pero en los restantes no presentaba unas características físicas ni mentales que denotaran una especial desproporción de fuerzas con respecto al agresor².

² Vid. Luna Maldonado, A.; Osuna Carrillo de Albornoz, E., “Aspectos clínicos de la violencia en el medio familiar”, en *Psiquiatría Legal y Forense*, vol. II, Madrid, 1994, p. 1.005; Carmona Salgado, C., “Problemática actual de la violación entre cónyuges y parejas de hecho”, *El nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos* (Libro homenaje al Profesor Doctor Angel Torío López), Granada, 1999, pp. 665 ss.

3. MALTRATO POR PARTE DE LA PERSONA QUE ESTÁ A CARGO DE LA PERSONA MAYOR DE AVANZADA EDAD Y/O IMPEDIDA PARA CUIDARSE POR SÍ MISMA.

Sujeto activo puede serlo una persona allegada o un cuidador. En este supuesto, la víctima sí está en una situación de especial vulnerabilidad por razón de su edad, deficiencia, estado o enfermedad.

Los supuestos de los malos tratos hacia los ancianos son diversos, abarcando desde la violencia psíquica hasta la agresión directa, incluyendo patrones de ausencia de cuidados, administración de fármacos, etc.

Su diagnóstico suele ser especialmente difícil dada la vulnerabilidad y dependencia afectiva de estas personas, sometidos a una marginación progresiva donde suele incidir una amplia gama de patologías difíciles de precisar. El diagnóstico clínico exige una especial atención por parte del personal sanitario, sobre el que recae, en la mayor parte de los casos, la responsabilidad de su detección, ya que con mucha frecuencia, son desviados al medio hospitalario para el tratamiento de complicaciones intercurrentes relacionadas directa o indirectamente, con la agresión ocasional o persistente.

La omisión de cuidados suele ser la conducta más frecuente y asimismo, de más difícil detección. El papel del personal sanitario y del trabajador social cobra una especial dimensión en estos casos. El internamiento de estas personas en instituciones de tipo asilar es un modelo de conducta donde, bajo una causa de justificación, se puede encubrir un abandono efectivo de la persona de edad avanzada³.

Conductas delictivas más frecuentes contra las personas mayores

- Dejar de prestar asistencia o, en su caso, el auxilio que las circunstancias requieran a una persona de avanzada edad o discapacitada que se encuentra desvalida y dependa de sus cuidados (art. 619 CP): multa de 10 a 20 días.
- No socorrer a una persona que se encuentra desamparada y en peligro manifiesto y grave (art. 195 CP): multa de 3 a 12 meses.
- Dejar de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento

³ Vid. sobre esta cuestión, Mayordomo Rodrigo, V., *Aspectos criminológicos, victimológicos y jurídicos de los malos tratos en el ámbito familiar*, Bilbao, 2003, pp. 4 y 99-102.

de descendientes, ascendientes o cónyuge que se hallen necesitados o a los sometidos a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento (arts. 226 CP): prisión de 3 a 6 meses o multa.

- Abandonar a un menor o un incapaz por quien está encargado de su guarda (art. 229.1 CP) prisión de 1 a 2 años. Por sus padres o tutores (art. 229.2 CP): prisión de 18 meses a 3 años.
- Infligir a otro un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral (art. 173.1 CP): prisión de 6 meses a 2 años.
- Causar a otro, por cualquier medio o procedimiento, una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental (art. 147 CP): puede llegar a imponerse la pena de prisión de 6 meses a 3 años.
- Ejercer habitualmente violencia física o psíquica sobre determinadas personas pertenecientes al ámbito familiar o que debido a su especial vulnerabilidad se encuentran sometidos a custodia o guarda en centros públicos o privados (art. 173.2 CP): prisión de 6 meses a 3 años.
- Matar a otro (art. 138 CP): prisión de 10 a 15 años.
- Matar a otro con alevosía, ensañamiento o mediante precio (arts. 139 y 140): prisión de entre 15 y 25 años.

Además de las agresiones sexuales, amenazas, coacciones y abusos patrimoniales (estos tres últimos más difíciles de probar)

Especial referencia al llamado “delito de malos tratos en el ámbito familiar”

En el año 1989 se reforma el Código Penal y se contempla por primera vez el delito de violencia física habitual en el ámbito familiar (art. 425). No se exige un resultado de lesión, un daño físico comprobable, se castiga esa conducta. Como señala la Exposición de Motivos de esta Ley Orgánica 3/1989 se hace “respondiendo a la deficiente protección de los miembros físicamente más débiles del grupo familiar frente a conductas sistemáticamente agresivas de otros miembros del mismo”. Pero, inexplicablemente se deja fuera del ámbito de protección de este precepto a los ascendientes.

El nuevo Código Penal de 1995 sigue tipificando esta conducta (art. 153) pero incluye ya a los ascendientes dentro del círculo de sujetos protegidos. Sin embargo aún no contempla el precepto el ejercicio de violencia psíquica habitual. Ya en el año 1990, la Circular 2/1990 de la Fiscalía General del Estado criticó esta incom-

previsible laguna.

Será a través de la reforma del Código, de junio de 1999 cuando se regule por primera vez el ejercicio de violencia psíquica habitual en el ámbito familiar⁴.

La Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros da una nueva redacción al art. 153, que queda como sigue:

“El que por cualquier medio o procedimiento, causara a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpeará o maltratará de obra a otro sin causarle lesión, o amenazara a otro de modo leve con armas y otros instrumentos peligrosos, cuando en todos estos casos el ofendido fuera alguna de las personas a las que se refiere el artículo 173.2, será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 80 días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de uno a tres años, así como, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de seis meses a tres años.

Se impondrán las penas en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o utilizando armas, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza.

A partir de esta Ley desaparecen las faltas de malos tratos y pasa a considerarse delito, en el art. 153 CP, cualquier actuación en la que el sujeto pasivo pertenezca al círculo de personas enumeradas en el art. 173.2⁵.

Además, se modifica el art. 173, añadiéndose dos párrafos:

2. El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cón-

⁴ Vid. estas modificaciones legales en Mayordomo Rodrigo, V., op. cit. pp. 43-46.

⁵ Vid. acerca de esta cuestión, Magro Servet, V., “El Auto del TC 233/2004, de 7 de junio, y la constitucionalidad del art. 153 del código Penal y la Ley 11/2003, de 29 de septiembre”, *La Ley*, nº 6088, 2004, pp. 1-7.

yuge o conviviente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

Se impondrán las penas en su mitad superior cuando el delito se perpetre en presencia de menores, o utilizando armas, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 de este Código o una medida cautelar o de seguridad o prohibición de la misma naturaleza.

3. Para apreciar la habitualidad a que se refiere el apartado anterior, se atenderá al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas de las comprendidas en este artículo, y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores.”

¿Hacia un protección integral específica en razón del sexo?

1. LA LLAMADA “DISCRIMINACIÓN POSITIVA”⁶

Tras diversas modificaciones, la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género se aprobó por unanimidad, siendo publicada en el BOE el 29 de diciembre.

Un total de 180 jueces, fiscales, catedráticos y profesores expertos en Derecho

⁶ Vid. Boldova Pasmarr, M.A.; Rueda Martín, M.A., *La discriminación positiva de la mujer en el ámbito penal*, *La Ley*, nº 6146, 2004, pp. 1-5.

Penal integrados en el llamado “Grupo de Política Criminal” hicieron público un manifiesto contrario al texto. Sostienen que la “discriminación positiva” no encuentra fácil acomodo dentro de los fines propios del Derecho Penal. Por ello, distinguen entre la “improcedente” discriminación positiva en este ámbito y “que se considere a ciertos sujetos más vulnerables a sufrir una lesión de determinados intereses”. En este caso, la ley penal debe dejar claro que la protección reforzada a la mujer se debe a la mayor vulnerabilidad de esas personas y no al mero hecho de pertenecer a un determinado género.

Crítica este colectivo que la nueva Ley pueda transformar en delito actuales faltas de coacciones y amenazas leves cuando son cometidas por hombres y la víctima es una mujer ¿y cuando se trata de un hombre contra su pareja homosexual?. La portavoz del grupo parlamentario de IU-ICV señaló que un gay o una lesbiana tiene que tener el mismo nivel de protección legal que una mujer, y criticó que el proyecto otorgue una protección distinta para las mujeres⁷. Ello significa una criminalización disfuncional de todo el espacio familiar. Se banaliza el fenómeno social que se trata de combatir y descuida las aportaciones que respecto a los comportamientos leves pueden suministrar otro tipo de intervenciones sociales no penales, como la mediación familiar o la atención psicológica.

En cuanto al ámbito de protección, quedan excluidos del texto los hombres, los menores y los ancianos mientras no sean “especialmente vulnerables”. No se encuentra una explicación razonable, al margen del dato estadístico, para orientar la tutela penal y judicial exclusivamente a la mujer, que justifique determinadas medidas de acuerdo con la teoría de la discriminación positiva. La Exposición de Motivos del texto señala, parafraseando el artículo 9.2 de la Constitución, que los poderes públicos “tienen la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos dichos derechos (libertad, igualdad, no discriminación), removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud”. Se opta por la expresión “acción positiva más que por la de “discriminación” positiva, expresión ésta no empleada en la jurisprudencia europea ni constitucional.

Las acciones positivas son una exigencia del derecho a la igualdad de trato y se caracterizarían por ser ventajas concedidas a las mujeres que no deben implicar perjuicios para los hombres, ni constituyen excepción de la igualdad, sino su expresión.

⁷ Vid. *El País*, 26 de junio de 2004, p. 28; ABC, 29 de junio de 2004, p. 19.

¿Qué es la discriminación positiva? Se alude con esta expresión a las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de grupos desfavorecidos. A través de determinadas medidas, los poderes públicos procuran elevar la situación de aquellos que están en situaciones de desventaja; se adoptan así iniciativas para eliminar el racismo, el sexismo y la discriminación contra las personas mayores o discapacitados. Fué y es un importante paso en la lucha por la igualdad en el disfrute de los derechos ciudadanos, pero no debe convertirse en un principio duradero. Puede ser ilegítima si tiene como contrapartida ineludible el perjuicio hacia quienes pertenecen a otro grupo. Debe aplicarse con precaución y siempre de forma restrictiva.

Las medidas de acción positiva son improcedentes cuando en el ámbito de que se trate no existe esa situación de desequilibrio previo y, además, no haya escasez en lo bienes. La tutela judicial no es un bien escaso que no permita su reparto y atribución a todos cuantos lo precisen, es decir, la tutela judicial es un bien que no exige que se excluya de su ámbito a ningún grupo humano para dar debida satisfacción a otro grupo más desfavorecido. Existe posibilidad de tutela judicial para todos sin tener que excluir, postergar, eliminar ni discriminar a nadie⁸.

Tampoco cabe decir que el bien escaso sea la celeridad o prontitud en la dispensa de una tutela judicial que debe darse sin dilaciones indebidas. No se entiende que gana la tutela judicial a favor de las mujeres por el hecho de excluirse a los varones de la competencia de los nuevos órganos judiciales.

Ha de tenerse en cuenta que la discriminación radica en excluir a los varones del nuevo mecanismo judicial. De modo que en la Ley, la llamada acción positiva no es siquiera un caso de discriminación positiva, sino más bien una discriminación negativa.

Dice el art. 1 de la Ley 1/2004:

“1. La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.

⁸ Vid. Mayordomo Rodrigo, *La violencia contra la mujer: Un estudio de Derecho Comparado*, Madrid, 2005, pp. 180-182.

Conforme a esta redacción, la aplicación de toda la Ley se basa no en la apreciación de datos objetivos y externos sino en la intencionalidad del agresor. Y en el caso de que la mujer sea agredida con otra finalidad (venganza, celos, odios, arrebatos, etc.) no se aplicará la Ley ni sus consecuencias⁹.

2. AGRAVACIÓN DEL DELITO DE LESIONES

La Ley 1/2004 introduce un nuevo supuesto de agravación en el art. 148 del Código Penal cuando en el delito de lesiones la víctima “fuere o hubiere sido esposa, o mujer que estuviere o hubiere estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia”. También “si la víctima fuera una persona especialmente vulnerable que conviva con el autor”.

En su anterior redacción, el art. 148 se aplicaba la agravación “si la víctima fuere menor de doce años o incapaz”, presumiéndose *ex lege* en la mayor vulnerabilidad de estas personas y las circunstancias de indefensión en que se encuentran por las condiciones de edad e incapacidad.

La Ley presume también *ex lege* que la mujer se encuentra en todo caso de lesión en situación de inferioridad. De modo que la agravante genérica de abuso de superioridad¹⁰ se presume que concurre siempre que la víctima es la esposa o ex esposa del agresor, sin perjuicio de aplicar en su caso la circunstancia mixta de parentesco que en caso de ataque a bienes personales opera como agravante.

Si la especial vulnerabilidad o indefensión se debiera a una situación de violencia precedente, el injusto global es valorado a través del delito contra la integridad moral del art. 173.2 que no impide la sanción en concurso de delitos con a lesión que se pueda haber realizado. Esta modificación presupone legalmente la inferioridad de la mujer, lo cual es inaceptable. Si se fundamentara en una situación real de dominación, entonces, bien por la vía del art. 173.2 o por las circunstancias genéricas de discriminación por razón del sexo y la mixta de parentesco, puede ser com-

⁹ Op. cit., pp. 180-182.

¹⁰ Esta circunstancia agravante, contenida en el art. 22.2 CP debería aplicarse cuando se produce un desequilibrio de fuerzas entre agresor y agredido, de forma que se encuentren limitadas de forma notable las posibilidades de defensa del ofendido; desequilibrio que debe de ser aprovechado por el autor para la realización del delito. Esta mayor reprochabilidad no depende del sexo del sujeto activo y pasivo sino de un hecho objetivo de dominación. Vid. Consejo General del Poder Judicial, “Informe al Anteproyecto de Ley Integral de Medidas contra la Violencia ejercida sobre la Mujer”, 2004, p. 46.

pensado suficientemente mediante la pena el injusto realizado por el autor¹¹.

En los aspectos preventivos y asistenciales sí se entiende la llamada “discriminación positiva”, no en cambio en lo que se refiere a la respuesta penal. No se puede hacer depender la mayor punición de la conducta en el sexo del autor, sino que la protección debe pivotar en torno a las características de la víctima que la sitúen en una situación de mayor indefensión.

3. AGRAVACIÓN DE LAS AMENAZAS Y COACCIONES LEVES SOBRE LA MUJER

La Ley añade dos nuevos apartados al art. 171 CP -delito de amenazas-, y un apartado segundo al art. 172 -delito de coacciones- y se mantiene como tipo general para describir la conducta de violencia doméstica habitual el art. 173.2, precepto que no hace ninguna discriminación por razón de sexo.

De esta manera y en cuanto a las amenazas tenemos que:

- Si son leves y contra las mujeres, de falta pasa a delito en el art. 171.4. Lo mismo ocurre cuando se infieren a persona especialmente vulnerable.
- Si son leves y contra otra de las personas del art. 173.2, es falta a tenor del art. 620, segundo párrafo.
- Si la amenaza es con arma u objeto peligroso y se refiere a personas del art. 173.2 -luego también a mujeres- es delito del art. 171.5°.

En cuanto a las coacciones:

- Si es leve y contra las mujeres o persona especialmente vulnerable, deja de ser falta del art. 620.1.1° para ser delito del art. 172.2.
- Si es a otra persona del art. 173.2, es falta del art. 620.1.2°.

Es decir, ante el mismo comportamiento objetivo -amenaza o coacción leve- el varón comete un delito mientras que la mujer una simple falta. Esto conduce a otras disfunciones valorativas pues se sanciona, por ejemplo, con una pena más grave la amenaza leve si el sujeto pasivo es mujer o ex mujer que si la amenaza va dirigida

¹¹ Vid. Mayordomo Rodrigo, V., *Violencia contra la mujer...*, op. cit., pp. 165-166. Comenta también esta Ley, entre otros, de la Cuesta Arzamendi, J.L., “De la política penal hacia una política victimológica (¿y criminal?): el caso de la violencia doméstica”, *Estudios de Victimología. Actas del I Congreso español de Victimología*, 2005, pp. 225-241.

a personas mencionadas en el art. 173.2 (por ejemplo, menores) aun cuando en este caso se hayan empleado armas u otros instrumentos peligrosos.

La Ley convierte delitos comunes en delitos especiales por razón de la cualidad sexual del sujeto activo, lo que supone una frontal vulneración del principio de igualdad del art.14 de la Constitución y una nueva concepción de un Derecho penal de autor¹².

4. AGRAVACIÓN DEL MALTRATO NO HABITUAL CONTRA LA MUJER

La Ley Orgánica 11/2003 había dado nueva redacción al art. 153 CP, pero el legislador considera oportuna una nueva modificación. Desaparece la referencia a las amenazas leves con armas u otros instrumentos peligrosos. Conforme al primer párrafo, sujeto pasivo será la mujer o persona especialmente vulnerable, y la pena será mayor que si el hecho se lleva a cabo contra el resto de las personas que forman parte del núcleo familiar o doméstico –supuesto éste que contempla el párrafo segundo-.

¹² Consejo General del Poder Judicial, “Informe al Anteproyecto...”, pp. 44 y 47.

ción), sin dejar de proclamar de manera formal el rechazo social suscitado por los hechos, busca no agravar el aislamiento social de los afectados y se afana por lograr, de manera simultánea, la resocialización del infractor, la más completa reparación (material y psicológica) de la víctima y su asistencia, así como el restablecimiento de la paz social.

Un abordaje legislativo integral

Para terminar, en el plano legislativo conviene aprender de la experiencia habida en otros ámbitos, como es el caso de la llamada violencia de género, acerca de la necesidad de instrumentación de políticas integrales, que contemplen a la tercera edad y a la vejez en su globalidad somática, psicológica, social y, sobre todo, humana: plasmadas, por ello, en programas, planes y, en particular, en leyes, todos ellos inspirados en la pluralidad y transdisciplinariedad.

Objeto central de un texto legal de carácter integral habría de ser la fijación y consagración al más alto nivel legislativo tanto de los derechos y libertades de la persona mayor dependiente —en particular, derecho a la igualdad ante la ley, derecho a la vida, salud e integridad personal (física y moral), derecho a la libertad (y, en particular, a la autonomía personal y autodeterminación frente al tratamiento), derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen, derecho a la libertad de residencia, derecho a recibir información veraz, derecho a la participación activa, derecho a la tutela judicial efectiva, derecho a la atención, protección y asistencia adecuadas a su nivel de capacidad y dependencia...—, como de los principios, criterios de actuación y metas de las diferentes intervenciones públicas. Particular atención habrían de merecer, entre ellas, las intervenciones relativas al maltrato: para su prevención a través de medidas de sensibilización y de cambio cultural (favorecedoras, en particular, de la solidaridad intergeneracional y del desprecio de la violencia), así como, respecto de cada supuesto o categoría, las dirigidas al establecimiento de sistemas adecuados de detección e intervención preventivas y de protección y seguridad, incidiendo especialmente en los ámbitos más propicios.

Una regulación integral de esta suerte debería igualmente ocuparse de la intervención concerniente a las manifestaciones delictivas en que se concreta el maltrato y al tratamiento de los maltratadores, en un marco de promoción de la cultura de la mediación y de las formas de justicia reparadora, y, como es obvio, sin renunciar al instrumento penal en los supuestos de fracaso reiterado o más graves.

Por último, habría de completarse con la creación y el refuerzo legislativo de las correspondientes estructuras e instancias administrativas especializadas, estableci-

das al mayor nivel, que se responsabilicen de la implementación de los principios y criterios legales -desarrollados a través de los oportunos planes y programas-, asegurando la provisión e intervención coordinada de los necesarios servicios (sanitarios, sociales, legales, policiales, etc.) e intervenciones públicas (de las diversas administraciones) y privadas en este ámbito, al igual que las importantes dotaciones presupuestarias de los consiguientes y permanentes recursos que se precisan para garantizar una financiación suficiente, estable y sostenible.