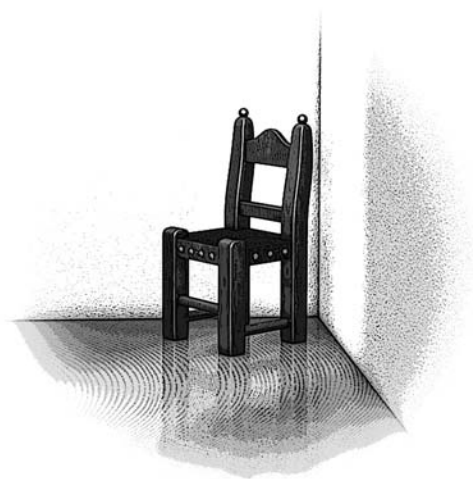


Jose Luis de la Cuesta Arzamendi (ed.)

el **M**altrato de personas mayores

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN
DESDE UN PRISMA CRIMINOLÓGICO INTERDISCIPLINAR




Hurkoa Fundazioa

Instituto Vasco de Criminología
Kriminologiaren Euskal Institutua



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, la 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.