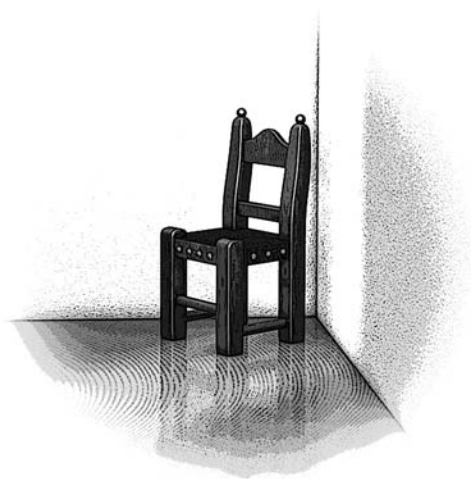


Jose Luis de la Cuesta Arzamendi (ed.)

el **M**altrato de personas mayores

DETECCIÓN Y PREVENCIÓN
DESDE UN PRISMA CRIMINOLÓGICO INTERDISCIPLINAR



Hurkoa Fundazioa

Instituto Vasco de Criminología
Kriminologiaren Euskal Institutua

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.