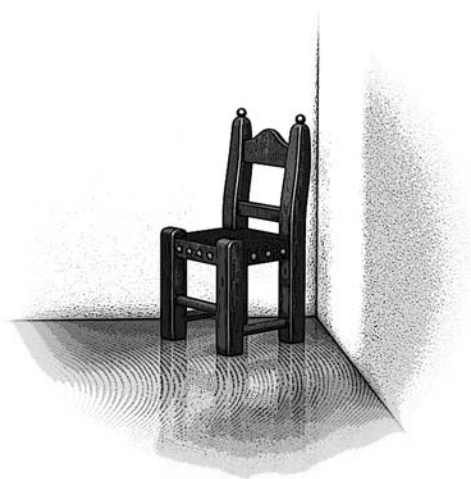


Jose Luis de la Cuesta Arzamendi (ed.)

el **M**altrato de personas mayores

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN
DESDE UN PRISMA CRIMINOLÓGICO INTERDISCIPLINAR



Hurkoa Fundazioa

Instituto Vasco de Criminología
Kriminologiaren Euskal Institutua



MALTRATO PSICOLÓGICO



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

Aspectos introductorios

La violencia familiar es un fenómeno ominoso, que pertenece a la parte más oscura de la naturaleza humana. La comprensión de cómo un ser humano puede convertirse en el agresor de aquellos que llama “los suyos” no resulta fácil, y no debe simplificarse. Los fenómenos de violencia intrafamiliar han permanecido ocultos o se han justificado, probablemente durante siglos, por razones complejas de índole cultural. El siglo XX trajo el reconocimiento de la gravedad del fenómeno y de la necesidad de restituir la dignidad como condición esencial de la humanidad, más allá del género y de la edad.

En este marco, conviene recordar tres obras que tuvieron la virtud de tratar valientemente, en un tiempo mucho más reticente a desvelar estos problemas que el actual, los aspectos claves de la violencia familiar: “THE BATTERED CHILD SYNDROME (El síndrome del niño maltratado)” (Kempe et al., 1962), que abordó el tema del maltrato infantil; “SCREAM QUIETLY OR THE NEIGHBOURS WILL HEAR (Grita bajo, los vecinos podrían oírte)” (Pizzey, 1974), obra pionera en el tratamiento del tema de la violencia en la pareja (descrita inicialmente de los varones a las mujeres), y “GRANNY BATTERING (Maltrato a los ancianos)” (Burston, 1975), que describió los fenómenos de maltrato con personas mayores.

Conviene considerar el hecho de que la sensibilidad hacia el posible daño en la infancia se produjo más precozmente (seguramente porque es un colectivo ante el

que la sociedad se moviliza emocionalmente con más facilidad), pero las publicaciones referidas al maltrato a mujeres (lo que hoy se conoce como violencia de género), y al maltrato a personas mayores, no distan excesivamente en el tiempo, pese a lo cual se hace necesario reconocer que esta última forma de maltrato no ha alcanzado la repercusión mediática y social que han tenido otras formas de violencia familiar hasta hace relativamente poco tiempo.

Afortunadamente, este fenómeno de olvido público no se ha reproducido en los organismos internacionales, que desde los años 80 vienen reflexionando sobre el tema y sumando declaraciones en las que se identifica el problema, cada vez con mayor contundencia. Podemos considerar que EEUU ha sido pionera en este tipo de análisis. En España, pese a la implicación de muchos profesionales —en especial la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, que ya en 1990 presentó una ponencia sobre el tema en el congreso nacional de la especialidad— no se produjo una declaración de consenso (La Declaración de Almería) hasta 1996. Estas demoras nos dan una idea de la dificultad para abordar con contundencia este problema.

Hoy podemos decir, sin embargo, que disponemos de múltiples referencias que parten de la declaración del Comité Nacional para la Prevención de Abuso al Anciano (EEUU, 1986), que implican a los profesionales sanitarios desde hace años (Declaración de Hong Kong de la Asociación Médica Mundial, 1988), y que han propiciado la creación de una red internacional para la prevención del abuso y el maltrato en la vejez (INPEA 1997). Más recientemente, la OMS emitió la llamada Declaración de Toronto (2002), abundando en el mismo tema.

Todos los fenómenos de violencia familiar comparten algunas dificultades en cuanto a su estudio. La primera dificultad nace de la negativa inicial al reconocimiento. Como si de un solo individuo se tratase, la sociedad actúa en bloque ante la angustia que produce la aparente coexistencia amor-odio en el medio familiar, que cristaliza en la violencia contra los más débiles. Aplica en ello, expresándolo de una forma simple, un histórico mecanismo de defensa: la negación, esto es, “el problema no existe” o el problema “no es para tanto”. Junto a este obstáculo, otro seguramente mucho más relevante (especialmente porque la realidad se va imponiendo y la negación no puede soportar mucho tiempo la presión de los hechos): las dificultades de conceptualización, que impregnan casi todos los conflictos de índole interpersonal. No resulta fácil, dentro del fenómeno, clarificar algunos aspectos: ¿Qué se considera aceptable y qué inaceptable cuando se trata de las relaciones entre individuos? ¿Cuándo acaba la disciplina y empieza la violencia con los niños? ¿Es un empujón suficiente para hablar de maltrato? Si estas preguntas resultan difíciles en el marco del maltrato físico ¿qué podemos decir del maltrato no físico,

cuando no hay marcas que podamos ver, medir o fotografiar?

La delimitación de lo que se considera un maltrato, al menos en su núcleo duro (siempre existirán situaciones límite donde la calificación sea dudosa u opinable) resulta imprescindible si queremos investigar adecuadamente el fenómeno, conocer sus mecanismos de génesis y desarrollo, y establecer medidas de abordaje y prevención.

Junto a estos dos problemas una tercera dificultad: la reticencia a la denuncia del maltrato y, por tanto, la dificultad para la identificación del maltrato y de los maltratadores. Si ello es grave en todos los casos de violencia intrafamiliar, es aún más grave en aquellos casos en que existe una dependencia global de la víctima respecto al agresor, como ocurre en niños y personas mayores, y cuando su capacidad —no sólo psicológica, sino incluso física —para evitar el daño o para poner en conocimiento de terceros lo que está ocurriendo, está limitada o incluso anulada.

Todos estos hechos convierten la violencia doméstica, intrafamiliar, en un auténtico fenómeno iceberg, del que sabemos cada vez más pero todavía poco, y que refleja lo difícil que resulta desde la propia sociedad entrar en la esfera de lo privado y la enorme complejidad que alcanza el fenómeno relacional cuando las relaciones tienen una gran carga afectiva o emocional.

Si el maltrato en sí mismo se identifica como un fenómeno intrincado, con dificultades de delimitación y abordaje, el grado de complejidad del problema se incrementa notablemente cuando hablamos de maltrato psicológico, de maltrato no-físico. Como en el resto de casos, en este tipo de maltrato la violencia tiene lugar en un ámbito privado (no público), pero a diferencia de lo que ocurre en el maltrato físico, el psicológico no produce lesiones físicas objetivas que faciliten su sospecha. La situación resulta aún más difícil de identificar cuando la víctima es una persona mayor, a menudo con patología física y psíquica, con deterioro cognitivo o con un grado de dependencia, que cercenan toda posibilidad de señalar a quien le agrede. En muchos casos, la propia persona mayor es ajena al daño que se le causa por razones de diferente índole, que tendremos ocasión de analizar.

Es por ello que a la hora de recorrer el arduo camino de tomar un primer contacto con el fenómeno del maltrato conviene repasar algunos elementos conceptuales que nos presten su ayuda.

Aspectos conceptuales

El maltrato de personas mayores se define como “la acción única o repetida, o la falta de acción (omisión) apropiada, que ocurre dentro de una relación donde exis-

te una expectativa de confianza, y que produce daño o angustia a una persona de edad”. (Toronto, 17 de noviembre de 2002).

Los tres elementos fundamentales de esta definición radican en la inclusión de elementos tanto activos (acción) como pasivos (omisión) en la causalidad, la especial cualidad de la relación entre maltratador y víctima (confianza), que actúa como entorno facilitador que da contexto a la instauración de una dinámica de violencia (mayor accesibilidad, aquiescencia de la víctima) y la necesidad de la consecuencia (daño). En general, la acción física va a producir un daño físico, y el maltrato psicológico derivará en daño moral o psíquico, como resultado principal, pero conviene saber que, en el tiempo, ambos daños tienden a converger.

El maltrato de personas mayores también se define como “ todo acto u omisión sufrido por una persona de 65 años o más, que vulnera la integridad física, sexual y económica, el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo; que es percibido por éste o constatado objetivamente, con independencia de la intencionalidad o del medio donde ocurra”. (Almería, 1996).

La virtud de esta definición reside, a mi entender, en que señala algunos aspectos importantes: En primer lugar establece la vulneración de derechos como un elemento objetivo de daño; esto sitúa la dignidad del sujeto más allá de edades o estado físico y recuerda a la sociedad que una persona mayor es un sujeto de pleno derecho, aportando la perspectiva moral imprescindible al análisis del problema. En segundo lugar, refleja la escasa importancia de la intencionalidad; en efecto, el daño puede no ser un objetivo buscado o puede ser una mera consecuencia de la actuación frente a otros conflictos, pero ello no obsta su cualificación. Finalmente, la definición también señala la variedad de entornos en los que puede producirse maltrato (y es que nuestros ancianos están en el domicilio, pero también en otros medios, donde el daño puede igualmente producirse).

Cuando tratamos de establecer tipologías, encontramos que no hay una forma única de clasificar el maltrato en el anciano. En general podemos considerar para el maltrato, en general, los siguientes subtipos teóricos:

- Malos tratos físicos
- Abuso sexual
- Malos tratos emocionales o psicológicos
- Negligencia
- Abandono
- Autoabandono
- Abuso o explotación económica

En esta ponencia se aborda el maltrato no físico, o no primariamente físico, aunque conviene insistir en la necesidad de superar la dicotomía cuerpo-mente, y asumir que cualquier maltrato puede acabar suponiendo un daño físico o moral/psíquico, ya que los trastornos físicos se acompañan, más pronto o más tarde, de un correlato emocional y psíquico, y los trastornos psíquicos modifican los sistemas orgánicos, aumentando la vulnerabilidad a la enfermedad física (de ahí la mayor mortalidad en las enfermedades psiquiátricas graves o en los trastornos crónicos).

Para completar esta panorámica conceptual, resulta pertinente, como refleja el informe de las Naciones Unidas sobre el tema, contemplar algunos otros fenómenos que se relacionan estrechamente con la violencia ejercida con las personas ancianas y que deben señalarse por el potencial de daño que suponen.

Hay que hablar, en primer lugar, del ageísmo o discriminación por razón de edad. Resulta prioritario tomar conciencia de que en las sociedades desarrolladas –donde la rapidez, la competitividad, los valores estéticos y la brillantez intelectual son bazas de prestigio– el valor fundamental de las personas de edad, esto es, su capacidad para aunar experiencia y conocimientos, no está de moda. El sesgo negativo alcanza a cualquier colectivo que presente signos o síntomas de discapacidad, en definitiva, colectivos que presentan algún tipo de dependencia. Pensar que se puede discriminar sin dañar no parece muy justificable. Esta realidad, que aquí se describe de forma tan somera, obliga a una profunda reflexión sobre los valores preeminentes en nuestra sociedad. No olvidemos que la vejez es un estado que a todos nos aguarda, que podemos percibir en seres próximos y queridos, y que nuestra reflexión puede enriquecerse si, desde una perspectiva empática, podemos imaginar qué queríamos para nosotros en tales circunstancias.

También hay que hablar de factores como la pobreza, la enfermedad física y el deterioro cognitivo, que se citan como algunos de los contextos que aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores.

Finalmente, es fácilmente comprensible que los ancianos resulten víctimas fáciles en otros marcos de violencia, como la violencia en la comunidad (delincuencia global, tumultos, etc.) que produce un miedo generalizado y una sensación de inseguridad, que deriva un aislamiento evitativo. Este fenómeno puede agravar un aislamiento social previo o provocar una retirada de la persona mayor del contacto social, lo que, en definitiva, deteriora su capacidad para recibir atención y cuidados, amén de otras carencias emocionales. También en los conflictos armados, los mayores pueden convertirse en víctimas silenciosas y poco perceptibles. En estos conflictos rara vez se evalúa la repercusión real sobre los mayores, que se ven abandonados, agredidos o sometidos a desplazamientos que superan sus capacidades

físicas, o a cambios en el entorno que sobrepasan su capacidad adaptativa.

El maltrato no físico

Hablaremos en primer lugar del conocido como Maltrato Emocional o Psicológico. Genéricamente, consiste en verbalizaciones o conductas que denigran a las personas mayores o que atentan contra su dignidad. El maltrato emocional supone un cierto elemento de intencionalidad, que puede incluir motivos muy diferentes: conseguir la sumisión o el control, modificar conductas que el maltratador no acepta o dar cauce a problemas emocionales de éste. Habitualmente se produce en una relación asimétrica, que reproduce una dinámica dominador-dominado. Es éste el tipo de abuso no físico en el que se maneja una dinámica de poder-agresión de una forma más clara.

Se suelen establecer tres subtipos de maltrato emocional: las agresiones verbales, amenazas, intimidación y humillación (descalificación, denigración); la infantilización, esto es, la aplicación práctica de la falsa teoría que afirma que las personas mayores “son como niños”; y el aislamiento o la incomunicación, también conocido como tratamiento silencioso, “le atiendo pero no le hablo”.

El maltrato emocional supone negar el valor personal del mayor, ignorar o contrariar expresamente sus deseos, no respetar su espacio de intimidad y dificultar el contacto con sus referentes afectivos.

Ante el maltrato emocional, la respuesta de la persona mayor viene mediada por elementos culturales y psicológicos individuales. Si la persona mayor considera que es una carga para otras personas, y que éstas bastante hacen con atenderla, puede aceptar pasivamente la situación, e incluso justificarla, por lo que el maltrato deberá ser identificado por indicadores alternativos.

En cuanto a las consecuencias del maltrato emocional hay que destacar que, en sujetos sin deterioro cognitivo, la respuesta inicial más frecuente va a ser una reacción que aparece, de forma inespecífica, ante cualquier estrés: la angustia. Este sentimiento se organiza posteriormente en otros fenómenos psicológicos más complejos como el temor, la indecisión, la apatía, así como diversos síntomas afectivos y motores. En la estructuración psíquica son habituales los problemas de autoestima e incluso la culpabilización. En sujetos con deterioro cognitivo no son infrecuentes la agitación, la intranquilidad o los síntomas regresivos, especialmente en presencia del agresor.

Un segundo subtipo de maltrato no físico es la Negligencia. Se define como aquella acción u omisión consistente en no proporcionar a la persona mayor aquellos

elementos que constituyen sus necesidades básicas: alimentos, higiene o vestido, cuidados de la salud, confort y seguridad, afectividad, y requerimientos sociales o financieros.

La gravedad de este maltrato radica en que generalmente se ejerce en personas con un alto nivel de dependencia por razones de enfermedad (sea física o psíquica). Su situación supone un grado de discapacidad tal que requiere de terceros para atender incluso a las necesidades más básicas.

La negligencia nos confronta con la pregunta más importante ¿Cuáles son las necesidades que estimamos deben facilitarse a las personas que no puedan hacerlo por sí mismas para considerar que su vida reúne los requisitos de dignidad que son propios de los seres humanos?.

Describamos de forma muy esquemática las necesidades que se identifican en el ser humano a través de la Pirámide de Maslow (Figura 1) cuya principal virtud (y también defecto) reside en su simplicidad: En esta pirámide las necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, etc.) ocupan la base; en un segundo escalón se ubican las necesidades de seguridad, integradas por todas aquellas medidas que proporcionan protección ante el daño probable; sobre ésta se sitúan las necesidades de aceptación social, que integran el amor, la amistad, la pertenencia a un grupo/familia y el afecto que se recibe; en el penúltimo escalón se ubican las necesidades de autoestima (autonomía, éxito y prestigio) y en el último las necesidades de autorrealización (que suponen proyección personal y capacidad para alcanzar los fines que uno se propone).

Esta pirámide tiene el problema de no resolver dónde debe dibujarse el punto de

Figura 1



corte entre las necesidades que deben considerarse de obligación interpersonal y las que se deben satisfacer desde el propio sujeto. De ahí que, en una perspectiva moral, las preguntas fundamentales que quedan planteadas son: ¿Cuáles son las obligaciones morales ineludibles que una sociedad contrae con los sujetos dependientes que forman parte de ella? ¿Hasta dónde hay que llegar y quién tiene la responsabilidad de responder a esas necesidades? ¿La obligación interpersonal debe limitarse a las necesidades más básicas (niveles 1 y 2) o debe alcanzar todos los niveles posibles?

No podemos dar una respuesta desde aquí, sin embargo, parece claro que la deliberación afecta fundamentalmente los niveles más altos de la pirámide, puesto que no parece descabellado afirmar que los sujetos debemos atender en otros las necesidades fisiológicas, de seguridad y de aceptación social, sin las cuales es difícil hablar de una dignidad mínima y, por tanto, de la esencia de la esencia de nuestra condición humana.

En la negligencia son signos de sospecha la existencia de problemas de salud e higiene reiterados e inexplicables (escaras, deshidratación, desnutrición, etc.), el uso de ropa inadecuada (para el contexto o para las condiciones físicas), la evidente inatención a problemas solubles (una sordera que puede corregirse con audífono, problemas de vista no tratados, la falta de andadores, etc.) por no haber solicitado recursos auxiliares disponibles y accesibles. También son signos de negligencia: la sobremedicación (que habitualmente busca que la persona no sea molesta o limitar sus demandas), la falta de cumplimiento de las prescripciones o insuficiencia en la supervisión del personal sanitario, así como la ubicación de la persona mayor en un medio deteriorado (suciedad, falta de agua o calefacción, electrodomésticos estropeados, ausencia de útiles imprescindibles).

Junto a la negligencia, hay que hablar del Abandono. Se trata de un término muy relacionado con el anterior, hasta el punto de que muchos autores no diferencian entre ambos. Aquellos que los diferencian se suelen referir al abandono cuando existe un distanciamiento físico por parte del cuidador, que implica la inatención. Este fenómeno puede producirse en el propio domicilio del mayor (donde no se le visita ni atiende) o en instituciones donde es “alojado”. Existen algunos casos conocidos (por la repercusión en medios de comunicación) en los que el mayor ha sido abandonado en lugares públicos o en centros comerciales, aunque este tipo de casos son excepcionales en nuestro medio.

Se habla de Autoabandono cuando la persona mayor realiza conductas que amenazan su seguridad o su integridad psicofísica, o rechaza medidas que velan por su salud, cuidado o seguridad. Se excluye la elección de conductas de riesgo por una

persona competente (un mayor que continúa practicando formas de montañismo o deportes de riesgo, por ejemplo), en los que un sujeto informado y capaz toma decisiones desde su propia y personal escala de valores. El Autoabandono suele relacionarse con la existencia de otras formas de abuso o con la concurrencia de trastornos psíquicos (con la mayor frecuencia, depresión).

El abandono y el autoabandono suelen dar lugar a los mismos signos físicos y ambientales que se han descrito para la negligencia. Desde el punto de vista psíquico, la respuesta de la persona mayor a una situación de abandono y autoabandono suele ser de tipo inhibitorio (aislamiento, anergia, apatía, depresión, inhibición motriz, etc.).

Veamos ahora algunos tipos de maltrato no físico que tienen otras implicaciones pecuniarias. Se diferencian dos tipos, que se solapan entre sí:

Se habla de Abuso Económico cuando se produce la utilización inadecuada, por parte de terceros —y sin consentimiento (o con consentimiento viciado) del mayor— de los fondos, posesiones, propiedades y/o bienes de éste, no en beneficio del mayor sino en beneficio de un tercero o terceros. A menudo, supone la realización de actos “ilegales”: firma de documentos, donaciones, testamentos en un sujeto que, bien es incapaz, bien no ha decidido libremente firmar. Aunque la fe notarial debería actuar como escudo ante la actitud interesada de determinados sujetos, la cultura familiar de nuestro medio ha propiciado una actitud permisiva con este tipo de conductas, dando por hecho que se producían en beneficio del mayor, desde una perspectiva salvajemente paternalista con nuestros mayores.

Se habla de Influencia Indebida (*Undue influence*) cuando, en una relación del poder, la persona mayor permite que un tercero actúe en su nombre, pese a la evidencia del perjuicio que le produce dicha actuación, o cuando el mayor procede de una forma diferente a lo que haría en ausencia de la influencia del otro.

El Dr. Bennet Blum ha propuesto el Modelo “IDEAL” (Blum, 2003) para explicar la dinámica en la que se produce esta influencia. El modelo permite valorar serie de factores que se correlacionan con la susceptibilidad de una persona mayor a ser víctima de este tipo de maltrato.

- **Aislamiento** (*Isolation*): el mayor está aislado de la información pertinente que le permitiría tomar otra decisión (el aislamiento se da—por orden de frecuencia— por causas médicas, por acción del abusador, que aísla al mayor, o por razones geográficas o de entorno).
- **Dependencia** (*Dependence*): que puede ser física, emocional o de información. Manipulación emocional (*Emotional exploitation*) que impide al mayor percibir ade-

cuadramente lo que está ocurriendo y las consecuencias reales:

- Aprovechando el miedo de la persona mayor a sufrir pérdidas si no accede
- Mediante la actuación de varios sujetos que amenazan al mayor (temor puro)
- Porque el maltratador por un claro énfasis en las consecuencias adversas que sufrirá el mayor si no se actúa de una determinada forma
- Sometiéndole a discusiones penosas en lugares y/o momentos inadecuados que aumentan la presión sobre el mayor
- **Consentimiento** (*Acquiescence*): el mayor se somete a lo que quiere el agresor pero no lo hace de forma consecuente (informado y en ausencia de coacción o manipulación)
- **Pérdida** (*Loss*): una conducta alternativa sería mejor para el mayor

Cuando estos factores pueden identificarse unidos en una relación, la probabilidad de abuso alcanza casi el grado de certeza.

Algunos datos epidemiológicos

Lo primero que debemos reflejar es que no conocemos la dimensión real del problema. Los principales problemas en la detección provienen de las dificultades de identificación provocados por los prejuicios sobre la edad avanzada y el habitual silencio de la víctima, que puede culpabilizarse (pensando que su situación sobrecarga a otros que, lógicamente, responden de esta forma) e incluso avergonzarse (¿cómo explicar que alguien a quien se quiere nos está vejando?), o que puede guardar silencio por temor a las represalias.

Otro aspecto que interfiere significativamente es el hecho habitual de que se combinen diferentes formas de maltrato (lo que ocurre en más de la mitad de los casos) lo que motiva que la detección de unas formas pueda dificultar o minimizar la repercusión de otras, que pueden ser aparentemente menos graves pero que pueden ser más continuadas y tener consecuencias más nocivas a medio o largo plazo. A ello hay que añadir que la “clínica” del maltrato no físico es relativamente inespecífica y que los síntomas y signos pueden atribuirse, de forma errónea a problemas orgánicos o psíquicos.

La mayoría de los estudios epidemiológicos son extranjeros, aunque pueden resultar orientativos. En ellos se habla una incidencia global que oscila entre el 2 y el 4 % (algunos estudios hablan del 3-10%) en los mayores de 60 años. Estos datos deben, seguramente, corregirse al alza, porque se estima que la detección no supera el 1/8 de los casos reales.

Existen algunos estudios realizados en nuestro medio como el trabajo

“Negligencia, Abuso y Maltrato” (IMSERSO-SEGG) y la publicación de Bazo (2001), que sitúan el porcentaje en torno al 4,7 % en el medio familiar.

En un estudio realizado en los EEUU (Citado por Caballero, 2000) sobre una amplia población (más de 70 mil) de personas mayores, y que se refleja en la Tabla 1, se establece que la negligencia es, porcentualmente, la forma más frecuente de maltrato en las personas mayores, seguida del maltrato emocional y el abuso económico. Como puede verse, la suma de porcentajes supera el 100% por la coexistencia de diferentes formas de violencia sobre los mismos sujetos. Merece la pena anotarse el hecho de que el porcentaje conjunto del maltrato no físico supone casi tres cuartas partes del total.

En cuanto a la distribución del tipo de maltrato por edades, para el mismo estudio (Tabla 2), se observa que las frecuencias de maltrato se incrementan con la edad (y con la desprotección y la incapacidad del mayor, seguramente), salvo en el caso del abandono, que se produce en edades ligeramente inferiores. La edad, por tanto, se configura con el factor de riesgo más llamativo en las poblaciones estudiadas.

Además de ésta, los principales factores de riesgo detectados en los grupos de mayores afectados pueden resumirse en:

- Factores que dependen de una realidad donde existen aislamiento o/y dependencia de otros: mayores solos y con diferentes niveles de discapacidad.
- Factores referidos a los lazos emocionales y la cultura respecto a la violencia que se ha establecido en la familia: Existen culturas y familias donde las conductas violentas son contempladas con permisividad o donde los padres han ejercido la violencia contra sus descendientes que, a su vez, la ejercen en su momento contra ellos.
- Factores relativos al estado físico y mental del anciano: la existencia de una afectación cognitiva con trastornos conductuales, de una enfermedad física que

Tabla 1

	casos	%
Negligencia	34. 525	48,7
Abuso psicológico	25.142	35,4
Abuso económico	21.427	30,2
Abuso físico	18.144	25,6
Abandono	2.560	3,6
Abuso sexual	219	0,3
Otros	994	

Tabla 2

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

provoca frecuentes necesidades de cuidados básicos (incontinencia, alimentación difícil, secreciones o lesiones en la piel) agrava el riesgo de sufrir maltrato, ya que desborda más fácilmente la capacidad de cuidado que tiene la familia.

- Factores relativos al estado mental del cuidador. Cuando quien tiene que atender a la persona mayor padece una enfermedad mental o cuando ha fracasado en afrontar sus propias dificultades, puede desplazar los síntomas o la frustración hacia los mayores, alterándose su capacidad como cuidador.
- Factores relativos a la situación económica: las personas mayores que disponen de recursos tienen un riesgo algo inferior de ser victimizados.
- Factores institucionales: tipo de residencia, organización y dotación de personal, nivel de actividades, etc.

El medio institucional

Finalmente una breve reflexión sobre el maltrato en el medio no familiar o institucional. Lo primero es afirmar que el maltrato grave es, en este entorno, excepcional, seguramente porque la presencia de terceros, las rotaciones y la propia estructura (que expone públicamente lo que ocurre) limitan el acceso libre y sin testigos a los mayores. En este medio adquieren una enorme importancia los elementos ajenos a la relación interpersonal mayor-maltratador: aspectos de corte contractual, laboral u organizacional, son determinantes a la hora de generar malestar y frustración en los cuidadores, situación que puede derivar en un cuidado inadecuado o en una falta de cuidado. Sin embargo en el medio institucional se dan con cierta frecuencia formas “leves” de maltrato en forma de infantilización del mayor, problemas para preservar la intimidad o actitudes que no resultan respetuosas con la autonomía de los sujetos en la institución.

En este marco se hace imperativo comentar las enormes dificultades que representa la relación individuo-institución: los centros requieren fijar elementos de estructuración (horarios, espacios, estrategias de seguridad) comunes a personas de muy diferente condición y capacidad, así como aspectos de organización de trabajo que optimicen los recursos humanos y materiales. Esta realidad puede entrar fácilmente en conflicto con el deseo de los mayores de disponer de tiempo, intimidad, libertad para organizarse por sí mismos o para conducirse en la medida de sus posibilidades. Este choque entre la libertad individual —base y esencia de la autorrealización— y las necesidades colectivas, que permiten que funcione la institución, no resulta fácil de atenuar, y puede ser vivido por la persona mayor como un maltrato.

A modo de conclusión podríamos afirmar lo siguiente:

No encontramos ante un fenómeno de dimensiones desconocidas pero de notable importancia epidemiológica.

Como otras formas de violencia predominantemente familiar resulta difícil de abordar por razones culturales.

Las implicaciones éticas y legales del maltrato a las personas mayores son enormes.

Las formas no físicas del maltrato representan un reto específico por su frecuencia y por la repercusión en la realidad psicofísica de los mayores.

Bibliografía recomendada

Bazo, M.T.: *Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España*. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 1; 36(1): 8-14, 2001.

Bennett Blum, *The "Undue Influence Worksheet" and "IDEAL" Protocol – An Introduction* <http://www.bennett-blummd.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/undueinfluence1005.pdf>.

Burston, G. R. (1975) "Granny Battering". *British Medical Journal* (3): 592.

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

Couceiro, A. (ed.): *Ética en cuidados paliativos*. Editorial Triacastela, Madrid, 2004.

El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder. Informe del Secretario General. Consejo Económico y Social. Naciones Unidas, 2002.

Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. *The battered-child syndrome*. JAMA.1962;181:17-24.

Muñoz Tortosa, J.: *Personas Mayores y Malos Tratos*. Ediciones Pirámide, Madrid, 2004.

Pizzey, E. *Scream Quietly or the Neighbours will hear*. Pizzey, 1974.