

El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio

J. Daniel Rueda Estrada
Coordinador



El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio

El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

J. Daniel Rueda Estrada (Coordinador)

Natividad de la Red Vega

César Vega García

Margarita Nieto Bedoya

Virtudes Niño Martín

Rodrigo Archiaga Thireau

Sonia Arranz Laíz (Colaboración)

serie **personas mayores** / documentos de acción social



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Familia
e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales

El envejecimiento de la población, los cambios en los valores que ha experimentado la sociedad, los nuevos modelos de familia y el desarrollo de los recursos dirigidos a la protección de los derechos y la calidad de vida de las personas mayores, ha dado como resultado que cada vez exista una mayor conciencia social hacia las necesidades de este colectivo.

La violencia en general, y especialmente la que va dirigida hacia los sectores más vulnerables, entre los que se encuentran las personas mayores y, particularmente, quienes no pueden o tienen limitaciones para proteger por ellas mismas sus derechos, es una de las lacras más execrables que existen en nuestra sociedad.

La Junta de Castilla y León consciente de esta realidad está realizando diferentes iniciativas dirigidas a proteger los derechos de las personas mayores y prevenir y actuar ante los malos tratos de los que puedan ser objeto, entre las que se pueden destacar el Programa de Asesoramiento Jurídico y Psicológico, el Programa de Tutela, los Consejos de personas mayores, las medidas de apoyo a las familias, la atención en situaciones de urgencia o la vigilancia e inspección de los centros.

Todas estas líneas de actuación responden al desarrollo de la Ley 5/2003 de Atención y Protección a las personas mayores de Castilla y León y se incluyen en el Programa de Protección de los Derechos que, junto a otros, configuran el último Plan Regional Sectorial de Atención a personas mayores.

Complementariamente, la formación e información de los profesionales es, sin duda, un aspecto fundamental para abordar este problema. Con este objetivo nace esta publicación, contribuir a profundizar, desde una perspectiva científica y rigurosa, en este complejo problema que, si por algo se caracteriza, es por ser un gran desconocido y permanecer en la mayoría de las ocasiones oculto.

En los últimos años, se ha producido una proliferación importante de trabajos, investigaciones y documentos sobre los malos tratos hacia las personas mayores, lo que indica el interés y la sensibilidad que las administraciones, universidades, sociedades científicas y colectivos de mayores, están prestando hacia este problema.

Esta publicación pretende recopilar la información más relevante sobre el tema. A lo largo de sus páginas los autores realizan una revisión de las principales líneas de investigación existentes para pasar a desarrollar un detallado análisis del concepto, tipología y factores que influyen en el maltrato a las personas mayores, abordando la difícil tarea de detectar estas situaciones a través de indicadores e instrumentos eficaces.

Lograr que las personas mayores puedan vivir con calidad requiere, necesariamente, que nadie vea vulnerados sus derechos ni sea objeto de abusos o maltrato. Es responsabilidad de todos poder lograr este objetivo desde el conocimiento del problema, la sensibilización y la actuación ante los casos que se conozcan. Esta es una de las prioridades de la política social de la Junta de Castilla y León.

CÉSAR ANTÓN BELTRÁN

Consejero de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León

ÍNDICE

Primera Parte

Líneas de investigación sobre el maltrato en las personas mayores

INTRODUCCIÓN	15
1. LOS CAMBIOS SOCIALES Y LA EMERGENCIA DE NUEVAS SITUACIONES	18
1.1. INTERÉS Y PREOCUPACIÓN SOCIAL POR LOS TEMAS DE ABUSO Y MALTRATO A PERSONAS MAYORES	20
1.2. DETECCIÓN DE MALOS TRATOS. Concepto y dificultades.	21
2. PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS APLICADOS EN EL ESTUDIO DE LOS MALOS TRATOS	25
2.1. MODELO PSIQUIÁTRICO/PSICOLÓGICO	28
2.2. MODELO SOCIOLÓGICO	29
2.3. MODELO ECOLÓGICO	30
3. PRINCIPALES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE MALOS TRATOS EN PERSONAS MAYORES	34
4. PREMISAS QUE FUNDAMENTAN EL ANÁLISIS DE LOS MALOS TRATOS	42

Segunda Parte

Clarificación y análisis conceptual

5. HACIA UNA DEFINICIÓN DE VIOLENCIA	48
5.1. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA	48
5.2. TIPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA	50
5.2.1. LA VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA	51
5.2.2. LA VIOLENCIA INTERPERSONAL	51
5.2.3. LA VIOLENCIA COLECTIVA	52
5.3. LA NATURALEZA DE LOS ACTOS DE VIOLENCIA	52
5.4. FACTORES ETIOLÓGICOS Y EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA	53
5.4.1. MARCO EXPLICATIVO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO	53

5.4.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VIOLENCIA Y EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES	55
a) VARIABLES BIOLÓGICAS	55
b) VARIABLES PSICOLÓGICAS	56
c) LAS VARIABLES SOCIOAMBIENTALES	57
6. VIOLENCIA Y MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES	60
6.1. PAUTAS Y VALORES SOCIALES Y SU EFECTO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LOS ANCIANOS	61
6.1.1. CONDICIONES QUE PROPICIAN EL MALTRATO A LOS ANCIANOS	62
6.2. FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN FAVORECER SITUACIONES DE MALTRATO	63
6.2.1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PERSONA MAYOR	66
6.2.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ENTORNO DE LA PERSONA MAYOR	68
6.2.3. FACTORES DE RIESGO EN LA NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO, SEGÚN CATEGORÍAS PROFESIONALES	70
6.2.3.1. CORRELACIÓN ENTRE GRUPO DE RIESGO, TIPOLOGÍA PROFESIONAL Y MALTRATO, ABUSO O NEGLIGENCIA	71
6.3. HACIA UNA DEFINICIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES	73
6.3.1. MALTRATO, ABUSO Y NEGLIGENCIA	73
a) Definiciones sobre maltrato	73
b) Definiciones sobre abuso	75
c) Definiciones sobre negligencia, autonegligencia y abandono	77
d) Propuesta de una definición operativa sobre el maltrato a personas mayores	78
6.3.2. ABUSO Y MALTRATO A PERSONAS MAYORES. PERSPECTIVA ANGLOSAJONA	80
6.3.3. EL MALTRATO Y ABUSO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS MAYORES Y DE LOS PROFESIONALES	82
6.3.3.1. VISIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES SOBRE EL MALTRATO	82
6.3.3.2. LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES	85

6.4. EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES SEGÚN EL ÁMBITO EN EL QUE SE PRODUCE	88
6.4.1. MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO SOCIAL	89
6.4.2. MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL	92
6.4.3. MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO	100
6.5. TIPOLOGÍA DE LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES	106
6.5.1. ABUSO O MALTRATO FÍSICO	107
6.5.2. ABUSO O MALTRATO PSICOLÓGICO, EMOCIONAL O PSICOAFECTIVO	108
6.5.3. ABUSO ECONÓMICO O FINANCIERO	112
6.5.4. ABUSO SEXUAL	116
6.5.5. NEGLIGENCIA Y ABANDONO Y OMISIÓN DE CUIDADOS	117
6.5.6. AUTONEGLIGENCIA Y AUTOABANDONO	118
6.6. NORMATIVA LEGAL RELACIONADA CON LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES	119
6.6.1. LEGISLACIÓN PROTECTORA EN LA ACTUALIDAD ..	121
a) CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA	121
b) CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA	123
c) LEGISLACIÓN ESPECÍFICA	124
d) CÓDIGO PENAL	125
e) LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	127
f) LEGISLACIÓN AUTONÓMICA	127
g) OTRAS NORMATIVAS QUE TENER EN CUENTA ...	128
7. AVANCE-PROPUESTA DE INDICADORES PARA LA DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS EN PERSONAS MAYORES	129
7.1. LOS INDICADORES DE MALOS TRATOS EN PERSONAS MAYORES	129
7.1.1. INDICADORES GENERALES DE SOSPECHA DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES	130
7.1.2. IDENTIFICACIÓN DE ALGUNAS CONDUCTAS	130

7.2. INDICADORES SEGÚN TIPO DE MALTRATO	131
7.2.1. MALOS TRATOS FÍSICOS	131
7.2.2. MALTRATO PSICOAFECTIVO	132
7.2.3. ABUSO ECONÓMICO-FINANCIERO	133
7.2.4. MALOS TRATOS DE TIPO SEXUAL	135
7.2.5. NEGLIGENCIA Y ABANDONO	136
7.3. INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN	139
7.4. PROPUESTA DE ALGUNOS INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN	141
7.4.1. POSIBLES INDICADORES PARA ELABORAR UNA ENCUESTA QUE APLICAR A RESIDENTES GERIÁTRICOS	141
7.4.2. CUESTIONARIO DE DESPISTAJE REALIZADO POR LA CANADIAN TASK FORCE	142
7.4.3. INDICADORES DE MALTRATO EN EL CUIDADOR Y LA PERSONA MAYOR (IOA)	142
7.4.4. CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES DE HWALEK-SENGSTOCK [THE HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (EAST)]	145
7.4.5. PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN PARA DETECTAR EL MALTRATO	146
7.5. SUGERENCIAS PARA ROMPER LAS BARRERAS DE COMUNICACIÓN CON LA POTENCIAL VÍCTIMA	148

Tercera Parte

Prevalencia e incidencia de los malos tratos en Castilla y León

8. LOS MALOS TRATOS EN CASTILLA Y LEON	153
8.1. PREVALENCIA	153
8.2. INCIDENCIA	161
8.3. CASTILLA Y LEÓN	166
8.3.1. ÁMBITO DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN	166
8.3.2. MALTRATO A PERSONAS MAYORES Y TERRITORIO ..	172

primera parte:

Líneas de investigación
sobre el maltrato en las
personas mayores



INTRODUCCIÓN

Abordar el estudio de los malos tratos, sea cual sea el colectivo o la situación y tipología analizada, puede hacer pensar que la sociedad actual está sufriendo las consecuencias de una desestructuración, de una falta de pautas de conducta que reflejan un modelo de sociedad caótico, convulso y despiadado.

Es cierto que el maltrato a diferentes colectivos y bajo formas diferentes ha existido siempre y por lo tanto no es un tema que surge en la sociedad actual como consecuencia de su diversidad, heterogeneidad y complejidad. Es más, podríamos afirmar que el hecho de abordar hoy el tema de los malos tratos, ya sea hacia la infancia, hacia la mujer, hacia las personas mayores, o incluso hacia los animales, es el reflejo de una mayor conciencia social, que no quiere que este tipo de conductas sigan permaneciendo en el ámbito de lo privado, se sigan ocultando o se admitan como normales o lógicos comportamientos que suponen un ataque a la condición y dignidad humana, un ataque a las normas de protección y a los derechos que se vienen reconociendo.

Abordar el tema de los malos tratos, en nuestro caso sobre las personas mayores, responde al **objetivo** de querer mejorar las relaciones, conductas y convivencia social; garantizar el respeto y la dignidad de las personas, evitar que las personas, por encontrarse en una situación de desventaja, inferioridad, vulnerabilidad o dependencia, puedan ser objeto de abusos o de maltrato.

Cuando se tiene como horizonte mejorar la calidad de vida, la convivencia, cuando se acatan principios y valores como el respeto, la aceptación o la igualdad, no puede asumirse fácilmente el que personas, grupos o instituciones puedan ejercer un poder abusivo, imponer una dominación, discriminar, maltratar o abusar de otra persona por encontrarse en una situación de desventaja.

Conocer la importancia del fenómeno, cuantificar las personas y colectivos que sufren o pueden sufrir situaciones de maltrato o abuso, identificar los factores de riesgo, las situaciones que pueden facilitar estos comportamientos abusivos o de maltrato, identificar el tipo de conductas en los que se manifiesta el maltrato o abuso, es totalmente necesario para poder actuar, intervenir, prevenir o corregir éstas y avanzar hacia un modelo social más equilibrado.

Este documento, que pretende acercarnos al conocimiento de las situaciones de maltrato hacia las personas mayores en Castilla y León, no tiene la finalidad de encender las alarmas sociales, para hacer un retrato de las

conductas inadecuadas hacia las personas mayores, sino simplemente conocer los escenarios más frecuentes en los que este tipo de conductas negativas se producen y tomar conciencia de una realidad que puede estar más o menos oculta y ser vivida con mayor o menor normalidad tanto por la persona que padece o sufre el trato vejatorio como por la que lo practica.

Somos conscientes de que la actitud dominante en el trato a las personas, sean éstas niños, mujeres, ancianos, emigrantes... es la del trato adecuado, la de la relación de apoyo y ayuda mutua, la del intercambio gratificante; pero, a pesar de que la pauta dominante sea positiva, no debemos bajar la guardia frente a los posibles desvíos de esta norma.

Conocer la incidencia y prevalencia del maltrato hacia las personas mayores en Castilla y León es, sin duda, un reto difícil de conseguir, pero entendemos que es totalmente necesario avanzar en su conocimiento o estimación para que puedan diseñarse procesos, servicios, apoyos y ayudas que vayan eliminando estas prácticas, o para que la propia sociedad pueda hacer un examen de su forma de convivir y tratar a las personas mayores, para ver si determinados comportamientos que se practican deberían modificarse con el fin de garantizar el respeto y la dignidad entre todas las personas y entre todas las generaciones.

A través de este documento se espera poder introducir mejoras y cambios en los valores, en las conductas y en la convivencia entre las personas, ya sea en las relaciones directas, próximas y familiares, como en las relaciones profesionales e institucionales.

Tomar conciencia de un problema, asumir que pueden existir conductas que provocan dolor, daño, vejación, tanto físico como moral, no es contribuir a generar alarmas sociales, sino que por el contrario se pretende extender y normalizar aquellas conductas que contribuyen a mejorar la calidad de vida, la estima y autoestima de la gente, percibir el sentido de utilidad personal y social de cada persona independientemente de su situación por razón de edad, sexo, pensamiento, salud, raza, etc.

Con esta mira y desde esta perspectiva, hemos ido haciendo el análisis del fenómeno del maltrato en personas mayores a lo largo del texto, cuyo fin primordial se centra en poder definir qué se entiende por maltrato o abuso hacia las personas mayores, cuáles son los principales escenarios en los que se producen estas conductas, cómo se pueden detectar y medir estos comportamientos abusivos o vejatorios, qué situaciones son más propicias para que

puedan producirse, qué factores pueden influir en el agresor o en la víctima para que tales conductas se produzcan y se cronifiquen.

Definir y clarificar el concepto de abuso y maltrato, identificar las líneas de investigación que se han llevado a cabo, conocer la incidencia y prevalencia de los malos tratos en otros países y poder avanzar hacia una propuesta de herramientas que puedan medir la incidencia y prevalencia del maltrato hacia las personas mayores, **constituyen los ejes fundamentales de esta publicación.**

1. LOS CAMBIOS SOCIALES Y LA EMERGENCIA DE NUEVAS SITUACIONES

En estos últimos años y especialmente después de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002, el análisis y la reflexión sobre el mundo y las condiciones de vida de las personas mayores se han convertido en el tema central. Parece que la realidad de estas personas ha empezado a ser más visible y que la sociedad en su conjunto está más interesada en ocuparse de las necesidades y demandas de las personas mayores, con el fin de que recuperen o alcancen un rol social más activo, se les reconozcan unos derechos, se les faciliten unos recursos sociales, una atención y respeto que no siempre han estado garantizados.

No solamente se pone de manifiesto la relevancia de su importancia desde una perspectiva demográfica, sino que se trabaja activamente para que la sociedad tenga más en cuenta a las personas mayores en todos los órdenes de la vida: en lo social, en lo cultural, en lo político, en el ocio, en el consumo, etc.

El estudio y análisis del envejecimiento de la población, sobre todo en los países más desarrollados, ponen de manifiesto los grandes **cambios** sociales que se han producido en las sociedades desarrolladas como consecuencia de los avances en salud, los cambios en el nivel y calidad de vida, en el consumo, en el nivel educativo, etc., pero también ponen de manifiesto los **riesgos**, las carencias, la vulnerabilidad, la falta de protección o la falta de servicios para atender a las cada vez más numerosas, urgentes y cambiantes demandas y necesidades de este colectivo. Los problemas de soledad, aislamiento familiar, abusos y maltrato, tanto de tipo económico como emocional o físico, tanto en el ámbito familiar como en el ámbito institucional, empiezan a encender las alarmas sociales.

El envejecimiento de la población supone un avance sanitario y social importante. Las personas mayores de nuestra sociedad han conseguido algunas metas indiscutibles:

- Mejor calidad de vida.
- Están más y mejor informados y formados.
- Tienen mayor presencia y participación en la vida social.
- Gozan de mejores condiciones económicas, en términos generales, que en generaciones anteriores, aunque sigan siendo insuficientes o escasas.
- Disfrutan de mayor independencia y vida autónoma.

- Tienen mejores oportunidades para disfrutar del tiempo libre y del ocio.
- Existen más y mejores recursos y servicios sociales...

Pero frente a estas conquistas indiscutibles también se ponen de manifiesto algunas pérdidas y situaciones importantes, unas ya clásicas y otras nuevas o que se expresan de forma diferente:

- Pérdida de autoridad y de reconocimiento social.
- Diferencias entre las personas mayores, que hunden sus raíces en la propia condición de clase social.
- Diferencias importantes en función del género.
- Diferencias en función del medio de vida; es decir, entre las personas mayores que viven en ciudades o núcleos grandes, donde se concentran los servicios y las personas mayores que viven en pequeñas poblaciones donde el acceso a determinados servicios sanitarios, sociales, lúdicos, etc., son totalmente diferentes...

Podríamos decir que tanto los avances y cambios positivos como los riesgos ponen de manifiesto la gran diversidad de situaciones e incluso de formas de incluir a las personas mayores en la dinámica social.

Haber prolongado el momento del envejecimiento, haber conseguido “ganar más años a la vida” es sin duda el resultado de grandes avances, logros y conquistas sociales, pero todo ello se ha dado unido a unos grandes cambios y revoluciones sociales que no siempre han contribuido a proteger el entorno de los mayores y a garantizarles una protección jurídica y social adecuada. Las situaciones de abuso, negligencia, abandono o maltrato también son conductas y comportamientos que emergen en la relación con las personas mayores, tanto por parte de profesionales como por parte de familiares, sobre todo cuando el envejecimiento limita las capacidades y autonomía de las personas, volviéndolas más frágiles y vulnerables.

En consecuencia, podemos afirmar que el envejecimiento de la población, lo que sin duda supone un enorme progreso, representa, a la vez, un reto en las políticas y sistemas de bienestar social, permitiendo que las personas mayores puedan seguir participando en la sociedad y tener unos servicios asequibles, apropiados y ajustados a sus necesidades.

1.1. INTERÉS Y PREOCUPACIÓN SOCIAL POR LOS TEMAS DE ABUSO Y MALTRATO A PERSONAS MAYORES

El referirnos al maltrato o a la violencia y abusos en el entorno de las personas mayores no significa que por el hecho de ser mayor las personas se encuentren en una situación de riesgo o de abuso inevitable. Por el contrario, es más bien la condición de fragilidad, de vulnerabilidad, de falta de autonomía o de capacidad, lo que convierte a la persona mayor en un sujeto que puede ser fácilmente objeto de abuso o maltrato, al igual que otros colectivos dependientes como los niños o algunas mujeres.

Aunque probablemente las relaciones adecuadas, el respeto, la atención afectiva, el cuidado y la protección hacia las personas mayores son las conductas más frecuentes, tanto en el ámbito de la relación personal y familiar como en la relación profesional e institucional, es cierto que también se producen situaciones de maltrato y abuso como consecuencia del envejecimiento. Son estas situaciones, que pensamos son marginales o constituyen conductas menos frecuentes, las que queremos analizar, con el fin de plantear medidas que lleven a prevenir, evitar o mejorar las relaciones con las personas mayores.

Por otra parte, el proceso de envejecimiento ha traído consigo un incremento de las necesidades de atención de la población mayor, y especialmente de las personas mayores dependientes.

Estos cambios producidos en los hábitos sociales, económicos, así como la pérdida paulatina de autonomía y por lo tanto la necesidad de atención personal, hace que en ocasiones las personas mayores sean consideradas únicamente como una carga, siendo objeto de comportamientos violentos y de malos tratos, por lo que pueden convertirse en objeto de explotación y abuso, sobre todo cuando la persona mayor aún puede ser útil para determinados fines, ya sea por su patrimonio o poder económico o por los servicios y apoyos que puede prestar a las personas de su entorno más cercano.

Los cuidados que los mayores necesitan cuando alcanzan edades muy avanzadas supone un estrés añadido a las familias que han de ocuparse de su situación. El cuidado de las personas mayores, en el seno de estas familias, puede llegar a suponer una sobrecarga tan pesada que conduzca al maltrato como desahogo.

Algunos estudios ponen de manifiesto que, en ocasiones, la ancianidad de los padres representa para los hijos la oportunidad de pasar factura con respecto a la dureza del trato de los mismos, cuando eran más jóvenes, o a la falta de cuidados que estos hijos experimentaron cuando dependían de sus padres.

Estas situaciones, unidas a problemas de patrimonio, herencias, malos entendidos que no se abordaron... pueden explicar buena parte de la frialdad en el trato, del abandono, de la soledad en que viven algunos ancianos.

Las agresiones contra los ancianos, casi siempre provenientes de sus familiares y cuidadores, tienen mucho que ver con el carácter de dependencia, fragilidad y exclusión social del anciano, tal y como es percibido en nuestros días. En un momento histórico en el que cada vez la esperanza de vida es mayor, y por tanto la población de personas mayores aumenta, cobra especial importancia este tipo de situaciones.

1.2. DETECCIÓN DE MALOS TRATOS. Concepto y dificultades

Durante el proceso individual e inevitable de envejecer, se producen modificaciones morfológicas y funcionales que, unidas a un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas e invalidantes, hacen que, a pesar de la gran capacidad de adaptación de las personas mayores, en ocasiones las limitaciones en su autocuidado sean tan importantes que se pase de una situación de independencia a otra de dependencia: familiar, servicios sociales y/o sanitarios. Por ello, se considera a la vejez como una etapa del desarrollo humano donde los factores de riesgo de padecer maltrato aumentan al mismo tiempo que la edad.

Como se señala en el documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato (INPEA), en uno de los documentos preparados para la II Asamblea Mundial del Envejecimiento¹, el maltrato a las personas mayores empieza a cobrar interés en los últimos veinte años, después de haber sido abordado el abandono y el abuso infantil y con posterioridad el fenómeno del maltrato conyugal². Para T. Bazo, no obstante, el tema de la violencia en las personas mayores es un capítulo más de un tema más amplio como el de la violencia doméstica, aunque con características y connotaciones específicas³.

¹ "Voces ausentes. Opiniones de Personas Mayores sobre abuso y maltrato al mayor", publicado en la Revista de Geriátría y Gerontología, 2002, 36 (6), pp. 319-331.

² La misma idea expresa M. D. Colón Pérez, en "Soluciones e intervenciones en casos de malos tratos", en Malos tratos en personas mayores, 2005 y Luz Barreto, "Maltrato y exclusión en las personas mayores, una realidad oculta", ponencia en el Congreso Internacional Sobre Maltrato Al Adulto Mayor, Perú.

³ T. Bazo, "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España", en Revista Española de Geriátría y Gerontología, 2001, 36(1), pp. 8-14, donde expone los resultados de una investigación realizada en cinco ciudades españolas a personas que reciben servicios de ayuda a domicilio, financiada por el Ministerio de educación y Ciencia.

Aunque casi todos los estudiosos del tema señalan que el maltrato a los ancianos es un problema que ha existido siempre, en todas las sociedades y culturas, la novedad de los estudios que se vienen planteando recientemente está en considerar que las personas mayores también son una población susceptible de recibir malos tratos y en ver este fenómeno como un grave problema social. Hoy se admite que el maltrato constituye un problema social y que no forma solamente parte de la vida privada.

A pesar de que a una gran parte de la sociedad le resulta difícil comprender que el maltrato pueda ocurrir, y piensan que sólo se produce en instituciones, rechazando la idea de que las personas mayores puedan ser maltratadas en sus propios hogares, diversas investigaciones ponen de manifiesto que también las personas mayores están sufriendo abandono y/o malos tratos en sus propios domicilios o en los hogares de familiares cercanos.

Esto mismo señala T. Bazo⁴ cuando afirma que el maltrato a las personas de edad fue detectado desde mediados de los años setenta, pero no es hasta la década siguiente, y en los Estados Unidos, cuando se acuña el término de **elder abuse**. Se señala que el maltrato a las personas mayores es el último capítulo de la violencia familiar y por lo tanto bastante desconocido en la actualidad (Bennett, Kingston y Penhale, 1997: 1).

T. Bazo pone de manifiesto que el problema de los malos tratos a las personas ancianas existe en todas las sociedades, ya que "la violencia en general y la violencia familiar en particular se producen como resultado de la capacidad de los seres humanos para producir daño a otros, sea de forma voluntaria o involuntaria".

En el plano internacional, todavía no se dispone de datos suficientes sobre incidencia y prevalencia, lo cual no implica que no exista este tipo de violencia, sino sencillamente que se produce en el anonimato social y político más cruel. Es decir, que se produce pero que no se reconoce, ni se ponen las medidas para evitarlo. Éste es el caso de España, señala Bazo, al igual que el de otros países europeos donde existe poca o ninguna información sobre el problema.

La detección de malos tratos es siempre una tarea muy compleja. No resulta fácil detectar un fenómeno que en muchas ocasiones permanece oculto y es

⁴ T. Bazo, "Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores", en J. L. de la Cuesta Arzamendi (ed.): El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar, San Sebastián, 2005, cap. 3, pp. 40 y ss.

escondido por sus propios protagonistas; es decir, por el agresor y por la persona agredida. Para el "agresor" estos comportamientos pueden no ser tenidos como maltrato, y para la persona mayor maltratada poner en conocimiento de otras personas o denunciar la situación puede suponer un trauma, y por lo tanto se intenta evitar. De todas formas, la relación que se establece forma parte de los modelos culturales, por lo que cualquier conducta debe ser analizada teniendo en cuenta esta referencia.

El porqué de la falta de detección obedece a múltiples causas, entre las cuales podemos destacar el hecho de que se produzcan principalmente en la esfera privada (añadiendo así cierta reticencia al conocimiento público).

Las barreras que obstaculizan su conocimiento responden a una clasificación según vengan dadas por la víctima, la persona responsable del maltrato, los profesionales o por aspectos socioculturales.

Barreras que dificultan la detección de los malos tratos a personas mayores⁵

<p>Por parte de la víctima</p>	<p>Negación y no reconocimiento de los malos tratos. Temor a represalias. Temor a causar problemas al responsable. Sentimiento de culpa y vergüenza. Chantaje emocional. Sufrir deterioro cognitivo. Miedo a no ser creído, a sentirse fracasado. Estar socialmente aislado. Normalizar los malos tratos.</p>
<p>Por parte de la persona responsable</p>	<p>Negación de la existencia de malos tratos. Impedir el acceso a los servicios sanitarios y/o sociales. Temor al fracaso. Rechazo de intervenciones.</p>
<p>Por parte de los profesionales</p>	<p>Carecer de formación, protocolos, tiempo y concienciación sobre la problemática. Incredulidad. No querer involucrarse en cuestiones legales. Desconocer recursos disponibles. Temor al aumento de ira del responsable. Actitud de reticencia, ambivalencia...</p>
<p>Por aspectos socioculturales</p>	<p>Actitudes desfavorables hacia las personas mayores por "menos productivos" y asignación a los mayores de menos valor. Insuficiente información y sensibilización. Valores socioculturales que influyen en las formas de abordar los conflictos en el seno de la propia familia evitando la intromisión de personas extrañas, y por otra parte la tendencia de no entrometerse los vecinos, amigos o profesionales como si los malos tratos fueran una cuestión privada.</p>

Quizás por incertidumbre en el ámbito administrativo y profesional, no es infrecuente el silencio o la inhibición. El avance en el conocimiento y la asunción de responsabilidades se hacen necesarios para evitar la complicidad.

Los profesionales han de ser conscientes de los obstáculos que pueden interferir en su detección, para posteriormente ser capaces de reconocerlas y superarlas cuando estén presentes, ya que esta labor es una necesidad además de una responsabilidad profesional.

⁵ Sobre este punto puede verse A. Moya Bernal y J. Barbero Gutiérrez (Coord.) (2005): Malos tratos a personas mayores, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, Madrid, pp. 89-94.

2. PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS APLICADOS EN EL ESTUDIO DE LOS MALOS TRATOS

La búsqueda y el análisis que se pueda realizar en una investigación social depende, sin duda, del modelo y enfoque teórico que se elija. Es por ello que en el tema de los malos tratos a personas mayores abordar y plantear con claridad el modelo teórico resulta básico para poder realizar la búsqueda de las causas y factores que explican o ayudan a comprender el porqué de este fenómeno, cada vez más preocupante, en nuestra sociedad.

No obstante, como señalan casi todos los estudiosos del tema, un primer escollo lo encontramos en la falta de una definición consensuada y válida sobre lo que se entiende por “malos tratos”, por “violencia”, por “abusos” hacia las personas mayores. Utilizar unos y otros términos no es una cuestión meramente semántica, sino que refleja, en parte, la opción y la valoración que se quiere hacer sobre el tema.

Podemos pensar que las diferencias entre **violencia y abuso** están en la forma de hacer presente la relación de poder entre la víctima y el agresor; desde el punto de vista de la tolerancia social, el **abuso** es un comportamiento sobre el que se tiene mayor permisividad que sobre la violencia. Ahora bien, el límite que separa un comportamiento de otro es muy difícil de precisar de manera objetiva, ya que cada situación depende de una gama amplia de factores personales, culturales, de comportamiento, relacionales o sociales.

Hablar de **vulnerabilidad**, de fragilidad, de dependencia, es hablar de los posibles escenarios que favorecen comportamientos violentos o abusivos, perpetrados hacia las personas mayores por algunos familiares, cuidadores, profesionales... que de manera esporádica o de manera más frecuente mantienen algún tipo de relación con las personas mayores, y por causas varias rompen la frontera del respeto, de la relación social y humanamente establecida. Ello no quiere decir que, cuando una persona mayor esté en esta situación de fragilidad o dependencia, necesariamente se produzcan los abusos o malos tratos. No se trata de una relación causal, sino de una situación que añade un plus de riesgo hacia esos comportamientos cuando la persona que los propicia no sabe mantener un equilibrio o controlar las situaciones que le producen estrés o malestar, ya sea por déficits de personalidad, por falta de información, por problemas personales o de carácter o por el propio deterioro que supone asumir tareas de cuidado sobre personas mayores cuando también se es mayor y se tienen carencias y dificultades.

Muchos analistas (McCreadie, 1991, Muñoz Tortosa, 2004) ponen de manifiesto que en torno a las personas que cometen abusos se aprecian algunas diferencias referidas fundamentalmente a la estructura de edades y a las características entre las personas dependientes y los cuidadores, ya que el sobreenvejecimiento que se ha alcanzado en los países desarrollados hace que muchos cuidadores sean también personas muy mayores que a su vez pueden tener problemas de salud, falta de preparación, déficits culturales, falta de información, etc. Incluso la relación que se mantiene entre estos mayores puede ser una relación deteriorada con anterioridad (Fulmer y O'Malley, 1987).

Diferenciar con claridad las **causas** del maltrato de los **factores de riesgo** es sumamente difícil, dado el carácter pluridimensional del tema. Los factores ambientales, culturales, psicológicos, tanto de la persona que sufre el maltrato como de la persona que los propicia, ya sea en el ámbito doméstico o en el ámbito institucional, hacen difícil marcar las fronteras entre causas y efectos, sobre todo si tenemos en cuenta que el maltrato se da en todas las clases sociales, en personas con diferentes niveles sociales, culturales y económicos y que, en relaciones similares, no todas las personas se comportan del mismo modo ni se producen necesariamente situaciones de maltrato, de abuso o de violencia. Por ello pensamos que el análisis causal no es adecuado para el estudio del fenómeno; más bien, habrá que establecer y diferenciar las situaciones de riesgo o los factores predisponentes a situaciones de abuso o maltrato.

Muchas de las teorías que se han elaborado para el análisis de la violencia o los malos tratos en personas mayores han tratado de poner de manifiesto estos factores predisponentes tanto en el agresor como en la persona agredida. Los conceptos de "víctima" y "verdugo" parece que están bastante claros, al menos en la forma en la que se han realizado algunas investigaciones. Se presupone que la persona mayor, debido a su deterioro personal, cognitivo, nivel de fragilidad o dependencia es siempre la víctima en una relación de desequilibrio de poder, mientras que el que propicia el maltrato o abuso sobre la persona mayor es el verdugo que impone desde una posición de fortaleza un comportamiento no adecuado, ni ética ni moralmente.

Desde esta perspectiva se han tratado de poner de manifiesto los rasgos personales de los "verdugos" y de las "víctimas", los factores contextuales, culturales, económicos, educativos, etc., de ambos. Así, se han planteado investigaciones basadas en enfoques diversos, entre los que señalamos el enfoque psicológico, el enfoque sociológico o el enfoque ecológico.

Aunque la mayor parte de los estudios se centran en la figura del "maltratador" poniendo de manifiesto los déficits o circunstancias personales, psico-

lógicas, sociales o ambientales que ayudan a comprender su comportamiento, también hay estudios que ponen de manifiesto los factores que inducen al maltrato teniendo en cuenta las características de la persona mayor.

Algunos trabajos que han estudiado el maltrato analizando la conducta de la persona mayor han puesto de relieve que también la “víctima” puede contribuir a que se susciten en el “agresor” determinados comportamientos violentos o abusivos. Entre otros factores citan la discapacidad, el deterioro cognitivo, la dependencia, la condición de género (Clark, 1999), la edad, la mala salud física y mental. Desde la perspectiva relacional se señala que la propia conducta del anciano puede provocar o mantener las situaciones de abuso.

Basándonos en la síntesis que recoge Muñoz Tortosa⁶ (2004), presentamos a continuación los principales planteamientos de estas teorías o enfoques.

	Modelo Psicológico	Modelo Sociológico	Modelo Ecológico
Características	<p>La causa de la violencia se encuentra en las características patológicas del cuidador (trastornos neuróticos o psicóticos, drogas), dependencia económica, alcoholismo, enfermedad mental...</p> <p>Dificultad para controlar los impulsos.</p> <p>Estados de ansiedad altos.</p> <p>Baja autoestima.</p> <p>Escasa empatía con la persona que cuidan.</p> <p>Afectividad negativa hacia la persona que cuidan.</p> <p>Depresión y estrés.</p>	<p>Las condiciones sociales, valores, prácticas culturales, como factores que estimulan la violencia social y el maltrato a los mayores.</p> <p>El estrés social o laboral en interacción con factores culturales, ambiente familiar o institucional se suman hasta propiciar un comportamiento agresivo.</p> <p>Los factores económicos, la pobreza social o personal, la precariedad laboral.</p> <p>El aislamiento social o la falta de apoyos sociales del cuidador.</p>	<p>La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.</p> <p>El modelo ecológico explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento.</p>
Perspectivas teóricas	<p>Teoría del “aprendizaje social”.</p> <p>Teoría del apego.</p> <p>Cognición social.</p> <p>Interaccionismo: teoría de la reciprocidad desequilibrada.</p>	<p>La teoría de la desventaja social.</p> <p>La sobrecarga del cuidador.</p> <p>El aislamiento social o empobrecimiento de redes sociales.</p> <p>Teorías sobre la violencia doméstica basadas en la perspectiva de género, en el patriarcado, en el “edadismo”.</p>	<p>Modelo teórico de Bronfenbrenner: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema.</p> <p>Modelos de interacción social.</p>

⁶ J. Muñoz Tortosa: Personas mayores y malos tratos, Ediciones Pirámide, Madrid, 2004, pp. 41-59.

2.1. MODELO PSIQUIÁTRICO/PSICOLÓGICO

La causa de la violencia se encuentra en las características patológicas del cuidador (trastornos neuróticos o psicóticos, drogas), dependencia económica, alcoholismo, enfermedad mental... Como manifestaciones más representativas estarían:

- Dificultad para controlar los impulsos.
- Estados de ansiedad altos.
- Baja autoestima.
- Escasa empatía con la persona que cuidan.
- Afectividad negativa hacia la persona que cuidan.
- Depresión y estrés.

Entre los fundamentos de este enfoque podemos señalar la teoría sobre el **“aprendizaje social”**, según la cual las personas que han sufrido abusos o maltrato o han vivido en un ambiente social donde se producían estos comportamientos tienden a reproducir estos mismos comportamientos (Belsky, 1993; Lynch, 1994; Kaufman, 1989). Según esta teoría, en la “vida familiar se establecen modelos de conducta que se perpetúan y que el individuo aprende roles que desempeñará a lo largo de su vida, convirtiéndose así en un “campo de entrenamiento para la violencia”⁷.

Una variante de este planteamiento lo encontramos en la **“teoría del apego”**. En este enfoque se pone de manifiesto la transmisión intergeneracional del abuso, de tal manera que los niños maltratados por la persona encargada de cuidarlos desarrollan patrones en los que esperan de los demás un comportamiento hostil y rechazo, de manera que los adultos que fueron maltratados en su infancia pueden asumir el papel de verdugos (Powell, 1995).

La teoría de la **“cognición social”** pone el énfasis en la falta de conocimiento y formación que los cuidadores tienen sobre las características del envejecimiento, necesidades, cambios... que se producen en la vejez, lo que lleva al cuidador a demandar de las personas mayores comportamientos y conductas que no pueden desarrollar debido a su deterioro o envejecimiento.

Finalmente encontramos también la perspectiva **interaccionista**, según la cual el maltrato se produce cuando entre la persona mayor y el cuidador son

⁷ J. Muñoz Tortosa, O. C., p. 45.

mayores las interacciones negativas que las positivas. Los cuidadores no propician conductas positivas en el anciano, suelen ser negligentes y descuidan las demandas de la persona mayor. La situación de fragilidad del anciano contribuye a que se puedan plantear estos comportamientos de abuso, descuido y desatención por parte del cuidador.

2.2. MODELO SOCIOLÓGICO

Este modelo pone el énfasis en las condiciones sociales, valores, prácticas culturales, como factores que estimulan la violencia social y el maltrato a los mayores. Así, podríamos señalar que:

- El **estrés social o laboral** en interacción con factores culturales, ambiente familiar o institucional se suman hasta propiciar un comportamiento agresivo.
- Los **factores económicos**, la pobreza social o personal, la precariedad laboral, son otros tantos factores que propician entornos sociales desestabilizadores y generadores de actitudes agresivas y violentas.
- El **aislamiento social** o la falta de apoyos sociales del cuidador constituyen otros factores de riesgo hacia comportamientos agresivos.

Entre los factores estresores en el ámbito familiar se citan:

- La **desventaja social** (desempleo, problemas económicos, hacinamiento).
- La **sobrecarga** del cuidador.
- El **aislamiento social** o empobrecimiento de redes sociales, ya que el apoyo social contribuye a disponer de apoyos externos, poder acceder a recursos en momentos críticos y a controlar determinados comportamientos.

Las teorías sobre la **violencia doméstica** basadas en la perspectiva de género, en el patriarcado, en el "edadismo⁸", enfatizan el carácter social dominante sobre la violencia hacia las personas mayores; el rol dominante del hombre sobre la mujer, la estructura familiar patriarcal, la marginación de la mujer anciana, enfatizan estas connotaciones de violencia doméstica.

⁸ El edadismo hace referencia al mantenimiento de estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia una persona únicamente por el hecho de ser mayor (Butler, 1969; Palmore, 1990). Puede consultarse para desarrollar este concepto a A. Losada Baltasar: "Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención". Informes Portal de Mayores, IMSERSO, Madrid, 2004, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/losada-edadismo-01.pdf>.

2.3. MODELO ECOLÓGICO

En un intento de abordar el carácter pluridimensional y multicausal del maltrato, se está asumiendo un planteamiento teórico más integrador que tiene en cuenta los diferentes entornos que están en relación en una situación de maltrato: el anciano, el cuidador y el contexto en el que se produce la relación. Este enfoque trata de compensar el peso causal de cada uno de los elementos, tratando de entender la dialéctica interna que conduce a una situación de abuso o maltrato.

Este modelo, inspirado en el planteamiento de Bronfenbrenner, describe un sistema con distintos niveles interactivos que contribuyen al desarrollo del comportamiento abusivo. Concibe al individuo inmerso en una serie de sistemas cada vez más amplios: la familia (microsistema), la comunidad (mesosistema y exosistema) y la cultura y sociedad (macrosistema).

Como indica Muñoz Tortosa⁹, “el estilo interactivo entre cuidador/anciano se puede ver afectado de modo significativo por la educación recibida por el cuidador al influir sus percepciones y los métodos coercitivos que utiliza, sus sentimientos hacia la persona mayor, sus conocimientos sobre el proceso de envejecimiento, que le permitirán calibrar de forma más o menos realista el del anciano y, finalmente, su salud mental”.

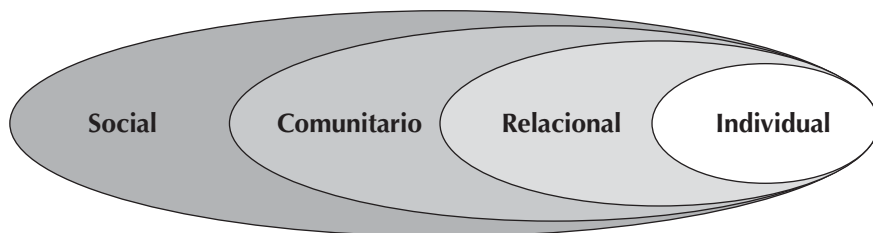
Según el **Informe mundial sobre la violencia y la salud** (2003), ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales¹⁰.

El modelo ecológico explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento.

⁹ J. Muñoz Tortosa, O. C., p. 50.

¹⁰ Recogemos en este epígrafe lo que señala el Informe mundial sobre la violencia y salud, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003. Capítulo 1, pp. 13-15.

Modelo ecológico para comprender la violencia



a) El ámbito individual

El primer ámbito del modelo ecológico pretende identificar los factores biológicos y la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Además de los factores biológicos y personales en general, se consideran como factores la impulsividad, el bajo nivel educativo, el abuso de sustancias psicotrópicas y los antecedentes de comportamiento agresivo o de haber sufrido maltrato. En otras palabras, este nivel del modelo ecológico centra su atención en las características del individuo que aumentan la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

b) El ámbito de las relaciones

El segundo ámbito del modelo ecológico indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas –por ejemplo, con los amigos, con la pareja y con los miembros de la familia– aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos violentos.

La interacción casi diaria o el compartir el domicilio con un agresor puede aumentar las oportunidades para que se produzcan encuentros violentos. Dado que los individuos están unidos en una relación continua, es probable en estos casos que la víctima sea reiteradamente maltratada por el agresor.

c) El ámbito de la comunidad

El tercer ámbito del modelo ecológico examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos.

La frecuente movilidad de residencia (cuando las personas no permanecen durante mucho tiempo en una vivienda en particular, sino que se mudan muchas veces), la heterogeneidad (población sumamente diversa, con una escasa o nula cohesión social que mantenga unidas a las comunidades) y una densidad de población alta son todos ejemplos de tales características, y cada uno se ha asociado con la violencia. De igual manera, las comunidades aquejadas por problemas como el tráfico de drogas, el desempleo elevado o el aislamiento social generalizado (por ejemplo, cuando las personas no conocen a sus vecinos o no tienen ninguna participación en las actividades locales) es también más probable que experimenten hechos de violencia. Las investigaciones sobre la violencia muestran que determinados ámbitos comunitarios favorecen la violencia más que otros; por ejemplo, las zonas de pobreza o deterioro físico, o donde hay poco apoyo institucional.

d) El ámbito social

El cuarto y último ámbito del modelo ecológico examina los factores sociales más generales que determinan las tasas de violencia. Se incluyen aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, y los que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos o países. Entre los factores sociales más generales figuran:

- normas culturales que apoyan la violencia como una manera aceptable de resolver conflictos,
- actitudes que consideran el suicidio como una opción personal más que como un acto de violencia evitable,
- normas que refuerzan el dominio masculino,
- normas que respaldan el uso de la fuerza excesiva policial contra los ciudadanos,
- normas que apoyan los conflictos políticos.

Entre los factores más generales también cabe mencionar las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales que mantienen niveles altos de desigualdad económica o social entre distintos grupos de la sociedad.

El modelo ecológico destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan dentro de la familia y en los ámbitos social, cultural y económico más amplios. En un contexto de

desarrollo, el modelo ecológico indica también el modo en que la violencia puede ser causada por diferentes factores en distintas etapas de la vida.

e) Vínculos complejos

Si bien algunos factores de riesgo pueden ser exclusivos de un tipo particular de violencia, es más común que los diversos tipos de violencia compartan varios factores de riesgo. Las normas culturales predominantes, la pobreza y el aislamiento social, así como el alcoholismo, el abuso de sustancias psicoactivas y el acceso a armas de fuego son factores de riesgo en relación con varios tipos de violencia.

Como resultado, no es inusual que algunas personas en riesgo, en cuanto a la violencia, experimenten varios tipos de violencia.

Tampoco es inusual detectar conexiones entre diferentes tipos de violencia. Las investigaciones han indicado que la exposición a la violencia en el hogar se asocia con ser víctima o perpetrador de actos violentos en la adolescencia y la edad adulta (Maxfiel MG, Widon CS, 1996). La experiencia de ser rechazados, descuidados o ignorados por los padres coloca a los hijos en riesgo mayor de desplegar una conducta agresiva y antisocial, incluido el comportamiento abusivo como adultos (Farrington, 1978, McCord, 1983, Widon CS, 1989). Se han hallado asociaciones entre el comportamiento suicida y varios tipos de violencia, incluido el maltrato de menores (Paolucci, E. O., y otros, 2001, Brown, J., y otros, 1999), la violencia de pareja (Stark, E., y otros, 1995), la agresión sexual (Paolucci, E. O., y otros, 2001) y el maltrato de las personas mayores (Bristowe, E., y otros, 1989, Pillimer, K. A., y otros, 1989).

Los vínculos entre la violencia y la interacción entre los factores individuales y los contextos sociales, culturales y económicos más amplios indican que abordar los factores de riesgo en los diversos niveles del modelo ecológico puede ayudar a disminuir más de un tipo de violencia.

3. PRINCIPALES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE MALOS TRATOS EN PERSONAS MAYORES

La investigación sobre los malos tratos en personas mayores se inició hace dos décadas, y entre los estudios más importantes hay que mencionar la primera de todas, de 1979, promovida por la Asociación de Gerontología de Manitoba (Canadá). Belanger (1981) envió un cuestionario por correo a 140 profesionales (sin muestra aleatoria), resultando de esa encuesta que el 25 % de los casos era de abuso físico, el 44% de explotación material y el 30% de violación de los derechos de los ancianos encuestados.

Las primeras definiciones contempladas por las distintas administraciones federales que aparecieron en USA sobre abuso a personas mayores tuvieron lugar en 1987. Estas definiciones, que se incorporaron a las distintas leyes federales, tenían como fin principalmente el servir de guía para detectar posibles problemas de maltrato. Estas definiciones han sido diferentes en los distintos estados y para los diferentes investigadores, aunque habitualmente ha existido un consenso para definirlo en tres categorías básicas¹¹:

- **Abuso en el ámbito doméstico:** referido a las distintas formas de maltrato a un mayor, producidas por alguien con quien tiene una relación especial (familiar, amigo o cuidador contratado) y ocurrido en el domicilio de la persona mayor o en el del maltratador.
- **Abuso en el ámbito institucional:** referido a las mismas situaciones de maltrato, pero producidas en centros residenciales destinados a personas mayores y producidas por personas que tienen una obligación legal o contractual de proveer cuidados y protección a esa persona mayor.
- **Autoabuso o autonegligencia:** cuando esa situación (habitualmente de negligencia o abandono) es producida intencionadamente por el propio mayor.

Entre los estudios de habla inglesa sobre el tema de los malos tratos a personas mayores, destacamos como más significativos:

- Mc Creadie, C. (1996): *Elder Abuse; Update on Research*, IoG King's College London. Actualización del principal libro de referencia sobre el abuso de personas mayores, de la propia autora Mc Creadie, C. (1991), *Elder Abuse; an exploratory study*, Age Concern Institute of Gerontology, King's College London.

¹¹ Definiciones aportadas por la NCEA (National Center on Elder Abuse) en su página web www.elderabusecenter.org.

- The national elder abuse incidence study. Final report (1998), American Public Welfare Association.
- No secrets: Guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse (2000), Home Office. Department of Health, London.
- Elder Abuse. Second Report of Session 2003/04 (2004), House of Commons. Health Committee, London.
- The national elder abuse incidence study. Final report (1998), American Public Welfare Association.

Los diversos estudios sobre el maltrato a personas mayores, al analizar las causas que inducen al mismo, se fijan en la persona mayor y, sobre todo, en su grado de dependencia o vulnerabilidad, y en las personas que forman parte del entorno del mayor y que, debido a la relación que establecen con ellos, o a las características propias, pueden desarrollar conductas violentas, agresivas o de maltrato. Estas dos posturas teóricas constituyen básicamente los ejes de las diversas investigaciones de campo realizadas: o bien la dependencia de la persona mayor es el principal factor de riesgo o bien son las características personales de los cuidadores las que explican este tipo de conductas.

Independientemente de dónde se ponga el acento para comprender el maltrato, podemos afirmar que prevalece el enfoque, desde una perspectiva interaccionista, que resalta las dificultades de relación entre el mayor y la persona que lo atiende o que está cerca, es decir, se pone de manifiesto la existencia de conflicto en las relaciones familiares.

Además de la convivencia, el estrés, el género y la provisión de apoyo emocional, son otros tantos enfoques los que se han tenido en cuenta en el análisis del maltrato a personas mayores. Entre los investigadores que se centran en los elementos estresantes, se señala que éstos pueden surgir de problemas mentales, abuso de drogas y alcohol, una historia de violencia, desempleo, exceso de responsabilidades en el cuidado, o incluso por la percepción de la persona cuidadora de depender de la persona anciana. Amigos, familiares y profesionales pueden incrementar tal estrés si critican la calidad del cuidado proporcionado.

Suzanne Steinmetz (1993) distingue tres casos en los que las personas mayores se encuentran en situación de riesgo:

- a) el de la persona anciana maltratada por hijos adultos;

b) el maltrato del cónyuge;

c) el maltrato de hijos adultos discapacitados física, mental o emocionalmente y que dependen de los ancianos.

Rosalie Wolf¹² proporciona una categorización que contiene las características de la persona maltratadora y las de la víctima (Biggs, Phillipson y Kingston, 1995: 43) que incluye tres tipos diferentes de perfiles:

- 1) Las víctimas de **abuso físico y psicológico** tienden a estar bien físicamente pero tienen problemas emocionales. Las personas que maltratan tienen una historia de alcoholismo y/o enfermedad mental, viven con la víctima y son dependientes de ella económicamente.
- 2) Las víctimas de **negligencia** son generalmente muy ancianas, con discapacidad mental y física, y con poco apoyo social. La cuidadora encuentra en la persona anciana una fuente de estrés continuo.
- 3) Las víctimas de **abuso económico** o material suelen ser solteras, y con relaciones sociales limitadas. Las personas que maltratan suelen tener problemas económicos, unidos, a veces, a una historia de abuso de drogas o alcohol.

En Europa se han llevado a cabo varios estudios de investigación interesantes. En Inglaterra, Tolim (1988) señala que el 5% de la población sufre malos tratos y negligencia. Homer apunta haber encontrado en este país el 27,6% de incidencia de malos tratos y negligencia en el ámbito nacional con una muestra de 2.130 personas. En 1995, el Gobierno Británico desarrolló un estudio piloto de un año de duración cuyo objetivo era conocer la utilidad de un teléfono de ayuda a las víctimas de malos tratos. Voluntarios entrenados atendían dicho servicio. Esta investigación fue presentada en 1995, publicándose en 1996 en *Elder Abuse: Update and Reseach* (MacReade, 1996).

En Francia, al igual que ocurre en el resto de la Unión Europea, el tema del abuso en ancianos tiene una breve historia. En 1992 se llevó a cabo una investigación a través de un cuestionario que pretendía valorar el abuso ejercido sobre los ancianos en sus hogares; este estudio reveló que la mayoría de los abusos se producían tras diez meses de convivencia con los cuidadores. Esta cohabitación se producía por falta de recursos económicos y vivienda del cui-

¹² Wolf R. (1989): Testimony before the Subcommittee of Human Services: Select Committee on Aging. US House of Representatives Hearings on Elder Abuse.

dador. Además, en este mismo estudio se resaltaron como factores precipitantes del maltrato los problemas de alcohol, la percepción por parte del cuidador de problemas de conducta en el anciano y las dificultades económicas.

También en Holanda se realizaron registros de abusos recogidos en dos centros (uno de enfermeras a domicilio y un centro de ayuda a las víctimas). Se registraron 193 casos y tras eliminar los problemas metodológicos se encontró que el 67% de las víctimas experimentó abuso psicológico, el 14% abuso físico, el 12% abuso económico y el 7% negligencia. No se registró ningún caso de abuso sexual.

Otro estudio, considerado como uno de los más rigurosos, fue llevado a cabo por Podnieks et al. (1989), con la ayuda de una entrevista estructurada hecha por teléfono que integraba definiciones relacionadas con los malos tratos y la negligencia. Podnieks y su equipo eligieron al azar una muestra estratificada de 2008 personas. Los resultados resumidos indican que la tasa de prevalencia de malos tratos y de negligencia en las personas mayores es de un 4% aplicando un intervalo de confianza de 95%. La explotación material (2,5%) y la violencia verbal crónica (1,4%) son los tipos de abusos más frecuentes que afectan a la totalidad de las personas mayores encuestadas¹³.

En España, el reconocimiento de malos tratos en los ancianos se inició en 1990, en el Congreso de Toledo (Marín, 1990). En 1995 se celebró un simposium sobre el tema (Peralta y Riera). En 1995, en Almería, se realizó la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado. En nuestro país, según este informe, la población no está suficientemente concienciada sobre la importancia del abuso y maltrato en ancianos; se carece de programas de formación para profesionales y de información específica. El grupo de investigación de Psicogerontología de la Universidad de Granada (Muñoz Tortosa y Rubio Herrera, R.) lleva dos años impartiendo cursos monográficos de doctorado sobre el maltrato en ancianos.

Entre las investigaciones más importantes en el caso de los malos tratos a personas mayores debemos resaltar dos investigaciones pioneras: la realizada por la Dra. M. T. Bazo¹⁴ sobre negligencia y malos tratos a las personas mayo-

¹³ Puede consultarse González Ceinos, M., Bujan Garay, I., López Saiz, G., et al.: Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. Rev Cubana Med Gen Integr, ene.-feb. 2004, vol. 20, no:1, p.0-0. ISSN 0864-2125.

¹⁴ Bazo, M. T.: Negligencia y malos tratos a personas mayores en España. Rev, Esp de Geriat y Gerona. 2001; 36(1): 8:14, e "Incidencia y prevalencia del maltrato de los Mayores", en Cuesta Aramendi, J. L., El maltrato de personas mayores, Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar, San Sebastián, 2005, pp. 45 y ss.

res en España, estudio empírico realizado a partir de entrevistas a auxiliares domiciliarias que atendieron a 2.351 personas mayores, en las que se detectaron 111 casos de maltrato, y el estudio cualitativo realizado por el IMSERSO¹⁵ en el marco de un convenio de colaboración con la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, en el que se analiza la perspectiva de las personas mayores sobre el tema del maltrato, asumiendo la metodología propuesta por la OMS y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano (INPEA).

Para T. Bazo, las principales situaciones de riesgo son:

- a) persona cuidadora con problemas de carácter psicológico,
- b) la persona anciana con demencia que permanece sola todo el día,
- c) hogar de la persona anciana donde se bebe demasiado alcohol,
- d) persona cuidadora que se enfada mucho por la carga del cuidado,
- e) persona anciana con demencia que es violenta con la persona cuidadora,
- f) persona cuidadora que es incapaz de atender adecuadamente las necesidades de la vida diaria de la persona anciana,
- g) persona anciana que vive con hijos adultos con problemas severos de personalidad.

De la investigación cualitativa realizada por el IMSERSO y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología¹⁶ podemos destacar algunas conclusiones:

- a) El trato indebido es más sutil y frecuente que el maltrato físico.
- b) Los mayores identifican seis aspectos críticos en su calidad de vida que serían áreas de vulnerabilidad para el maltrato:
 - La independencia económica (mejorar las pensiones).
 - La valoración social positiva hacia las personas mayores.
 - Permanencia y relación con la comunidad y su mundo de vida.

¹⁵ "Vejez, negligencia, abuso y maltrato, la perspectiva de los mayores y de los profesionales". Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

¹⁶ F. Sánchez del Corral y M. T. Sancho Castiello (2004): Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

- Cuidar la vida afectiva y familiar.
 - Recibir los apoyos de cuidados necesarios en el entorno familiar próximo.
 - Mantener un nivel de vida tranquilo y seguro.
- c) En la esfera privada el maltrato se concreta en:
- Explotación y abuso en el hogar por parte de los familiares.
 - El silencio en el trato.
 - El síndrome de mayor ambulante.
 - Abuso económico.
 - Abandono y negligencia en los cuidados personales y sanitarios.
 - Falta de capacitación en los cuidadores.
- d) En el ámbito público, identifican como comportamientos negativos hacia las personas mayores:
- Falta de especialistas en geriatría.
 - Trato inadecuado de los profesionales recurriendo a la edad para negarse a dar atenciones adecuadas.
 - Rigidez y anonimato institucional (síndrome de la institución total).

En síntesis, podemos concluir este apartado señalando algunos de los rasgos en los que coinciden la mayor parte de las investigaciones y estudios que se han realizado. Dependiendo del énfasis puesto en la investigación, de la definición e identificación de conductas y tipos de maltrato o abuso, se han señalado una serie de factores de riesgo tanto provenientes de la persona mayor que sufre como del agresor.

Entre los aspectos que se han presentado como factores de riesgo podemos destacar¹⁷:

¹⁷ (OMS, 1988), tomado de González Ceinos, M. Buján Garay, I., López Saiz, G., et al.: Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. Rev Cubana Med Gen Integr, ene.-feb., 2004, vol. 20, n.º 1.

Perfil de la persona víctima de abusos:

- 1.- Mujer.
- 2.- Mayor de 75 años.
- 3.- Físicamente impedida.
- 4.- Con disminución mental y comportamiento infantiloides.
- 5.- Socialmente aislado/a.
- 6.- Deprimido/a, con actitud hipercrítica.
- 7.- Predisuesto/a a adoptar el papel de enfermo/a.
- 8.- Repetidos intentos frustrados de recibir ayuda en su pasado.
- 9.- Maltratado/a en el pasado por un progenitor.
- 10.- Demasiado pobre como para vivir independiente.
- 11.- Testarudo/a.

Perfil de la persona que ejerce el abuso:

- 1.- Familiares que han estado cuidando de un anciano durante muchos años (promedio de 9 años y medio); de este grupo el 10% ha estado ocupándose de una persona mayor durante más de 20 años.
- 2.- El 75% vive con la víctima.
- 3.- Tipo de parentesco: 40% cónyuge, 50% hijos o nietos.
- 4.- El 75% ha cumplido más de 50 años; el 20% más de 70.
- 5.- Parientes extenuados por el estrés, el 48% necesita el dinero de sus víctimas, y/o el 50% necesita su casa.
- 6.- Socialmente aislados y generalmente desempleados.
- 7.- Antecedentes de arrestos y delitos contra la propiedad.
- 8.- Problemas económicos.
- 9.- Salud mental: antecedentes de deterioro reciente o de depresión o ansiedad (91%), alcoholismo (63%) o adicción a otra sustancia (68%).
- 10.- Comunicación inexistente.
- 11.- En la infancia, hostilidades entre padres e hijos.

Sin negar que estos factores pueden ayudar a comprender determinadas dinámicas y situaciones, y siendo conscientes de que todas estas variables pueden ayudar a explicar los motivos o factores que pueden llevar a generar una situación de violencia, de abuso o de maltrato, hemos de afirmar que las diversas investigaciones empíricas llevadas a cabo en diferentes países y con distintas metodologías solamente se atreven a describir algunas situaciones de carácter objetivo, sin poder determinar una relación causal. Más bien, si quisiéramos establecer un mínimo de acuerdos o coincidencias entre las diferentes investigaciones podríamos señalar que el consenso es mayor en los siguientes aspectos:

- **Se considera que no todos los agresores son sujetos patológicos, ya que se ve al agresor como un individuo no tan desviado de la norma.**
- **Se rechaza la creencia de culpar sólo a la persona mayor de su situación de maltrato y/o abandono, concentrándose en hacer responsable al agresor de sus propias acciones a pesar de que no existan programas dirigidos para aquellos que maltratan a los ancianos, ni tampoco se desarrollan teorías terapéuticas a este respecto.**
- **Se percibe un aumento de la violencia tanto física como psicológica generalizada, especialmente contra los colectivos más débiles, y esta violencia no está circunscrita a una determinada capa social, sino que se extiende a toda la sociedad y se encuentra en el medio institucional y principalmente en el familiar. Esto genera un clima de inseguridad que afecta a nuestra calidad de vida, por lo que la sociedad debe poner los medios necesarios con el objeto de poder evitar estas disfunciones.**
- **El maltrato tiene un impacto negativo sobre la salud, entendida como bienestar físico, mental y social, ya que contribuye a incrementar las disfunciones en las personas mayores, tales como pérdida de autonomía, de confianza, de seguridad, vida activa, incremento del estrés, la inseguridad, etc., lo cual supone una disminución de los niveles de salud en la población y un incremento de los gastos.**

4. PREMISAS QUE FUNDAMENTAN EL ANÁLISIS DE LOS MALOS TRATOS

El avance en la protección y en los derechos humanos nos ha ido abriendo la conciencia para mejorar la calidad de trato y de vida de todos los ciudadanos y por supuesto también de los ciudadanos de edad avanzada. Prácticas que en el pasado podían reflejar una forma de conducta socialmente aceptada y más o menos generalizada, hoy se ven como situaciones que disminuyen o ponen en riesgo la calidad de vida de las personas.

El incremento de servicios tanto públicos como privados para atender las necesidades y demandas de las personas, la mejor formación y preparación profesional, los cambios sociales en cuanto a valores y reconocimiento de derechos sin duda han contribuido a garantizar mejor la relación y trato de todos y por lo tanto de las personas mayores, generando una conciencia social más sensible hacia situaciones de maltrato, abuso o negligencia sobre muchos colectivos sociales, pero especialmente en las personas mayores.

Por ello, aunque queremos pensar que el problema de los malos tratos no supone hoy una práctica generalizada en nuestra sociedad, sí es necesario prestar mayor atención a determinadas conductas que inducen a estas prácticas, ya sea en el entorno familiar y doméstico como en el medio institucional. Por todo ello, como declaración de principios que justifican un estudio serio y profundo sobre el maltrato en las personas mayores, enumeramos las siguientes premisas:

- Los malos tratos pueden darse en diversas situaciones personales, familiares, institucionales y sociales más allá de los indicadores más frecuentes.
- Es una responsabilidad profesional y ética el respeto a los derechos y libertades de toda persona sea cual fuere su edad y situación.
- Cuando aparecen indicios de malos tratos y sobre todo si se trata de una situación de incapacidad de la víctima, se ha de proceder a la intervención con prudencia y con diligencia, tanto en el ámbito familiar como en el institucional.
- Los profesionales han de establecer contactos diligentes con las personas susceptibles de malos tratos, con las familias y con el entorno próximo.
- En la detección de los malos tratos es fundamental la comunicación, empatía, el respeto a la individualidad de las personas, sea para com-

prender las circunstancias, sea para contar con la colaboración y “permiso”, para intervenir una vez conocido y reconocido el problema, sea para obtener la colaboración necesaria.

- Cada situación es distinta de las demás; tiene su historia, ritmo, emociones, duelos, expectativas, aspiraciones.
- El tema que nos ocupa, dada la complejidad, hace necesaria la implicación de instituciones, agentes, sistemas..., con la necesaria coordinación.

Basados en todos estos argumentos iniciamos un estudio sobre el maltrato a las personas mayores, no con el ánimo de magnificar el problema, sino de adquirir mayor conciencia sobre los riesgos y consecuencias que muchos de los comportamientos que mantenemos en las relaciones con personas mayores pueden tener en su calidad de vida, tanto en las relaciones de convivencia ordinarias como en las relaciones profesionales, que deben estar presididas por principios morales y legales.

segunda parte:

Clarificación y análisis
conceptual



Una vez analizados algunos aspectos generales sobre el maltrato y la violencia hacia las personas mayores pretendemos en esta segunda parte profundizar en el tema, tratando de clarificar los diferentes elementos que intervienen en el maltrato, con el fin de conocer mejor el complejo mundo de la violencia hacia las personas mayores y poder plantear algunos indicadores que nos permitan detectar las situaciones de abuso, negligencia o maltrato que puedan sufrir algunas de estas personas, con el fin de intuir cuáles pueden ser las líneas de actuación, las intervenciones tanto con las víctimas como con los agresores y los recursos necesarios.

Por ello, en esta segunda parte, tras encuadrar los malos tratos a las personas mayores como un tema de violencia, y analizar tipologías, naturaleza y factores que explican el comportamiento violento, se estudia con más detalle la violencia en el mundo de las personas mayores. Asimismo se revisan los diferentes tipos de violencia y los entornos o contextos en los que ésta se produce, con especial referencia al ámbito institucional y familiar. Tras abordar el marco jurídico-normativo sobre la violencia y el maltrato, cerramos este gran capítulo proponiendo algunos indicadores que permitan detectar el abuso o maltrato a personas mayores.

5. HACIA UNA DEFINICIÓN DE VIOLENCIA

Definir con precisión y de manera unívoca y universal el concepto de violencia, de malos tratos y de abuso es una tarea necesaria y urgente si se quiere conocer y poder establecer índices de medida, indicadores de detección, parámetros de comparación entre zonas, países, situaciones, etc. Sin embargo, a fecha de hoy no existe una única definición, ni un esquema común para establecer las tipologías de maltrato. Esta falta de consenso dificulta el estudio y hace poco fiables los datos que se van obteniendo de las investigaciones que se realizan sobre el tema.

5.1. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA

Todo análisis integral de la violencia debe empezar por definir las diversas formas que ésta adopta con el fin de facilitar su medición científica. Hay muchas maneras posibles de definir la violencia. La Organización Mundial de la Salud¹⁸ la define como:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La definición usada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se produzcan. Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales, como son la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras.

La inclusión de la palabra “poder”, además de la frase “uso intencional de la fuerza física”, amplía la naturaleza de un acto de violencia, así como la comprensión convencional de la violencia para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación.

Decir “uso del poder” también sirve para incluir el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, más evidentes. Por lo tanto, debe entenderse que “el uso intencional de la fuerza o el poder físico”

¹⁸ WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/EHA/SPI.POA.2).

incluye el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de autoagresión.

Uno de los aspectos más complejos de la definición de la OMS es el referido a la **intencionalidad**. A este respecto, caben destacar dos puntos importantes. Primero, aunque la violencia se distingue de los hechos no intencionales que ocasionan lesiones, la presencia de la intención de usar la fuerza no significa necesariamente que haya habido la intención de causar daño. En efecto, puede haber una considerable disparidad entre la intención del comportamiento y las consecuencias intentadas. Una persona puede cometer intencionalmente un acto que, a juzgar por normas objetivas, se considera peligroso y con toda probabilidad causará efectos adversos sobre la salud, pero puede suceder que el autor no los perciba como tales.

El segundo punto relacionado con la intencionalidad radica en la distinción entre la intención de lesionar y la intención de “usar la violencia”. La violencia, según Walters y Parke¹⁹, está determinada por la cultura. Algunas personas tienen la intención de dañar a otros pero, por sus antecedentes culturales y sus creencias, no consideran que sus actos sean violentos. No obstante, la Organización Mundial de la Salud define la violencia teniendo en cuenta su relación con la salud o el bienestar de las personas. Ciertos comportamientos —como golpear o agredir físicamente a otro— pueden ser considerados por algunas personas como prácticas culturales admisibles, pero se consideran actos de violencia con efectos importantes para la salud de la persona.

La definición lleva implícitos otros aspectos de la violencia que no se enuncian de forma explícita. Por ejemplo, la definición incluye implícitamente todos los actos de violencia, sean públicos o privados, sean reactivos (en respuesta a acontecimientos anteriores, por ejemplo, una provocación) o activos (que son decisivos para lograr resultados más favorables para el agresor o para anticiparse a ellos)²⁰ y tanto si tienen carácter delictivo como si no lo tienen. Cada uno de estos aspectos es importante para comprender las causas de la violencia y elaborar programas de prevención.

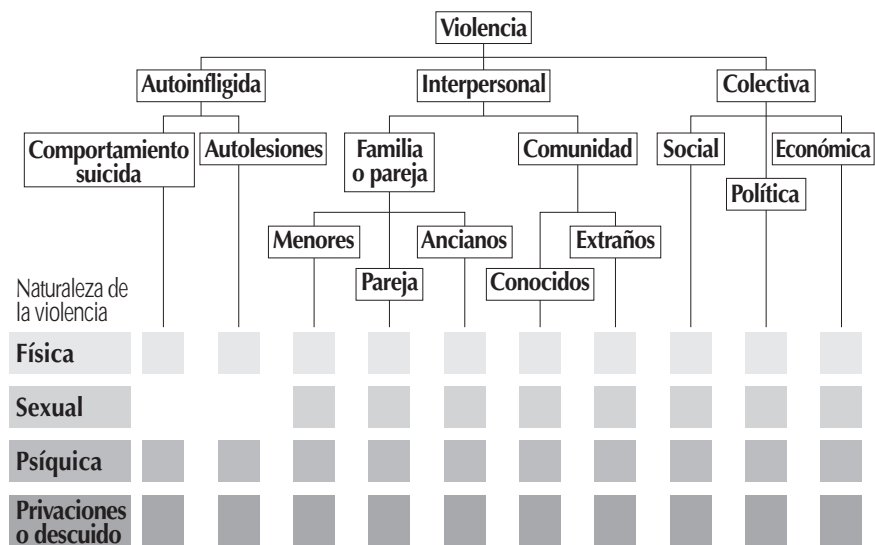
¹⁹ Walters, R. H., Parke, R. D.: Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. En: Berkowitz, L. ed. *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. Nueva York, NY, Academic Press, 1964.

²⁰ Dodge, K. A., Coie, J. D.: Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 53, pp. 1146-1158.

5.2. TIPOLOGÍA DE LA VIOLENCIA

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud, a través de la resolución WHA49.25, declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo y pidió a la Organización Mundial de la Salud que elaborara una tipología de la misma para caracterizar sus diferentes tipos y los vínculos entre ellos. El siguiente esquema presenta la propuesta elaborada por la OMS²¹.

Una tipología de la violencia



Esta clasificación divide la violencia en tres categorías generales, según las características de las personas que la cometen:

- la violencia autoinfligida,
- la violencia interpersonal,
- la violencia colectiva.

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos y la violencia infligida por grupos más grandes, como el

²¹ Foege, W. H., Rosenberg, M. L., Mercy, J. A.: Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health*, 1995, 1, pp. 2-9.

Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas. Estas tres categorías generales se subdividen a su vez para reflejar tipos de violencia más específicos.

5.2.1. LA VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA

La violencia autoinfligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. El primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio –también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” en algunos países– y suicidio consumado. Por contraposición, el automaltrato incluye actos como la automutilación.

El automaltrato consiste en actuar contra uno mismo de igual manera que si se fuese maltratado por otra u otras personas, es decir, la víctima sigue siendo una persona maltratada, pero esta vez por ella misma. Esta conducta puede ser una “llamada de atención”, para recabar la asistencia de otros, pero también puede ser el reflejo de un estado de pérdida total o casi total de autoestima.

Generalmente, la violencia autoinfligida, salvo la realizada en el marco de algunas prácticas religiosas, puede ser la forma más evidente de un estado de deterioro mental, que requiere intervenciones profesionales urgentes.

5.2.2. LA VIOLENCIA INTERPERSONAL

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- **Violencia familiar o de pareja:** esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar.
- **Violencia comunitaria:** es la que se da entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar.

En el primer grupo se incluyen formas de violencia, como el maltrato a los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato a las personas mayores. El segundo abarca los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

5.2.3. LA VIOLENCIA COLECTIVA

La violencia colectiva se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado. La violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales incluye, por ejemplo, los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas. La violencia política incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes. La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, tales como los llevados a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación. Evidentemente, los actos cometidos por grupos más grandes pueden tener motivos múltiples.

5.3. LA NATURALEZA DE LOS ACTOS DE VIOLENCIA

En el esquema que hemos presentado más arriba se ilustra la naturaleza de los actos de violencia, que puede ser:

- física,
- sexual,
- psíquica,
- que incluye privaciones o descuido.

Estos cuatro tipos de actos de violencia, con excepción de la autoinfligida, suceden en cada una de las categorías generales y sus subcategorías. Así, la violencia contra las personas mayores cometida en el seno del hogar puede incluir tanto el abuso físico, sexual y psíquico como la negligencia o el descuido. La violencia comunitaria puede incluir agresiones físicas como el descuido o desatención de las personas mayores en los establecimientos asistenciales, sanitarios o sociales (hospitales, centros de salud, residencias de mayores...).

Esta clasificación de la OMS que hemos presentado, aunque es imperfecta y dista mucho de gozar de aceptación universal, proporciona un marco útil para comprender los tipos complejos de violencia que acontecen en todo el mundo, así como la violencia en la vida diaria de las personas, las familias y las comunidades. También supera muchas de las limitaciones de otras clasifi-

caciones porque capta la naturaleza de los actos de violencia, la importancia del entorno, la relación entre el agresor y la víctima, y, en el caso de la violencia colectiva, los posibles motivos de la violencia. Sin embargo, tanto en la investigación como en la práctica no siempre están claras las líneas divisorias entre los diferentes tipos de violencia.

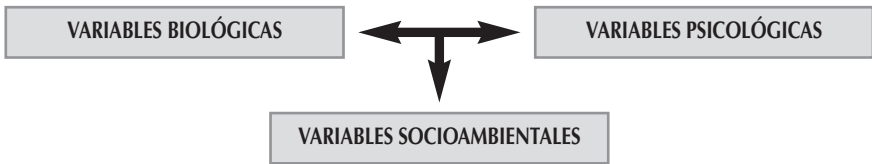
5.4. FACTORES ETIOLÓGICOS Y EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA

Los actos violentos, como comportamientos humanos aprendidos y llevados a cabo en entornos familiares y sociales, deben ser estudiados a partir del conocimiento de los factores o variables que los propician.

Por esta razón, para poder conocer y analizar el comportamiento violento, debemos tener en cuenta las fuentes de variabilidad que afectan a cualquier conducta, así como los elementos que intervienen en la construcción de la individualidad psicológica y social.

5.4.1. MARCO EXPLICATIVO DEL COMPORTAMIENTO HUMANO

Desde los paradigmas más integradores que abordan el análisis del comportamiento humano, empieza a haber un amplio consenso en señalar que cualquier acto es el resultado de un conjunto de fuerzas y factores diversos. La genética influye, pero la educación y la cultura también. Por ello podemos afirmar que las tres fuentes de variabilidad a las que podemos atribuir la explicación y predicción del comportamiento humano son:



Estas variables, combinándose entre sí de forma interdependiente, pueden favorecer los episodios de violencia, constituyendo factores de riesgo, o, por el contrario, pueden establecer soportes preventivos que disminuyan casi a cero la probabilidad de dichos episodios.

Desde este paradigma podemos afirmar que las variables que pueden afectar y mantener la conducta violenta son tanto de origen biológico y psicológico como ambiental.

VARIABLES BIOLÓGICAS	VARIABLES PSICOLÓGICAS	VARIABLES AMBIENTALES
<ul style="list-style-type: none"> - Momento evolutivo-involutivo. - Consumo de sustancias. - Estados carenciales. - Alteraciones genéticas. - Deficiencias sensoriales y estructurales. - Nivel de activación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Competencias: Lo que sabe hacer de forma suficiente y oportuna. - Vulnerabilidad y déficits: Lo que hace de forma inadecuada o deficitaria. - Motivos: Las tendencias, intereses, motivaciones y finalidades que controlan su comportamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entornos físico-arquitectónicos. - Sistema legislativo. - Medios institucionales y apoyos sociales. - Roles familiares y de poder. - Otros sistemas normativos. - Trato y pautas de crianza. - Modelos de conducta. - Medios de comunicación.

Cualquier **comportamiento**, adecuado o inadecuado, está **influido** por las **tres fuentes de variabilidad** (biológicas, psicológicas y socioambientales) que lo **explican y propician**.

Presentamos a continuación un esquema global de los factores biológicos y psicológicos que pueden afectar a cada uno de los miembros de la familia, en relación con las conductas violentas.

	FACTORES BIOLÓGICOS DE PROTECCIÓN	FACTORES BIOLÓGICOS DE RIESGO	
HOMBRE	Edad: 50 o más años. Adecuada alimentación, sueño.	Abuso de sustancias tóxicas (alcohol). Estado permanente de alteración.	Constitución fuerte. Edad: 30-40 años. Activación cortical alterada. Alteración de ritmo de sueño y hábitos alimenticios.
MUJER	Control de dieta y consumo de sustancias. Fortaleza física y buen estado de salud.	Alto nivel de activación basal. Adicción a sustancias tóxicas. Alteraciones en la salud.	Constitución débil. Alteración de la alimentación y del sueño. Alteraciones sexuales. Edad 30-45 años.
NIÑOS	Desarrollo evolutivo adecuado. Buen estado de salud.	Discapacidad psíquica y/o física. Estados carenciales (alimentación, sueño...). Enfermedades no tratadas o tratadas en exceso...	Constitución sin formar (falta de motricidad). Estado permanente de tensión. Edades tempranas. Retrasos en el desarrollo. Madurez sexual temprana.
PERSONAS MAYORES	Ausencia de enfermedades. Fortaleza física y buen estado de salud.	Múltiples enfermedades. Consumo de sustancias (medicamentos). Dificultad motriz. Edad: 75-84 años.	Carencias nutricionales, sueño alterado, mala higiene. Deterioro de fortaleza física. Deficiencias sensoriales.

5.4.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA VIOLENCIA Y EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

En el marco general que hemos presentado podemos entender de manera más específica la violencia a las personas mayores, teniendo en cuenta los tres tipos de variables que hemos considerado como factores explicativos del comportamiento humano.

a) VARIABLES BIOLÓGICAS

En las personas mayores son de **gran relevancia** las variables y estados biológicos, las enfermedades y discapacidades tanto cognitivas como motóricas que las ponen en situación de vulnerabilidad hacia comportamientos cercanos al abuso o maltrato.

A medida que las personas mayores envejecen van entrando en un **periodo involutivo**, en el que lo biológico protagoniza sus preocupaciones y también los cuidados que requiere de aquellos con los que comparte el entorno familiar o de convivencia.

En esta fase involutiva se produce un **deterioro general** de todo el organismo, que puede ocasionar multitud de problemas en el ámbito familiar e incluso en el medio institucional. En este estado de cosas, el aumento de malestar o estrés en la familia puede facilitar la aparición de conductas violentas. Estas situaciones también pueden incidir en determinadas malas prácticas de profesionales que cuidan de personas mayores en instituciones, sobre todo si la motivación o la preparación no son adecuadas, o la relación entre profesional y persona mayor tampoco es gratificante o hay escasez de personal.

Las enfermedades y carencias suponen también un **aumento de la ingesta de medicación** que incrementa el gasto económico, lo que en ocasiones puede dar pie a negar o disminuir determinados cuidados sobre todo en profesionales de la salud.

Junto a estos aspectos hay que señalar también que las personas mayores a medida que envejecen sufren frecuentemente **estados de alteración emocional y comportamental** tales como cansancio, somnolencia, tristeza, irritabilidad, fallos de memoria, etc..., que pueden "contagiar" o afectar de manera negativa a los cuidadores, pudiendo ser causa de brotes o comportamientos violentos.

Los déficits sensoriales de la persona mayor pueden también propiciar una conducta violenta, en la medida en que el no ver u oír adecuadamente limita la capacidad para recoger y transmitir información, evaluar lo que está pasando y poder encontrar recursos para resolverlo.

La **dificultad para moverse** resulta un problema añadido para las familias, porque supone ya la total dependencia del resto de los miembros. Esto habitualmente genera conflictos personales en el entorno familiar y por tanto aumenta la probabilidad de las conductas violentas. Esta circunstancia cuando se da en el medio residencial puede ser el origen de negligencias y abandonos por parte de profesionales.

Por el contrario, supone una acción protectora la **ausencia de enfermedades** y disponer de cierta fortaleza física, pudiendo ello contribuir a imponer cierto respeto para una persona agresiva.

La **edad** de riesgo parece estar entre los 75 y 84 años, momentos donde se acentúan y aumentan las disfunciones.

b) VARIABLES PSICOLÓGICAS

Al igual que en la agresión hombre-mujer, la construcción social del género está también presente en la violencia de personas mayores. La asunción de los valores patriarcales y de los roles de poder tanto por parte del hombre como por parte de las personas más jóvenes constituyen factores de riesgo hacia la protección de las personas mayores en general y hacia las mujeres mayores en particular, sobre todo si el maltrato proviene del cónyuge, a menos que se propongan medidas para evitar dichas conductas. No hay que olvidar que, en determinados contextos culturales, estas conductas pueden justificarse, aplaudirse o compartirse.

Algunas teorías sostienen que con la edad avanzada los cambios que se producen van hacia la lentitud, la pérdida de facultades, la menor capacidad de actuar y aprender, de manera que todo el proceso de envejecimiento está abocado a la dependencia. Ello supone ir renunciando a la independencia y autonomía personal.

Un **déficit en competencias comunicativas y la falta de competencia para resolver problemas**, una vez más, son decisivas para resolver los conflictos y negociar o para hacer que éstos se agraven y lleven a la violencia.

Si la violencia o maltrato son comportamientos que se pueden evitar o prevenir, es necesario identificar **los factores** que pueden actuar como mecanismos de **protección**, entre los que cabe mencionar:

- **El mantenimiento de las habilidades de autocuidado**, de manera que la persona mayor no necesite de la atención y supervisión de otros, al menos de manera muy continuada, evitando así situaciones de tensión.

- La **capacidad de autoafirmarse** o saber expresar sus opiniones, deseos y derechos, podría facilitar la disminución o cese de conductas violentas, ya que la persona mayor es capaz de expresar y afirmar sus derechos o incluso los de otro miembro de la familia.
- Las **competencias y habilidades** para relacionarse con los demás, mantener la red de relaciones que evite o disminuya el aislamiento tanto físico como emocional, saber expresar emociones e incluso solicitar consejo o ayuda a profesionales, pueden ser mecanismos preventivos para obtener ayuda, recibir otras informaciones y estímulos y mantener en activo estas competencias; lo contrario sólo acrecienta el riesgo y favorece el aislamiento.

Algunos estudios sobre el envejecimiento ponen el acento en las **capacidades adaptativas** y estrategias de las personas mayores, que son capaces de hacer frente a los retos y demandas de cambio. El ejercicio de la autonomía se asocia con el **envejecimiento satisfactorio**.

El mayor grado de satisfacción lo obtienen las personas no cuando se sienten protagonistas del cuidado, es decir, cuando son dependientes, sino cuando pueden avanzar en la interdependencia.

	FACTORES PSICOLÓGICOS DE PROTECCIÓN		FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO	
PERSONAS MAYORES	Habilidades para el autocuidado. Competencias comunicativas. Capacidad para expresar emociones.	Competencias lingüísticas. Utilización de recursos socio-sanitarios. Capacidad de autoafirmarse. Recursos para la resolución de problemas.	Déficit de competencias comunicativas y trato interpersonal. Falta de estrategias para el afrontamiento de conflictos.	Asunción de valores en términos de poder-sumisión, sistema patriarcal... Dificultad para expresar emociones.

Cuadro resumen de las variables de protección y de riesgo en el caso de la violencia contra las personas mayores. Elaboración propia.

c) LAS VARIABLES SOCIOAMBIENTALES

Las variables socioambientales son todos aquellos factores que **forman parte del entorno socio-cultural** de los individuos, que intervienen **recompensando o castigando** cada una de sus actuaciones o conductas. El edadismo

o la cultura que predomina en las sociedades muy desarrolladas que ven a la vejez como una etapa final, como una carga social y familiar, como algo que no merece ser exhibido, como algo que limita las oportunidades de la familia, son mensajes que pueden justificar determinadas malas prácticas, conductas, abandonos o negligencias.

Se valora como un logro de nuestra civilización y de la ciencia el envejecimiento, se crean múltiples servicios para mejorar su calidad de vida, se garantiza el derecho a la protección en situaciones de dependencia, se generan nuevos puestos de trabajo, se plantea la fuerza que tienen las personas mayores, el "nuevo poder gris", pero a la vez se cultiva la doble moral de desvincular socialmente a las personas mayores de la vida social, política o económica.

Quizás haya que recordar aquellas palabras de Loriaux: "Pretendiendo asegurar un relativo bienestar económico a los jubilados, gracias a rentas sustitutorias, los han privado de jugar un rol activo en la sociedad. Favoreciendo la concesión masiva de prejubilaciones a trabajadores de edad y reduciendo artificialmente la edad de jubilación para hacer frente a las penurias de empleo y ofrecer puestos de trabajo a los desempleados, han ampliado fuertemente el campo de la vejez... Queriendo hacer de la tercera edad una época de libertad reconquistada frente al tiempo constreñido, han conseguido, sobre todo, acentuar la dependencia bajo cualquier aspecto: económico, social, médico."²²(Loriaux, M., 1995: 659.)

El entorno, como contexto legislativo, lingüístico, normativo, educativo, moral y afectivo, tiene el poder de propiciar la aparición de nuevas actitudes y destrezas, de mantener y consolidar hábitos, de castigar y extinguir comportamientos sólo por considerarlos "no convenientes". Esta es la **mayor fuente de influencia** en el origen y el mantenimiento de cada comportamiento.

Asimismo, la **sociedad crea modelos de conducta** que son seguidos, exagerados o deformados, por personas que representan, con su comportamiento, los valores y los "errores" de cada momento histórico concreto.

Y es que la **sociedad nunca es neutra**, siempre facilitará más unas conductas que otras, siempre añadirá una valoración positiva o negativa ante el comportamiento de sus ciudadanos. De esta forma, si una conducta es reforzada

²² Michel Loriaux: "El envejecimiento de la sociedad europea", en VV.AA. (1995): El capital humano europeo en el umbral del siglo XXI, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid.

por el entorno (valoración positiva), las posibilidades de que se siga repitiendo son mucho mayores que si la conducta es castigada (valoración negativa).

Debemos entender así que **la violencia** es el producto de determinadas relaciones de poder, formas de educación y de trato, y condiciones de vida de las familias en cada contexto social particular.

Sin embargo, como ponen de manifiesto muchos estudios sobre el tema de la violencia y el maltrato, se da una **cierta homogeneidad** entre las variables determinantes del comportamiento del maltratador y de las víctimas..., hallando grandes similitudes en las competencias, déficit y motivos que influyen en la conducta final de cada uno de ellos.

No deberíamos olvidar esas palabras del **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento**²³ que nos recuerdan que "es muy posible que un día las propias personas de edad, con la fuerza dimanante del aumento de su número e influencia, obliguen a la sociedad a adoptar un concepto de la vejez positivo, activo y orientado hacia el desarrollo. La conciencia colectiva de ser anciano, como concepto socialmente unificador, puede convertirse así en un factor positivo".

Para conseguir estos fines y hacer del envejecimiento una experiencia positiva se requiere desarrollar actitudes que fomenten lo que algunos han denominado "**una vida mental activa**", es decir, participar en las cuestiones sociales, económicas, culturales y morales del medio en el que se vive.

Todas estas actitudes positivas suponen sin duda un elemento de prevención y de protección frente a los posibles abusos o comportamientos que nada tienen que ver con el trato honesto, adecuado y justo hacia las personas en general y hacia las personas mayores en particular.

²³ Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, párr. 32, Año internacional de las personas de edad. Marco conceptual. Situación de las personas de edad.

6. VIOLENCIA Y MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

El tema de los malos tratos o violencia contra las personas mayores ha alcanzado cierta importancia en la sociedad occidental, donde el aumento de la esperanza de vida y la nuclearización de las familias han hecho desaparecer el rol social que jugaban los ancianos como transmisores del saber y la cultura.

Es frecuente que las personas mayores sean consideradas por sus descendientes únicamente como una carga y que no tienen nada que decir en una sociedad que ensalza lo joven, lo dinámico, la salud, la fortaleza y la belleza como modelo de referencia.

Además de esta imagen negativa hacia las personas mayores, fenómeno al que algunos autores han designado con el nombre de **“edadismo”**, podemos señalar que la percepción que se tiene sobre los mayores viene bastante determinada por los requerimientos que pesan sobre la familia o alguno de sus miembros, cuando la persona mayor es frágil, dependiente y necesita de cuidados y atenciones más específicas. El cuidado en el seno de las familias, que algunas personas mayores necesitan cuando alcanzan edades avanzadas, puede llegar a suponer una sobrecarga tan pesada que no es infrecuente que derive en situaciones de violencia, maltrato o trato indebido, como mecanismo de desahogo.


Por otra parte, algunos autores han puesto de relieve que en ocasiones la ancianidad de los padres, en cuanto supone mayor fragilidad, pérdida de autonomía, vulnerabilidad o dependencia, representa para los hijos la oportunidad de pasar facturas con respecto a la dureza del trato que recibieron de ellos cuando eran más jóvenes o a la falta de cuidados que estos hijos experimentaron cuando dependían de sus padres. Estas situaciones, unidas a problemas de patrimonio, herencias, malos entendidos que no se abordaron, pueden explicar buena parte de la frialdad en el trato, del abandono, de la soledad en que viven los ancianos.

Las agresiones contra los ancianos, casi siempre provenientes de sus familiares y cuidadores, reflejan perfiles y formas características que tienen mucho que ver con el carácter de dependencia, fragilidad y exclusión social del anciano, tal y como es percibido en nuestros días, y que se manifiestan de diversas formas:

- Desatención de las necesidades básicas (higiene, alimentación, vestido, cuidados sanitarios).
- Restricción de ayudas necesarias para que el anciano tenga una buena calidad de vida (gafas, aparatos para el oído, sillas de ruedas, etc.).
- Abandono o restricciones afectivas.
- Falta de escucha y trato rutinario.
- Insultos.
- Críticas.
- Reírse de ellos.

6.1. PAUTAS Y VALORES SOCIALES Y SU EFECTO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LOS ANCIANOS

En un **momento histórico** en el que cada vez la esperanza de vida es mayor, y por tanto la población de personas mayores aumenta, cobra especial importancia este tipo de violencia.

PAUTAS Y VALORES		EFFECTOS / VIOLENCIA
Cambio en hábitos de vida Cambio de valores Cambio de costumbres Pocos recursos económicos		Rechazo a aceptar la vejez El anciano: "carga sin sentido" Dependencia económica del maltratador Desatención de necesidades básicas

El **cambio en los hábitos de vida, en los valores y costumbres**, ha afectado a la visión que se tiene hoy en día de los mayores. El cuidado de los ancianos se percibe como una "carga sin sentido" y hay un gran rechazo a aceptar la vejez y el deterioro físico.

Esta población presenta unas **características especiales**, sobre todo por el momento biológico que están viviendo. Los ancianos ven muy restringidos sus recursos para valerse por sí mismos; sus déficit son de todo tipo, tanto funcional, sensorial, cognitivo, como de movilidad. Que esto sea así puede llegar a ser un factor de riesgo y terminar siendo víctimas de una situación de maltrato.

Este **maltrato** se traduce fundamentalmente en la **desatención de las necesidades básicas** del anciano, tales como aseo, alimentación, recursos para mejorar sus capacidades, lo que acrecienta aún más, de forma circular, su incapacidad para escapar de esta situación, viéndose forzados a depender de quienes los maltratan.

Pocas veces llega a saberse de una situación de maltrato por boca de las propias víctimas, ya que éstas se encuentran, si cabe, más indefensas que otras, para quejarse, denunciarla o escapar de ella.

A esto se añade el hecho de que los **valores que mantienen las personas mayores** no coinciden con los de sus cuidadores o familiares, siendo estos mismos valores los que no les permiten denunciar lo que están viviendo, ya que en la mayor parte de los casos los maltratadores son sus propios hijos²⁴.

En muchas de estas situaciones el anciano se encuentra indefenso, ya que necesita las atenciones de los que lo maltratan y además su estado de salud, que poco a poco se va deteriorando, le hace cada vez más dependiente.

Debemos tener en cuenta también, la **capacidad de los cuidadores** para resolver conflictos, ya que el cuidado del anciano puede suponer una fuente de nerviosismo y de problemas, que los hijos no son capaces de solucionar de forma adecuada. A esto hay que añadir que la familia puede tener problemas económicos que se agravan cuando tiene que hacerse cargo del anciano.

6.1.1. CONDICIONES QUE PROPICIAN EL MALTRATO A LOS ANCIANOS

La mayor parte de los estudios sobre el maltrato a las personas mayores señalan los siguientes factores como condiciones propicias para sufrir malos tratos:

- **Falta de autonomía.**
- **Pocos ingresos económicos.**
- **Dependencia económica del maltratador.**
- **Ser mujer con trastornos físicos o mentales.**
- **Aislamiento social de la familia donde se produce el maltrato.**

²⁴ Hay varias teorías que apuntan a que muchos de los malos tratos en el periodo de ancianidad se derivan de la relación establecida entre padres e hijos desde siempre (Torres y Espada, 1996).

- Cuanto mayor es la **falta de autonomía** del anciano, mayor es la probabilidad de que sufra malos tratos (Torres y Espada, 1996).
- A menor capacidad económica del anciano mayor probabilidad de que las relaciones que mantiene con los familiares con quienes convive sean violentas.
- En algunos casos el maltratador depende económicamente de la víctima. Algunos expertos explican este hecho señalando que la frustración por falta de poder económico y la consecuente dependencia del hijo o hija respecto del anciano se compensa mediante una actitud de extrema dureza o de maltrato con éste, imponiendo así sobre ella una **relación de sometimiento** (Torres y Espada, 1996).
- Es **más probable** el maltrato al anciano cuando vive en una familia en la que el estilo de comportamiento es, en general, violento.
- Las personas de edad avanzada que tienen más probabilidad de sufrir malos tratos son mujeres que padecen severos trastornos físicos o mentales.
- Otra de las características que se repite en los casos de maltrato es **el aislamiento social**, frecuente en este tipo de familias. El hecho de verse solos en circunstancias difíciles que no saben manejar por sí mismos es un elemento característico que interviene en el desarrollo de comportamientos violentos en el entorno familiar, afectando éstos siempre al más vulnerable y débil. Así, en unas ocasiones la víctima será la esposa, en otras el menor y, en otras, el anciano.

Todo este elenco de situaciones puede tener consecuencias directas en otras alteraciones en la vida de la persona mayor.

Consecuencias del maltrato en los ancianos:

Trastornos de sueño, del lenguaje, y otros síntomas psicossomáticos, además del miedo a sufrir agresiones o a quedarse solo.

6.2. FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN FAVORECER SITUACIONES DE MALTRATO

Los comportamientos violentos presentados por la mayoría de los agresores son una manifestación extrema de la relación de poder que ejercen sobre sus víctimas, las cuales adoptan un papel de sumisión y sometimiento (mujeres, niños, ancianos...).

En el contexto socio-cultural en el que vivimos están presentes una serie de factores que “castigan” las **relaciones de poder-sumisión**, pero también existen factores que refuerzan esas mismas relaciones; esas variables son las que favorecen que tanto los comportamientos violentos del agresor como los comportamientos de sumisión de la víctima se mantengan a lo largo del tiempo.

Los comportamientos violentos ejecutados por los agresores sobre sus víctimas son una manifestación de la relación de poder que éstos ejercen sobre ellas; pero debemos tener en cuenta que una persona puede ejercer su poder sobre otra de muchas formas (topografías) diferentes. Puede prohibirle hacer algo, puede criticar todas sus actuaciones, puede gritarle.

Entre los factores que probabilizan los comportamientos violentos podemos enumerar los siguientes:

a) Valores sociales: La violencia se autoriza y se fomenta como método de reafirmación y resolución de conflictos, en contra de la palabra y la negociación. En el caso de los hombres, esta “función” de la agresividad queda más “justificada” si cabe. La cultura dominante acepta varios mitos que se convierten en explicaciones recurrentes:

- **Los hombres son autosuficientes y son los que definen las reglas del juego.**
- **Ser hombre significa tener autoridad sobre las mujeres.**
- **Los hombres son seres racionales, no emocionales.**
- **Los hombres tienen derecho a utilizar la violencia como medio para dominar, someter o defenderse.**

Estos mitos están basados en principios de la **cultura patriarcal** que defienden la superioridad de la masculinidad. Pero estos valores sociales no sólo favorecen el rol de dominación en los hombres. Los comportamientos agresivos, en general, son valorados socialmente como **un medio para alcanzar objetivos** y el círculo se cierra cuando se encuentra un individuo que se somete a esas agresiones, sea un hombre, una mujer, un niño o un anciano.

b) Modelos de conducta: Varios estudios coinciden en señalar la importancia que tiene el aprendizaje de la violencia. “La violen-

cia se aprende, sobre todo, observando modelos significativos, es decir, padres, hermanos, personas cercanas e importantes para ellos. El niño aprende a agredir y lo ve como una forma de defender sus derechos o de solucionar conflictos" (Instituto de la Mujer, 1995).

Y es que la violencia es un comportamiento que se puede aprender de forma vicaria por los hijos, transmitiéndose de generación en generación. La falta de modelos adecuados y la percepción de la violencia como un medio "normal", no sancionado y eficaz para alcanzar diversos objetivos hace que el niño entienda la agresión como legítima y aceptable.

c) Sistema legislativo, medios institucionales y apoyos sociales: En las instituciones sociales, la posible atención a los agresores queda fuera de su ámbito de competencias. Se entiende que la víctima es la que necesita ayuda y no el agresor, haciendo del rechazo y el aislamiento social el elemento fundamental para acabar con la violencia.

Si esto es frecuente en la denominada "violencia de género", en la violencia hacia las personas mayores el nivel de impunidad es mayor, el nivel de denuncias mucho menor, y la actuación jurídica, penal o social sobre la víctima o sobre el agresor es prácticamente testimonial.

d) Medios de comunicación: La violencia ya no aparece sólo en el periodismo amarillo, se refleja también en el periodismo de investigación. Ahora es cuando los medios están desempeñando su función de "mediación" en una sociedad pluralista, creando una opinión colectiva y cambiando la imagen social de la violencia y las actitudes públicas frente a este grave problema.

No obstante, si la violencia de género está siendo abordada por los medios de comunicación de manera cada vez menos sensacionalista, la violencia hacia los mayores sólo es noticia en situaciones extremas de abandono público por parte de familiares o de situaciones que provocan alarma social referidas a comportamientos inadecuados o abusivos en centros residenciales.

Podemos afirmar que, cuando la red de apoyo social es reducida, las situaciones de aislamiento y de soledad se hacen presentes y visibles, la posibilidad de padecer abusos y maltrato es mayor. Nada hay más efectivo contra el mal-

trato que evitar que se viva en una situación de insularidad social, es decir, como una isla sin conexiones con su entorno más próximo (Sanmartín, 2000).

Vecinos, amigos y familiares pueden impedir que esto suceda y evitar así que ese **aislamiento** propicie la aparición de maltrato, un aislamiento muchas veces promovido por el propio agresor en potencia, pues, con frecuencia, es él quien rompe los lazos de su familia con el entorno, aleja a los familiares y se lleva mal con los vecinos, creando una atmósfera adecuada para salvaguardar la impunidad de sus acciones.

Muchas veces el **sistema de creencias** que mantiene la familia hace que las actividades de los miembros fuera del entorno familiar se vean muy reducidas, con las consiguientes consecuencias negativas que esto puede tener, para fomentar actitudes de respeto, ayuda, apoyo, a las personas mayores que empiezan a ser vulnerables y dependientes y necesitan la cercanía y apoyo de algún miembro familiar.

Uno de los tipos de maltrato que hemos analizado es la desatención en el ámbito de necesidades básicas. Muchas veces estos hábitos de aseo, comida, sueño, están alterados en estos tipos de familias, y no se les da la importancia que tienen sobre todo en determinados ciclos vitales como la tercera edad.

Entre las circunstancias más proclives a ocasionar negligencia, abuso o maltrato, el estudio del IMSERSO²⁵ distingue las referidas a las características del entorno socioeconómico de la persona mayor, y las sociales y personales de las personas mayores que determinan su vulnerabilidad.

6.2.1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PERSONA MAYOR

Entre las características más frecuentes detectadas por los profesionales que trabajan con personas mayores, ya sea en las residencias o en su domicilio, se señalan las siguientes:

- Situación de fragilidad.
- Padecer alguna enfermedad mental.
- Situación de dependencia.

²⁵ Vejez, negligencia, abuso y maltrato, la perspectiva de los mayores y de los profesionales. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Debilidad de carácter.
- Menor nivel de exigencia o mayor nivel de comprensión en la persona mayor.

A mayor **fragilidad**, mayor es el riesgo de sufrir negligencia, abuso y falta de respeto de sus derechos como persona mayor; y la fragilidad tiene que ver con:

- El nivel de dependencia y falta de autonomía por discapacidad física o mental, o ambas al tiempo.
- El nivel de autoconciencia de los derechos como persona mayor, y el conocimiento y práctica de uso de los instrumentos para defenderlos, incapacidad para informar del caso, desconocimiento de los procedimientos y recursos.
- El tipo de carácter de la persona, su manera de ser y relacionarse.
- El nivel cultural.
- Los recursos económicos personales.
- Las habilidades personales para las relaciones sociales y ante las instituciones.
- La existencia o no de apoyos familiares.
- El cómo estén cubiertas las necesidades afectivas.

La fragilidad está asociada a la vulnerabilidad para ser sujetos de conductas profesionales no deseables; a mayor vulnerabilidad, mayor riesgo de sufrirlas.

El mayor nivel de riesgo se da en las personas mayores con **problemas o enfermedades psíquicas** o mentales. Estas personas son más vulnerables y susceptibles de sufrir situaciones de negligencia, abuso y maltrato; esta vulnerabilidad es aún más acentuada si la persona mayor no cuenta con familiares o allegados que velen por su bienestar.

Tener mermadas las capacidades para la autonomía y movilidad es otro factor de riesgo importante.

Entre las personas que se valen por sí mismas (con facultades físicas y psíquicas que les permiten autonomía a todos los niveles), y en ocasiones también

entre las dependientes por problemas físicos, la fragilidad tiene que ver con el carácter personal más dócil y conformista, con la falta o escasez de recursos económicos, con la existencia o no de apoyos familiares, con el desconocimiento de los propios derechos y/o la falta de práctica para defenderlos, y con la escasez de recursos personales/de habilidades para las relaciones sociales e interpersonales.

6.2.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ENTORNO DE LA PERSONA MAYOR

Se entiende por factores de riesgo asociados a la persona mayor todos aquellos aspectos referidos al tipo de situaciones/lugares donde se recibe la atención de los profesionales: institucionalización (residencias y hospitales) o atención domiciliaria y en centros de día y de la propia familia.

Además de las características personales y socioculturales de la persona mayor, la situación en la que vive es otro factor que determina que se produzcan circunstancias más proclives a la negligencia, el abuso y el maltrato. Es diferente el medio y la relación con los profesionales si la persona mayor vive en su casa, sola o con otros familiares, y recibe ayuda a domicilio, en una residencia o está ingresada en un centro sanitario. Cada ámbito genera particularidades propias.

Vivir en un entorno conocido, donde las relaciones con las personas del entorno son directas, frecuentes, conocidas; estar bien integrado en ese entorno, participar en los acontecimientos sociales y culturales, es distinto a vivir en un contexto nuevo y diferente, sin redes sociales, desubicado y aislado, aunque se esté rodeado de mucha gente. Personas que han vivido siempre en el pueblo o en el mismo barrio no tienen las mismas dificultades que las personas que por razón de la edad, de estar mejor atendidos, más cerca de los servicios o de las redes familiares, cambian en los últimos años de su vida la residencia habitual, corren mayor riesgo de sentirse vulnerables y frágiles y por lo tanto padecer otras dependencias afectivas, que a veces se suman a las dependencias o falta de autonomía para las actividades de la vida diaria.

Cambiar de domicilio de manera rotatoria para estar cerca de la familia o a su cargo, al margen del riesgo de no sentirse bien tratado, supone también un nuevo modo de maltrato sobre el que poco se hace para tratar de paliar sus efectos. Ni siquiera está tipificado como maltrato; se supone que es un efecto

colateral, quizás no deseado, pero a veces inevitable, de las condiciones negativas que puede conllevar el envejecimiento y la pérdida de autonomía o la necesidad de encontrar apoyos significantes.

Dentro de estos entornos o factores externos que suponen una situación de riesgo no sólo hay que mencionar las diferencias entre el contexto rural o urbano, la adaptación y familiaridad con ese entorno, el nivel de inclusión o inserción en ellos, sino también la inclusión en un contexto institucional con carácter permanente. El proceso de adaptación puede suponer un riesgo para la calidad de vida de la persona mayor, que puede sentir y experimentar situaciones de maltrato tanto por parte de los profesionales como de los propios familiares que no han evitado esta situación.

Dejando estas situaciones, sobre las que es difícil analizar en qué pueden contribuir a generar situaciones de maltrato, podemos mencionar los riesgos en el acceso a recursos especializados.

- El acceso a los recursos especializados.

En una primera aproximación, y como un aspecto general de la falta de respeto a los derechos de las personas mayores, se considera que la escasez de recursos públicos especializados en la atención de la población mayor, es decir, plazas en residencias públicas, concertadas, en centros de día u hospitales con especialidades en geriatría, atenta contra el derecho a recibir una atención digna de aquellas personas mayores que lo necesitan. La escasez de plazas en residencias genera situaciones de abandono de personas muy vulnerables, a las que se les expone a problemas de todo tipo innecesariamente, y la defensa de sus derechos pasa inexorablemente por su ingreso en una institución.

- Las situaciones de institucionalización: residencias de la tercera edad, públicas y privadas, e instituciones sanitarias.

La actitud y trato dispensado por trabajadores, profesionales, cuidadores de personas mayores en el ámbito institucional contribuye, en ocasiones, a provocar situaciones de falta de respeto e incluso de abuso; comportamientos que podrían ser tipificados como negligencias, abandonos o malos tratos.

6.2.3. FACTORES DE RIESGO EN LA NEGLIGENCIA, ABUSO Y MALTRATO, SEGÚN CATEGORÍAS PROFESIONALES²⁶

El conjunto de causas descritas en los apartados anteriores constituye posibles vías que facilitan el riesgo de actuar con negligencia o abuso, en general, en el conjunto de profesionales, independientemente de la categoría y del tipo de trabajo y el ámbito donde desarrollen la atención a los mayores. No obstante, unos factores tienen mayor o menor incidencia en unos u otros tipos de profesionales, de manera que podemos establecer algunas diferencias.

FACTORES DE RIESGO Y PROFESIONALES	
FACTORES ATRIBUIBLES AL PROPIO PROFESIONAL	Deficiente formación básica y/o especialización rápida e incompleta en gerontología; dedicación profesional al mundo del mayor por razones fortuitas, sin una preparación previa.
FACTORES ATRIBUIBLES AL EJERCICIO PROFESIONAL	El corporativismo como elemento que impide la denuncia de situaciones de negligencia, abandono o maltrato; poca especificidad del contenido de su trabajo en el entorno concreto de las residencias y centros de día; dureza del trabajo, que en su caso es tanto física como psíquica y afectiva; falta de reconocimiento profesional de su trabajo; desprestigio social; bajos sueldos; desmotivación y cansancio profesional.
FACTORES ATRIBUIBLES A LAS INSTITUCIONES	Insuficiente reconocimiento de la geriatría como especialidad médica (MIR); falta de plantas geriátricas en hospitales; escasez de profesionales en el conjunto del sistema sanitario. Gerencias poco profesionalizadas que desvirtúan las funciones del profesional; y la escasez de profesionales en el conjunto del sistema de atención social.

²⁶ Vejez, negligencia, abuso y maltrato, la perspectiva de los mayores y de los profesionales. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 192-194.

²⁷ Vejez, negligencia, abuso y maltrato, la perspectiva de los mayores y de los profesionales. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, sinopsis elaborada a partir de los datos de las pp. 195 y ss.

6.2.3.1. CORRELACIÓN ENTRE GRUPO DE RIESGO, TIPOLOGÍA PROFESIONAL Y MALTRATO, ABUSO O NEGLIGENCIA²⁷

GRUPO DE RIESGO I: Cualquier persona mayor en el ámbito sanitario, especialmente en el hospitalario	GRUPO DE RIESGO II: Las personas mayores que sufren procesos de deterioro cognitivo y residen en residencias públicas o privadas	GRUPO DE RIESGO III: Las personas mayores en situación de dependencia física, en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas	GRUPO DE RIESGO IV: Cualquier persona mayor que reciba servicios sociosanitarios y que se caracterice por tener una personalidad/carácter frágil (dócil, conformista), en el domicilio propio y en residencias públicas o privadas
Negligencias por médicos: Omisión de valoraciones globales sobre su estado general, más allá de las estrictamente relacionadas con la enfermedad origen de su ingreso hospitalario. No prestar la suficiente atención médica.	Negligencias por médicos: No prestar la atención médica suficiente.	Negligencia de médicos: No controlar la prescripción de medicamentos. No prestar suficiente atención médica. No valorar globalmente su salud.	Negligencia de médicos: No controlar la prescripción de medicamentos. No prestar suficiente atención médica. No valorar globalmente su salud.
	Negligencias de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales: No prestar la atención adecuada para retrasar el deterioro en su estado psíquico. Dejadez en la aplicación de tratamientos que potencien adecuadamente la autonomía personal. No hacer el caso suficiente, teniendo en cuenta su estado psíquico, a quienes todavía no sufren un deterioro profundo. Derivar la atención hacia las familias más que a las propias personas mayores (trabajadores sociales).	Negligencias de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales: Dejadez profesional cuando se observan conductas negligentes de otros profesionales, por ejemplo la excesiva utilización de medios de contención/inmovilización. Incumplimiento de tratamientos, falta de dedicación adecuada para potenciar la mayor autonomía posible y retrasar lo más posible la dependencia total. No atender suficientemente su estado global, sus sentimientos de soledad o desvalimiento psíquico.	Negligencia de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales: Incumplimiento de tratamientos, falta de dedicación adecuada para potenciar la mayor autonomía posible y retrasar lo más posible los procesos de dependencia. No atender suficientemente el estado global, sus sentimientos de soledad o desvalimiento psíquico.
Negligencias por profesionales de enfermería y por auxiliares de clínica: Utilización indebida de medios de contención/inmovilización. Utilización innecesaria de pañales. No hacer los necesarios cambios posturales. No cambiar los pañales con la frecuencia necesaria. No vigilar la ingesta de alimentación adecuada. No hacer las curas con la periodicidad necesaria. No prestar la suficiente atención al estado general físico y psicológico.	Negligencias por personal de enfermería, auxiliares de clínica y cuidadores: Utilización indebida de medios de contención/inmovilización. Utilización innecesaria de pañales. No cambiar los pañales con la frecuencia necesaria. No vigilar y controlar la ingesta de alimentación adecuada. No vigilar la ingesta de medicación prescrita. No prestar la atención adecuada para retrasar el deterioro en su estado psíquico.	Negligencias de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria: Utilización indebida de medios de contención/inmovilización. Utilización innecesaria de pañales. No hacer los necesarios cambios posturales. No cambiar pañales con la frecuencia necesaria. No vigilar y controlar la ingesta de alimentación adecuada. No vigilar la ingesta de medicación prescrita. No hacer las curas con la periodicidad necesaria. No tener en cuenta en el trato la situación global de la persona mayor, incluyendo su estado psíquico, sus sentimientos.	Negligencia de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria: No vigilar y fomentar la higiene y la movilidad. Utilización innecesaria de pañales. No vigilar y controlar la ingesta de alimentación adecuada. No vigilar la ingesta de la medicación prescrita. No fomentar suficientemente su autonomía por comodidad. No hacer caso a su estado anímico.

GRUPO DE RIESGO I	GRUPO DE RIESGO II	GRUPO DE RIESGO III	GRUPO DE RIESGO IV
<p>Abuso por médicos: Infantilización del trato. Falta de respeto a su intimidad. Negación de tratamientos caros/sofisticados. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>	<p>Abuso de médicos: Tendencia a derivar al hospital de manera reiterada y no siempre necesaria. Prescripción de medicamentos sin ver a la persona mayor. Prescripción reiterada y no siempre justificada de tranquilizantes. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>	<p>Abuso de médicos: Infantilización del trato. Falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder. Falta de respeto a su intimidad. Tendencia a la derivación al hospital de manera reiterada y no siempre necesaria. Prescripción de medicamentos sin ver a la persona mayor. Prescripción reiterada y no siempre justificada de tranquilizantes. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>	<p>Abuso de médicos: Infantilización del trato. Falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder. Falta de respeto a la intimidad. Tendencia a la derivación al hospital de manera reiterada, y no siempre necesaria. La prescripción reiterada y no siempre justificada de tranquilizantes. La prescripción de medicamentos sin ver a la persona mayor. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>
	<p>Abuso de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales: No potenciar el respeto correcto a sus derechos, cuando entran en contradicción con las normas de funcionamiento de las instituciones que les acogen. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>	<p>Abuso de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales: Infantilización del trato. Falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder. No potenciar el respeto correcto a sus derechos, cuando entran en contradicción con las normas de funcionamiento de las instituciones que les acogen. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>	<p>Abuso de trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales: Infantilización del trato. Falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder. No potenciar el respeto correcto a sus derechos, cuando entran en contradicción con las normas de funcionamiento de las instituciones que les acogen. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>
<p>Abuso de los profesionales de enfermería y auxiliares de clínica: Infantilización del trato. Falta de respeto a la intimidad. Exigir de las personas mayores unas actuaciones que van más allá de lo que pueden hacer por sí mismos. Incumplimiento de las normas de atención y control. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>	<p>Abuso de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica y cuidadores: Falta de respeto a la intimidad. Incumplimiento intencionado de las normas de atención y control. Dejadez intencionada en el desarrollo del trabajo. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>	<p>Abuso de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores y auxiliares de atención domiciliaria: Infantilización del trato. Falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder. Falta de respeto a su intimidad. Abusar de las capacidades de las personas mayores para facilitar su trabajo. Incumplimiento de horarios laborales (auxiliares de atención domiciliaria). Incumplimiento intencionado de las normas de atención y control. Dejadez en el desarrollo del trabajo. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>	<p>Abuso de profesionales de enfermería y auxiliares de clínica, cuidadores, y auxiliares de atención domiciliaria: Infantilización del trato. Falta de respeto a sus opiniones/abuso de poder/abuso de su carácter. Falta de respeto a su intimidad. Abuso de sus capacidades por propia comodidad. Incumplimiento de horarios laborales (auxiliares de atención domiciliaria). Incumplimiento de las normas de atención y control. Dejadez intencionada en el desarrollo del trabajo. No comunicar/ocultar el abuso que se detecta en compañeros o en otras categorías profesionales.</p>

6.3. HACIA UNA DEFINICIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES

Dada la gran diversidad de definiciones que existen sobre maltrato, abuso o negligencia hacia las personas mayores, reflejamos a continuación una serie de visiones o percepciones que sobre estos temas están recogidas en la diversa bibliografía existente. En primer lugar presentaremos las distintas definiciones de organismos internacionales, haciendo una incursión por la perspectiva dominante en la bibliografía anglosajona; y finalizaremos con algunas de las aportaciones al tema realizadas recientemente en España.

6.3.1. MALTRATO, ABUSO Y NEGLIGENCIA

a) Definiciones sobre maltrato

- La II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento define el maltrato a personas mayores como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”²⁸. Ésta es la definición sobre maltrato conocida como la Declaración de Toronto.
- Para el Consejo de Europa el maltrato consiste en “acciones u omisiones, realizadas intencionada o negligentemente, que hacen referencias a daños físicos, psíquicos, o económicos en las personas mayores”²⁹.
- Según la OMS³⁰, “en general, se conviene en que el maltrato de las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión (en ese caso, por lo común se denomina ‘descuido’), y que puede ser intencional o no. Además puede ser de carácter físico o psíquico (este último incluye las agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros prejuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus

²⁸ Toronto, 2002, Observatorio de las personas mayores, 2005 IMSERSO, Malos tratos a personas mayores: guía de actuación.

²⁹ Tomado de Rubio Herrera y Muñoz Tortosa, (2000): “Los malos tratos en personas mayores. Un reto a superaren el tercer milenio”, Rev. Geriátrica.

³⁰ OMS, Informe mundial sobre la violencia y salud, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

derechos humanos y deterioro de su calidad de vida. La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá, probablemente, de la frecuencia con que se produzca, su duración, gravedad y consecuencias, y, sobre todo, del contexto cultural”.

- Según la definición de la organización Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores, “el maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de hacer determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor.”
- La Asociación Médica de Estados Unidos entiende por maltrato todo acto u omisión que da lugar a daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de una persona mayor. “Todo acto u omisión cometido contra una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar, la seguridad económica, la integridad física-psíquica, su libertad o que comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad”.
- La I Conferencia de Consenso sobre el anciano maltratado celebrada en España en 1995, y conocida como la Declaración de Almería, define el maltrato como “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el respeto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente³¹”.
- Desde una perspectiva jurídica, Martínez Maroto³² define como maltrato “aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tiene como víctima a la persona mayor, y que se ejercen comúnmente de forma reiterada y basadas en el hecho relacional, bien sea éste familiar o de otro tipo”.

³¹ Tomado de M. C. Fernández Alonso y S. Herrero Velásquez, (2006): “Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria”.

³² Martínez Maroto, A. (2005): “El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española”. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, n.º 40, 2005, <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-maltrato-01.pdf>

- La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología diferencia entre **Maltrato**, entendido como una acción intencionada cuyo fin es provocar daño, y la **Negligencia**, entendida como omisiones de funciones establecidas, intencionada o no.
- El Informe especial del Justicia de Aragón (2004) define como maltrato "cualquier acto único o repetido, o falta de acción apropiada que ocurra en cualquier relación supuestamente de confianza, que cause daño o angustia a una persona de edad"³³.
- Muñoz Tortosa³⁴ recoge otras definiciones sobre el maltrato, entre las que destacamos:
 - **O'MALLEY** (1983): "Intervenciones activas ejercidas por los cuidadores y que provocan daño físico, psicológico o económico al anciano".
 - **PODNIESKS** (1985): "Cualquier acto o conducta de la familia o del cuidador principal que provoca daño físico o mental o negligencia a las personas ancianas".
 - **JOHNSON** (1986): "Todo sufrimiento inútil que soporta la persona mayor y que afecta a su calidad de vida".
 - **JOHNSON** (1991): "La imposición, a uno mismo o a otros, de un sufrimiento innecesario para el mantenimiento de la calidad de vida de las personas mayores, por medio del maltrato y la negligencia al sentirse desbordado por sus obligaciones".

b) Definiciones sobre abuso:

- **Shell** (1982): "Cualquier acto en el que por comisión u omisión se ocasiona daño al anciano".
- **Valentino y Cash** (1986): se refieren al abuso, como el comportamiento del cuidador hacia la persona mayor de la que se ocupa. La conducta

³³ Informe especial del Justicia de Aragón, "Calidad de vida de las personas mayores. Un supuesto especial: el maltrato", Zaragoza, 2004.

³⁴ J. Muñoz Tortosa, Personas mayores y malos tratos, Ediciones Pirámide, Madrid, 2004, pp. 17 y ss.

puede revelar un acto de comisión (abuso) u omisión (negligencia) que afecta al área física o mental del anciano. Se da comportamiento abusivo cuando se observa:

- Daño físico o psicológico demostrable o síntomas precursores del maltrato.
 - Vinculación causal entre el comportamiento del cuidador y los daños producidos al anciano.
 - Prescripción facultativa de que el maltrato es lo suficientemente severo para hacer necesaria una intervención.
- **La Asociación Médica Americana (AMA)** entiende por abuso “todo acto u omisión que provoca en el anciano daño o temor hacia su salud o bienestar”. Y distinguen:
- **Abuso Físico:** uso de la fuerza física. Agresiones con daño en la integridad corporal, con intención de provocar dolor, lesión corporal o ambas.
 - **Abuso sexual:** realización de actos sexuales, sin consentimiento de la persona, empleando la fuerza, amenaza o aprovechándose del deterioro cognitivo del mayor. En algunas clasificaciones lo consideran abuso físico.
 - **Abuso psicológico:** cuando se inflige angustia, dolor emocional o estrés, a través de insultos y agresiones verbales, amenazas, intimidaciones, humillaciones, la infantilización, silencios ofensivos, amenazas de abandono o institucionalización.
 - **Abuso social o violación de derechos:** son aquellas acciones que suponen el confinamiento o cualquier otra interferencia en la libertad personal del mayor. Por ejemplo, negación en la toma de decisiones; aislamiento social de amigos, nietos, etc.; impedir el acceso a medios de comunicación, etc. Algunas clasificaciones los consideran abusos psicológicos.
 - **Abuso económico, patrimonial o fiduciario:** mal uso o explotación del dinero, posesiones o bloqueo del acceso a dichos bienes.

c) Definiciones sobre negligencia, autonegligencia y abandono

Para la **Asociación Médica Americana** (AMA), “negligencia es el incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones propias del cuidador para proporcionar los alimentos o servicios necesarios, para evitar daño físico, angustia o daño mental. En este apartado se incluye la administración incorrecta de medicamentos y la falta de cuidados médicos”.

- **Abandono:** se produce cuando cualquier persona que cuida y custodia a un anciano lo desampara de manera voluntaria.
- **Auto-negligencia:** es el propio comportamiento de la persona mayor el que amenaza su propia salud o seguridad. Se manifiesta por negarse a proveerse de una adecuada alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación.

Básicamente, todas las definiciones que hemos presentado coinciden en lo fundamental. De manera esquemática podemos resumir los principales aspectos:

- **El maltrato es un comportamiento del que se pueden derivar consecuencias penales (dependiendo de los efectos, intencionalidad y frecuencia con que se produzcan) y morales, ya que se trata de una conducta que lesiona los fundamentos éticos de las relaciones humanas, basadas en la confianza, ayuda mutua y el socorro.**
- **El maltrato es una conducta activa de la que se deriva un daño físico o moral, independiente de la intencionalidad que persiga el agresor.**
- **El maltrato se puede producir en cualquiera de las circunstancias vitales y situacionales en que se encuentre la persona mayor: en el entorno cercano y próximo del domicilio, en el medio institucional o en el contexto social más amplio.**
- **El maltrato produce un dolor innecesario en la persona mayor, ya sea éste de tipo físico, moral o emocional.**
- **El maltrato es un atentado y vulneración de los derechos y de la dignidad de la persona, que se produce como consecuencia del abuso de poder hacia una persona al entender que se encuentra en una situación de desventaja e inferioridad como consecuencia de sus limitaciones, ya sea por razón de edad, de género o de pérdida de capacidades.**

- La negligencia es una conducta que se caracteriza por dejar de hacer aquellas cosas que se deberían hacer para garantizar la mejor calidad de vida de la persona mayor atendida.
- Constituyen actos negligentes hacia las personas mayores el dejar de hacer cosas necesarias para mejorar el bienestar de la persona mayor, por desconocimiento, o el negarse a realizar una actuación conveniente o necesaria, argumentando que, dada la edad de la persona mayor, no procede (sobre todo en el ámbito médico o en instituciones geriátricas).

d) Propuesta de una definición operativa sobre el maltrato a personas mayores

Básicamente, todas las definiciones que hemos presentado sobre el maltrato a personas mayores coinciden en lo fundamental. No obstante, debemos también señalar que, aunque en la terminología castellana se empleen diversos nombres para referirse a las situaciones de los malos tratos, tales como maltrato, abuso, negligencia..., en la terminología anglosajona el término "abuse" habitualmente se traduce como maltrato. No cabe duda de que las palabras, a veces, más que definir realidades, pueden también ocultar determinados comportamientos. Con ello no queremos negar la riqueza de matizaciones que nos plantea el idioma castellano, siempre que con esas matizaciones no se pierda la perspectiva del fenómeno que estamos analizando y de la importancia del mismo.

En esta línea argumental, refiriéndonos al fenómeno de los malos tratos a personas mayores, queremos dejar constancia de los principales aspectos que encierra el maltrato y avanzar en una definición integradora, que ayude a comprender los elementos que encierran las situaciones de maltrato:

- **El maltrato es un comportamiento del que se pueden derivar consecuencias penales (dependiendo de los efectos, intencionalidad y frecuencia con que se produzcan) y morales, ya que se trata de una conducta que lesiona los fundamentos éticos de las relaciones humanas, basadas en la confianza, ayuda mutua y el socorro.**
- **El maltrato es una conducta activa de la que se deriva un daño físico o moral, independiente de la intencionalidad que persiga el agresor.**
- **El maltrato se puede producir en cualquiera de las circunstancias vitales y situacionales en que se encuentre la persona mayor: en el entorno**

cercano y próximo del domicilio, en el medio institucional o en el contexto social más amplio.

- El maltrato produce un dolor innecesario en la persona mayor, ya sea éste de tipo físico, moral o emocional.
- El maltrato es un atentado y vulneración de los derechos y de la dignidad de la persona, que se produce como consecuencia del abuso de poder hacia una persona al entender que se encuentra en una situación de desventaja e inferioridad como consecuencia de sus limitaciones, ya sea por razón de edad, de género o de pérdida de capacidades.
- La negligencia es una conducta que se caracteriza por dejar de hacer aquellas cosas que se deberían hacer para garantizar la mejor calidad de vida de la persona mayor atendida.
- Constituye actos negligentes hacia las personas mayores el dejar de hacer cosas necesarias para mejorar el bienestar de la persona mayor, por desconocimiento o el negarse a realizar una actuación conveniente o necesaria, argumentando que, dada la edad de la persona mayor, no procede (sobre todo en el ámbito médico o en instituciones geriátricas).

Derivado de todas estas consideraciones, y teniendo en cuenta las definiciones que se han adoptado en los diferentes foros, podemos aventurarnos a definir el maltrato a personas mayores del siguiente modo:

- **Definimos el maltrato como un acto u omisión, que causa daño, vulnera o pone en peligro la integridad física, psíquica o económica, atenta contra la dignidad, autonomía y respeto de los derechos fundamentales del individuo, realizados de forma intencionada o por negligencia, sobre una persona mayor, y que se producen en el marco de una relación en la que el agresor se considera en situación de ventaja o superioridad sobre la persona agredida, ya sea por razón de género, edad, vulnerabilidad o dependencia.**

6.3.2. ABUSO Y MALTRATO A PERSONAS MAYORES. PERSPECTIVA ANGLOSAJONA

En este documento se van a recoger distintas perspectivas que desde los Estados Unidos (USA) y Gran Bretaña (UK) se tienen del abuso y maltrato a personas mayores. A pesar de que en castellano pueden existir diferentes connotaciones entre abuso (abuse) y maltrato (mistreatment), en la literatura anglosajona no existen grandes diferencias, acuñando para definir el objeto de estudio la expresión "Elder Abuse".

El Centro Nacional sobre abuso a personas mayores (NCEA), en 2005, intentando consensuar la distinta terminología existente, utiliza "**Elder Abuse**" como un "término referido a cualquier situación intencionada o por negligencia, cometida por un cuidador o por cualquier otra persona que tiene como consecuencia el daño o un serio riesgo de daño a una persona adulta vulnerable", una definición bastante cercana al concepto británico de Abuso a mayores que pasamos a describir.

Desde la perspectiva de Gran Bretaña, el maltrato a las personas mayores está directamente relacionado con la violación de derechos humanos y/o civiles, sin ser la edad el elemento diferenciador, sino simplemente una variable que acentúa las posibilidades de que el maltrato se produzca.

Así, la definición que en 1984 da Mervyn Eastman, y que se retoma en 1993 en el libro "No más tiempo con miedo/no longer afraid", define maltrato como "la violación sistemática de los derechos humanos y civiles por una persona o grupo de personas en situación de poder o superioridad hacia otra que está a su cargo o que sufre un proceso de dependencia".

Esta definición es la que marca la línea seguida por las distintas investigaciones que posteriormente surgen en Gran Bretaña, definiendo el abuso como algo que ocurre a alguien vulnerable. Se acuña el término de "**adulto vulnerable**" refiriéndose a "aquella persona mayor de 18 años que necesita o puede necesitar cuidados y/o atención debido a problemas mentales, de discapacidad, de edad o de enfermedad y que no es capaz de cuidar de sí mismo, así como de protegerse frente al daño o la explotación" (definición del departamento de Salud de UK³⁵).

³⁵ No secrets: Guidance on developing and implementing multagency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse. Home Office, Department of Health. London, 2000.

Según esta concepción, el abuso hacia mayores (elder abuse) no existe como concepto; las personas no son maltratadas debido a que son mayores, sino porque son incapaces de protegerse por ellas mismas. De hecho, tal y como defiende el Comité de Salud de la Cámara de los Comunes en su informe "Elder Abuse", este término ha sido importado desde USA, recomendando a sus agencias el concepto de Adulto Vulnerable.

Por lo tanto la definición de abuso al adulto vulnerable se entiende como "la violación de derechos civiles o humanos de un individuo por parte de otro u otros. Este abuso consistiría en un acto individual o reiterado, podría ser físico, verbal o psicológico, y podría ser un acto intencionado, negligente o por omisión, o podría ocurrir cuando un adulto vulnerable es persuadido para establecer una transacción financiera o sexual que no ha consentido o no ha podido consentir. El abuso puede ocurrir en cualquier tipo de relación y su resultado significaría un daño o una expoliación hacia la persona que lo sufre".³⁶

Esta línea es seguida mayoritariamente en el Reino Unido a pesar de la existencia de detractores (Hugman, 1995), que defienden que es incompleta al dejar al margen ciertas situaciones de abuso, centrándose solamente en un segmento del abuso, aquel para el cual es necesario que exista una persona dependiente, un cuidador (formal o informal) y una relación entre ellos. Dejaría al margen todas las situaciones relacionadas con el comportamiento tanto del cuidador como del mayor (por ejemplo, demencias agresivas), así como las historias de vida (por ejemplo, violencia doméstica de larga duración, previa al envejecimiento de los mayores o a su proceso de dependencia).

³⁶ Elder Abuse. Second Report of Session 2003/04. Volume I Health Committee. House of Commnes. London, 2004.

6.3.3. EL MALTRATO Y ABUSO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS MAYORES Y DE LOS PROFESIONALES

Dada la gran diversidad de definiciones sobre el maltrato, abuso o negligencia hacia las personas mayores que existen, presentamos a continuación una serie de visiones o percepciones que sobre estos temas están recogidos en el estudio de investigación realizado por el IMSERSO, publicado en el año 2005, "Vejez, negligencia, abuso y maltrato, la perspectiva de los mayores y de los profesionales".

La novedad de este estudio es que plantea una definición sobre estos conceptos de un modo operativo, analizando aquellas situaciones que tanto las personas mayores como los profesionales identifican como maltrato, abuso o negligencia. La ventaja de este tipo de definiciones es que nos plantean los diversos escenarios, las situaciones reales en las que este tipo de comportamientos se producen, tanto desde la perspectiva de los propios mayores como de los profesionales que trabajan con ellas.

Sintetizamos a continuación los aspectos más importantes, primero desde la perspectiva de las personas mayores y posteriormente desde la óptica profesional.

6.3.3.1. VISIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES SOBRE EL MALTRATO

Llama la atención, como primer aspecto, el hecho de que las personas mayores prefieren hablar de "maltrato" y no de malos tratos, ya que para ellos las situaciones de malos tratos son menos frecuentes y se reducen fundamentalmente a comportamientos de carácter delictivo. En su concepción, el término "**maltrato**" sólo alude a situaciones de extrema vulneración de los derechos del individuo, y con frecuencia en términos de agresión física o sumo abandono, que atenta contra la integridad de una persona mayor totalmente dependiente, esto es, demenciada o inmovilizada. De forma tópica, se refiere a los escándalos en prensa sobre condiciones infrahumanas en residencias, o vídeos de cuidadores que agreden físicamente a los ancianos demenciados a su cargo³⁷.

³⁷ Vejez, negligencia, abuso y maltrato, la perspectiva de los mayores y de los profesionales. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, p. 57.

Frente a este tipo de situaciones, ciertamente abusivas pero más infrecuentes, las personas mayores detectan una serie de comportamientos que inciden en la mala relación, en el abuso o en una forma de trato indebido. En esta perspectiva, distinguen dos escenarios diferentes: el ámbito privado o familiar y el nivel institucional.

Referido al nivel familiar, las propias personas mayores que han cooperado en la investigación mencionan las siguientes situaciones y comportamientos como conductas frecuentes³⁸:

- **Explotación de la capacidad de trabajo del mayor en el ámbito del hogar**, hasta que por sus limitaciones físicas deja de ser útil a la unidad familiar y pasa a posición marginal.
- **Destitución familiar**, refiriéndose a aquellas situaciones en las que la relación se deteriora hasta niveles en los que el único trato que se recibe es el silencio o la franca hostilidad por las molestias que ocasiona su presencia en el medio familiar.
- **Desarraigo**, ya sea en forma de rotación por los domicilios de los hijos (aunque se reconozca que a veces se ha optado personalmente por la misma solución respecto a los propios padres) o de ingreso forzoso en una institución, que desemboca inevitablemente en una amargura profunda y un rápido deterioro físico y mental.
- **Explotación económica de los afectos**, utilizando las necesidades afectivas del mayor para apropiarse de sus bienes, ya sea su pensión o sus propiedades, repudiándolo o descuidándolo una vez logrado el objetivo.
- **Abandono**, los familiares directos se desentienden de las condiciones de vida del anciano, bien por indiferencia o relaciones abiertamente conflictivas, o por residir en poblaciones distintas. El mayor se enfrenta no sólo a la soledad, sino a las tareas cotidianas que se vuelven situaciones de alto riesgo en las que es abandonado a su suerte.
- Hay aún otro tipo de situación que catalogan como “mal trato” pero que, en este caso, se contempla como fuente de sufrimiento tanto para el que lo recibe como para el que, según los mayores, muchas veces in-

³⁸ O. C., pp. 93-100.

voluntariamente, lo inflige: la falta de capacitación de los cuidadores informales. Alude a la situación en la que el **cuidado de una persona mayor dependiente es inadecuado por una manipulación física incorrecta o por falta de habilidades relacionales y psicológicas del cuidador.**

- Esta situación parecería fundamentalmente en el caso de ancianos con limitaciones en la autonomía física y psíquica. También expresan cierto temor a que se produzcan situaciones de abuso por parte de cuidadores remunerados que, en ocasiones, pueden explotar económicamente o descuidar al anciano a su cargo.

Por lo que se refiere al “maltrato” en el ámbito público o de las instituciones, hay tres cuestiones básicas:

- **El déficit de dispositivos sanitarios específicos accesibles.** La falta de especialistas geriatras en la atención primaria, especialmente sentida en los entornos urbanos y reiteradamente comparada con la función de los pediatras respecto a los niños.
- La existencia de algunos profesionales médicos que tienden a achacar a la edad cualquier padecimiento, tratando de transmitirles cierta **resignación** ante achaques que ellos consideran solucionables y que merman su calidad de vida.
- **Las “instituciones totales”.** Consideran que las formas organizativas que perciben como más frecuentes en las residencias de mayores están más orientadas a la despersonalización de los internos y el mantenimiento de cierta rigidez normativa que a procurar suavizar la sensación de desarraigo y enajenación que supone el tránsito desde la comunidad a este tipo de establecimientos. En el imaginario de los mayores, las residencias privadas parecen reunir la mayor parte de estas características negativas, convirtiéndose en el paradigma de institución alienante, frente a las garantías que atribuyen a las públicas.
- Los mayores consideran que, mientras el maltrato es inconcebible en un entorno convencional, el “maltrato” es una situación más habitual de lo que se cree, pero cuyo carácter sutil e insidioso lo hace poco visible para quien no lo padece y difícil de comunicar para el que lo sufre.

6.3.3.2. LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES

Frente a esta visión interesante de las personas mayores, los profesionales también aportan su propia visión y análisis sobre el particular, definiendo de forma operacional los diferentes niveles y situaciones de maltrato, abuso o negligencia. Por su interés resumimos aquí algunas de las cuestiones planteadas por los diferentes grupos que formaron parte de la investigación³⁹.

En una primera aproximación que será más detallada a medida que se vayan analizando situaciones diversas, los profesionales definen del siguiente modo los términos referidos a esta problemática:

- **La negligencia suele asociarse a la ausencia de una acción**, con consecuencias físicas y/o psíquicas para la persona mayor.
- **El abuso se asocia a una acción intencionada, que puede tener o no consecuencias** (un ejemplo podría ser el trato infantilizado, que no tiene consecuencias palpable negativas pero podría hacer que la persona mayor se sienta mal según y cómo se le trate).
- **El maltrato es una acción intencionada y dirigida expresamente a provocar daño físico o psíquico.**

Definen la **negligencia** como la omisión de funciones establecidas mediante un protocolo, es decir, la no realización de alguna de las tareas que debe cumplir el profesional que cuida a la persona mayor o la institución que la acoge, en su compromiso de atención; **la negligencia puede cometerse intencionalmente o no, y, en general, tiene consecuencias negativas en el mayor**, aunque también puede no tenerlas⁴⁰.

Como ejemplo de conductas negligentes más frecuentes citan⁴¹:

- **Omitir una valoración del paciente mayor**, en el ámbito sanitario, para establecer las necesidades de atención adecuadas; por ejemplo valorar si tiene o no un estado confusional (si está solo, desorientado...); ir más allá de lo propiamente dirigido al cuidado y la protección de su salud física.

³⁹ Recogemos aquí alguna de las aportaciones y análisis que se relatan en la investigación, pp. 141 y ss.

⁴⁰ O. C. pp. 145-146.

⁴¹ Pp. 147-148.

- **La utilización indebida de medios de contención/inmovilización.**
- **La utilización innecesaria de pañales.**
- **El no hacer los necesarios cambios posturales.**
- **El no cambiar pañales con la frecuencia necesaria**, para no sólo evitar la aparición de problemas de piel, sino también salvaguardar su dignidad.
- **No vigilar y controlar la ingesta de la alimentación** adecuada.
- **No vigilar la ingesta de medicación prescrita.**
- **No hacer las curas con la periodicidad necesaria.**
- **No controlar la prescripción de medicamentos** por no tener al día las historias clínicas.
- **No prestar la atención médica suficiente al paciente mayor**, por observar en ellos excesivas quejas o visitas al médico o personal sanitario demasiado frecuentes.

En general, se consideran negligencias todas aquellas situaciones relacionadas con la higiene, la movilidad o los cambios posturales que puedan provocar heridas de distinta índole, escaras, irritaciones, o bien atentar contra la dignidad de la persona mayor.

Este tipo de negligencias se detectan en todos los ámbitos de atención –los sanitarios, las residencias y centros de día–, pero se atribuyen muy especialmente al ámbito sanitario, y dentro de éste a los hospitales, en los que hay una consideración unánime de que son los lugares en los que la persona mayor que entra sale con un deterioro importante de su estado general físico, cognitivo, psíquico, aunque salga curado de la enfermedad por la que ingresó⁴².

Los profesionales incluyen dentro de los comportamientos negligentes también los actos de incumplimiento deliberado y continuado del reglamento de funcionamiento de una institución o del contenido del trabajo, tales como:

- Abusar de las capacidades de las personas mayores para facilitar el trabajo de quienes les cuidan.
- Incumplimientos de horarios laborales.

⁴² P. 149.

- Incumplimiento intencionado de las normas de atención y control.
- La dejadez intencionada en el desarrollo del trabajo.

Respecto del abuso, los profesionales lo conceptualizan como una acción intencionada que puede tener o no consecuencias negativas para la persona mayor; el abuso puede o no generar algún tipo de beneficio para el profesional, bien sea material o bien sea de tipo intangible, como por ejemplo trabajar menos, trabajar más relajadamente, etc.

En el trasfondo del discurso emitido por los profesionales se puede detectar que el abuso se relaciona tanto con la falta de respeto a los derechos individuales de la persona como con el incumplimiento de las obligaciones laborales. En los grupos de debate en los que se basa la metodología del estudio que comentamos, se acepta la presencia de lo que denominan “abusos en el trato”, o “abusos de poder”, en la relación institucional y profesional, pero no la de otro tipo de abusos como puedan ser los físicos, sobre la propiedad, etc.⁴³

Según los profesionales, los abusos tienen que ver con:

- Falta de consideración hacia los mayores como personas maduras, capaces y con criterio propio, entrando en esta consideración el trato considerado como **infantilización**.
- **Falta de respeto a sus opiniones** desde el abuso de poder, no tomando en consideración sus opiniones, tanto sobre aspectos cotidianos como sobre temas de mayor calado que puedan afectar a su propia vida.
- **Falta de respeto a la intimidad**, tanto en exploraciones médicas como en situaciones cotidianas que se suelen dar en las residencias (higiene personal, acceso a duchas..).
- **Acciones referidas a la salud** que se realizan por el hecho de ser mayor: derivación al hospital de manera reiterada y no siempre necesaria, para evitar asumir alguna responsabilidad; prescripción de medicamentos tranquilizantes innecesarios, para que el mayor no moleste.
- **Negar explícita o implícitamente un tratamiento** a una persona mayor con el sólo argumento de la edad.
- Prescripción de medicamentos sin ver al mayor.

⁴³ Pp. 150 y ss.

Desde la visión de los profesionales, el **maltrato** se entiende como la acción intencionada cuyo fin es provocar daño físico o psíquico. Los profesionales niegan la existencia de maltrato físico en las instituciones y en las relaciones profesional-persona mayor, aunque se identifican como casos puntuales de maltrato aquellos que aparecen en la prensa en residencias privadas, y que generan un rechazo social generalizado. De manera significativa se asocia el maltrato con el entorno familiar⁴⁴.

6.4. EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES SEGÚN EL ÁMBITO EN EL QUE SE PRODUCE

A lo largo de todo este estudio hemos ido viendo que las situaciones de maltrato hacia las personas mayores, aun no siendo el comportamiento más frecuente en la sociedad, sí empieza a ser más visible y a ser un tema de preocupación social y política. El hecho de vivir en sociedades envejecidas, donde el número de personas mayores va en aumento, las condiciones de vida permiten mayor autonomía durante más tiempo, mayor nivel de independencia como consecuencia de las mejoras en la salud y en los niveles de vida, tiene sin duda efectos diversos, como pueden ser la pérdida de autonomía y la aparición de factores de vulnerabilidad o dependencia que requieren atenciones personales o institucionales.

La sociedad también expresa comportamientos muy contradictorios respecto a las personas mayores; considera un logro y una conquista haber ganado más vida a la vida, pero se enfrenta al hecho de que las personas mayores constituyen una preocupación desde el punto de vista de la salud, la protección social, del gasto en pensiones y servicios.

Los valores sociales también se expresan de manera muy dual; se exalta el futuro, lo joven, el consumo, el trabajo, el esfuerzo, y precisamente no son esas las condiciones y la realidad de muchas personas mayores, sobre todo si empiezan a padecer alguna discapacidad, enfermedad irreversible, o necesitan apoyos para realizar algunas actividades de la vida diaria. Las necesidades de atención, ya sean en el propio domicilio, a cargo de familiares con o sin apoyos institucionales, o ya sea en centros residenciales, provocan unas relaciones específicas que pueden ser entornos ideales para que se produzcan abusos, negligencias, abandonos o incluso maltratos de toda índole.

⁴⁴ P. 162.

Si la sociedad o el entorno cultural no tienen una gran sensibilidad hacia el respeto y atención a las personas mayores, generando una serie de estereotipos o mitos sobre el comportamiento, valores, aspiraciones o realidad de las personas mayores, no es de extrañar que puedan surgir determinados comportamientos abusivos, sobre los que la propia sociedad no alcance a dar la dimensión y el valor que tienen.

A las faltas de respeto que la sociedad puede ir generando con determinadas conductas permisivas y con la pérdida de algunos valores, hay que añadir que los propios familiares, ya sea por problemas personales, económicos, cansancio, estrés, faltas de apoyo, falta de información, etc., puede también contribuir a no dar el trato adecuado a las personas mayores. De la misma forma, los profesionales y personal que atiende a las personas mayores en ámbitos institucionales pueden desarrollar algún comportamiento inadecuado, que entra en algunas de las características de maltrato o abuso que hemos expuesto.

Aunque sea de manera breve recogemos en este epígrafe algunas características sobre los diversos escenarios en los que se producen o pueden producirse los malos tratos a personas mayores.

6.4.1. MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO SOCIAL

Según un estudio de la OMS⁴⁵ (2002), el maltrato estructural y social “es el sustrato que condiciona la aparición del maltrato al mayor: Los drásticos cambios sociales y económicos a escala mundial –como la organización, la transformación de la familia, la incorporación de la mujer al mercado laboral remunerado, combinados con la persistencia, cuando no el empeoramiento de la pobreza y la desigualdad– proporciona un terreno abonado para que surjan los malos tratos a las personas mayores”.

Entrarían dentro del maltrato estructural y social aspectos como:

- **negligencia y abandono de los organismos públicos respecto de las necesidades de las personas mayores,**
- **falta de respeto hacia los mayores y prejuicios sobre el envejecimiento,**
- **actitudes de desprecio (aspecto psicológico),**

⁴⁵ WHO/INPEA. Missing Voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization, 2002, citado en Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2003, 38 (2), pp. 177-185, por Moya, A., et al.: Malos Tratos en Personas Mayores: Marco Ético, p. 177.

- **no atender de manera eficiente la estabilidad y seguridad económica de las personas mayores, a través de las políticas de pensiones (maltrato legal y financiero),**
- **insuficientes medidas de prevención primaria o secundaria para evitar el deterioro o la pérdida de capacidades físicas, apoyos a la prevención...**
- **discriminación por edad (por un excesivo etáismo o edadismo).**

También dentro del maltrato ejercido en el ámbito social se incluye el maltrato dado desde los gobiernos e instituciones, entendiéndose por tal la discriminación en las políticas hacia los ancianos, la falta de recursos para cubrir las necesidades asistenciales, así como la seguridad de ingresos económicos y de alojamiento. Se considera que estas acciones dan origen a otros tipos de maltrato y tiene como principales características aspectos como:

- **deshumanizar el trato a los mayores en los hospitales, dispensarios, etc.;**
- **el trato en oficinas de servicios sociales, etc.;**
- **hacerlos objeto de marginación por parte del gobierno o instituciones.**

Como aspectos de **prevención** para evitar estos riesgos y potenciar un cambio positivo que favorezca una sociedad más armonizada que contemple la riqueza de lo intergeneracional, podemos citar:

- **campanas de sensibilización a la opinión pública,**
- **programas de educación hacia el mayor dentro de información sobre el envejecimiento, salud, etc.,**
- **promulgar leyes que mejoren los aspectos de vida, servicios, situaciones económicas... relacionadas con las personas mayores,**
- **aumentar recursos: capacitar a ancianos para que visiten a otros, teleasistencia, grupos de apoyo a las víctimas, programas comunitarios para fomentar la interacción social, construir redes sociales y unidades habitacionales, elaborar con las personas mayores planes de autoayuda.**

Para María Teresa Bazo (1998)⁴⁶ la calidad de vida en la vejez "tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales". Así, en Europa están remuneradas las personas que prestan servicios asistenciales informales.

⁴⁶ T. Bazo (1998): Vejez dependiente, políticas y calidad de vida, p. 145, en Papers n.º 56, pp. 143-161.

Aunque quizás no se puede hablar con propiedad de un maltrato a la persona en el ámbito social, y sí es más exacto decir que existe un nivel de negligencia o abandono respecto a la responsabilidad que la sociedad en general debe tener con sus mayores.

Entre los **indicadores** que dan una idea de este **nivel de abandono**, podemos citar, entre otros:

- **La cultura y los valores predominantes que favorecen el aislamiento social.**
- **La falta de un censo de mayores, a partir del cual podríamos conocer posibles necesidades y realizar prevenciones.**
- **Escasez de recursos sociales (residencias, centros de día, apartamentos, ayuda a domicilio, teleasistencia, asociaciones de mayores...) o uso inadecuado de los disponibles.**
- **Existencia de barreras arquitectónicas en los hogares de los mayores, sociales y culturales; para su eliminación serían necesarios medios adecuados...**
- **Inexistencia de suficiente red de apoyo informal e insuficiente reconocimiento de las redes existentes.**

El desarrollo de determinadas medidas puede paliar alguna de las situaciones anteriores; entre otras estarían:

- **Potenciar la red social natural (vecindario, amistades...) como elementos que favorecen la cohesión social entre todas las edades.**
- **Eliminar barreras arquitectónicas en cuanto al acceso en las ciudades y pueblos.**
- **Promoción de especialidades en el ámbito sanitario como la geriatría, protocolos de atención a la persona mayor para la detección de maltrato, abuso o carencias...**
- **Formación de personal sanitario y trabajadores sociales para la detección de maltrato, abuso o carencias...**
- **Desarrollo de políticas sociosanitarias para el cuidado y atención de las necesidades de las personas mayores desde una perspectiva integral: elaborar una cartera de servicios polivalentes para las personas mayo-**

res que tengan en cuenta tanto las necesidades básicas como las de formación, cultura, ocio, promoción y desarrollo, dependiendo de las capacidades, nivel de autonomía y aspiraciones de las personas mayores.

6.4.2. MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL

Según el Informe Mundial sobre la violencia y la salud, en el último cuarto del siglo XX los ancianos que vivían en instituciones en los países desarrollados suponían un 9% de la población. Hoy se da gran importancia a la atención comunitaria y al uso de ámbitos residenciales menos restrictivos. Los porcentajes actuales en cuanto al uso de hogares de ancianos oscila entre el 4% y el 7% (Canadá 6,8%, EEUU 4%, Israel 4,4%, Sudáfrica 4,5%).

En el caso del **maltrato institucional**, además de los problemas de identificación habituales se añade la dificultad para determinar el nivel de cuidados mínimos 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. O´Malley y otros⁴⁷ definen este tipo de maltrato como “la producción intencionada de dolor físico, angustia psicológica o la denegación, por parte del cuidador de los cuidados necesarios para el mantenimiento de la salud física y mental”. No obstante, al dejar fuera las situaciones de maltrato en las que la persona mayor no es dependiente, Hudson y Johnson⁴⁸ han establecido algunas matizaciones, diferenciando entre la negligencia, entendida como la omisión de algo que debería hacerse, y el abuso, entendido como un acto de comisión.

Según Kayser-Jones (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:

⁴⁷ O´Malley, H. C., Segel, H. D., Pérez, R.: *Elder abuse in Massachusetts: survey of professionals and paraprofessionals*. Boston: Legal Research and Services to the elderly, 1979.

⁴⁸ Hudson, M. F., Johnson, T. F.: Elder neglect and abuse: a review of the literature. En: Eisdorfer C (ed). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 6. New York, Springer, 1986.

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 personalidad del 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.

En el Informe Mundial sobre la violencia y la salud se pone de manifiesto que dentro del ámbito institucional pueden infligir malos tratos a personas mayores el personal asalariado, otros residentes, los visitantes voluntarios o los familiares y amigos.

Por otra parte, los organismos internacionales expresan que el maltrato y descuido en las instituciones es importante y pueden estar relacionados con:

- La prestación de la atención: resistencia a los cambios en la medicina geriátrica, deterioro de la atención individual, alimentación inadecuada, deficiencias en la atención de la enfermería (falta de cuidado en las úlceras).
- Problemas de personal: estrés laboral, trabajo en condiciones deficientes, falta de capacitación, problemas psíquicos.
- Dificultades en las interacciones entre personal y residentes: diferencias culturales, falta de comunicación, agresividad de los residentes.
- Las condiciones externas: falta de privacidad esencial, deterioro de los establecimientos, uso de medios de inmovilización injustificados o por comodidad, falta de estimulación sensorial adecuada y la propensión de los accidentes dentro de la institución.
- Políticas institucionales: se deja poca elección para la vida cotidiana, excesiva burocracia, escasez de personal, manejo del dinero de los pacientes, inexistencia de un consejo de residentes o de familiares.

Desde la esfera institucional podemos hablar de negligencia, abandono e incluso cierto nivel de maltrato sobre la persona mayor. Esta actuación se suele dar con mayor frecuencia en los hospitales, ambulatorios, atención de urgencia, es decir en el cuidado del mayor, que tiene que ver tanto con el aspecto psicológico como el de la salud física. Pero también se puede encontrar en las residencias de mayores o centros de día.

Tipos de maltrato en el ámbito institucional

Las formas más comunes de **abuso físico** están relacionadas 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 indicaciones de las **restricciones físicas** se producen 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 en 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 que deben seguirse, limitación de tiempo, evaluación de las incidencias o complicaciones y revisión.

Las formas más comunes de **abuso psicológico** son 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 protección a residentes contra trabajadores inexperimentados o contra residentes o visitantes abusivos.

Las formas sutiles de **abuso** también se han explorado e incluyen comportamientos tales como **negar a residentes decisiones relativas a la alimentación, levantarse o acostarse, o ejercer presión sobre los residentes para participar en actividades**. Algunos autores también han observado que el tipo de instalaciones que se diseñan o utilizan para las distintas activida-

des que se realizan con personas mayores puede plantear prácticas discriminatorias, ya que favorecen 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.

Igualmente 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 sobre su capacidad de hacer frente a la agresión de los pacientes; 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; algunos trabajadores nunca desarrollan esta inmunidad.

El maltrato dentro de una institución se puede dar por lo tanto de las siguientes formas:

- **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.**

Como indicadores podemos señalar ciertos factores unidos al maltrato y que van asociados al mayor. Pueden sufrir más maltrato las personas:

- **con más edad,**
- **quienes tienen depresiones y/o sufren demencia,**
- **los pacientes terminales,**
- **quienes sufren desnutrición,**
- **quienes tienen incontinencia,**
- **quienes se encuentran deshidratados,**
- **quienes tienen úlceras,**
- **quienes sufren caídas con frecuencia,**
- **quienes son sordos o poseen gran deficiencia auditiva,**
- **quienes tienen falta de apoyo social, viven solos y no tienen hijos,**
- **quienes tienen menos recursos económicos.**

Perfil del maltratador institucional

El perfil del maltratador en el medio institucional es, lógicamente, diferente al del 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 hacerse 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.

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 sín-

drome del **“Burn out”**: “Un síndrome de profesionales, deshumanización y baja realización profesional que se da en personas que trabajan con personas” y que 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.

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.

Para los **profesionales** se presentan posibles actuaciones, como:

- **más formación geriátrica,**
- **profesionalidad con mayor grado de empatía,**
- **motivaciones para este trabajo,**
- **coordinación entre profesionales,**
- **protocolos de actuación en cada nivel,**
- **evitar el corporativismo ante la advertencia de conductas negligentes o de abusos,**
- **reconocer el trabajo hacia la población mayor,**
- **más recursos,**
- **vigilancia y control de la legalidad ante centros privados,**
- **censos municipales sobre población mayor,**
- **indicadores de calidad para residencias públicas**
- **profesionalizar la dirección de centros y hospitales,**

- **políticas públicas de dignificación del mayor,**
- **poner en conocimiento de profesionales qué son conductas negligentes, abusivas...**

Ámbitos de detección de los malos tratos institucionales

Como primeros responsables para que no se llegue a dar una situación de negligencia, o maltrato sobre el mayor, estarían los **servicios sociales** en cuanto a detectar y promover la asistencia que se requiera y su seguimiento. En segundo lugar los **servicios sanitarios** (ambulatorio, servicios de urgencia...) respecto de la detección e información a los servicios sociales o de justicia. En tercer lugar nos encontraríamos con la **comunidad**, como red social responsable de denunciar las anomalías que observe. Y por último, y todo ello sin ánimo de establecer una jerarquía, estarían los **servicios de inspección**, en cuanto al funcionamiento de las residencias y/o centros que se responsabilizan de la persona mayor.

Si todos estos elementos funcionasen sería factible detectar elementos de riesgo y por lo tanto asumir tareas de prevención, como la atención primaria de salud, eliminar factores de riesgo en los cuidadores, personal sanitario, disminuir los elementos de dependencia del mayor, entre otros muchos.

Por otra parte las instituciones, sean públicas o privadas, están sometidas a inspecciones y exigen 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, lo cual 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.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las personas mayores siguen viviendo en su entorno social y familiar habitual. El número de personas mayores institucionalizadas está en torno al 5%; por ello es de esperar que cuantitativamente el maltrato familiar sea superior al maltrato institucional. Por otra parte el nivel de control y de formación es muy diferente en el medio familiar y en el entorno institucional.

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.

Como propuestas para poder detectar esta situación, sería conveniente:

- **establecer protocolos para canalizar, denunciar y poder realizar estudios y valoraciones informativas en medios de comunicación,**
- **crear unidades de alerta,**
- **establecer líneas telefónicas de ayuda,**
- **romper la dependencia entre el maltratador y el mayor,**
- **elaborar cartas de derechos y responsabilidades en centros⁴⁹,**
- **avanzar en la protección legal del mayor,**
- **establecer centros asistenciales específicos,**
- **crear servicios de atención psicológica y jurídica,**
- **impulsar ayudas económicas,**
- **establecer órdenes de alejamiento,**
- **impulsar programas de voluntariado de acompañamiento,**
- **fortalecer el movimiento asociativo del mayor,**
- **crear apartamentos vigilados,**
- **incrementar los servicios de telealarma,**
- **incrementar los servicios de estancias temporales en residencias.**

⁴⁹ Ver Comisión Europea de Derechos Humanos, el reglamento sobre condiciones mínimas de respeto en los Derechos Humanos en instituciones.

6.4.3. MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO

Si asumimos que el maltrato en sentido amplio es una “acción única o repetida o falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (OMS, 2002)⁵⁰, no cabe duda de que el ámbito familiar es uno de los entornos en los que el nivel de confianza alcanza los niveles máximos.

Si analizamos el entorno familiar, para conocer el maltrato intra-familiar deberemos empezar por delimitar los factores que provocan o pueden llegar a provocar dicho maltrato.

Estos factores tienen una doble dirección: por un lado hacen referencia a la persona/as que dentro de la familia se ocupa del cuidado de la persona mayor, y por otra parte hay que reconocer la existencia de determinados elementos que influye sobre el mayor y que, al hacerlo dependiente, le hacen más vulnerable a la hora de sufrir un maltrato.

Sabemos que la mayor parte de los malos tratos a personas mayores se producen en el ámbito familiar de la persona mayor, y de hecho diversos estudios sobre incidencia de malos tratos cifran que más del 67% de los malos tratos se producen dentro del domicilio de la persona mayor, lo cual dificulta, como es obvio, su detección.

LUGAR	%
DOMICILIO MAYOR / CUIDADOR	67
ALOJAMIENTOS COMPARTIDOS	4
RESIDENCIAS DE MAYORES	12
CENTROS DE DÍA	10
HOSPITALES/CENTROS DE SALUD	5
OTROS LUGARES	2

Fuente: The national elder abuse incidence study. Final Report. NCEA, Washington, 1998.

La razón es evidente, la gran mayoría de las personas mayores de 60 años residen en su propio domicilio y, aunque se incrementa el número de personas mayores institucionalizadas a medida que van surgiendo límites a su autonomía,

⁵⁰ OMS, Universidad de Toronto, INPEA, 2002: Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores, *Rev. Esp. Geriatria Gerontologia*, n.º 37, pp. 332-333.

también dentro de las personas mayores dependientes el porcentaje que sigue viviendo en su domicilio es superior al de institucionalizados.

Factores que pueden contribuir al maltrato familiar

Aunque las situaciones de maltrato en la dinámica familiar pueden ser una conducta que se produzca entre los diferentes miembros de la unidad familiar y responda a una manera de relación habitual, no cabe duda de que, cuando nos referimos a los malos tratos hacia las personas mayores en el entorno familiar, es más probable que éstos ocurran cuando las personas mayores entran en una situación de pérdida de autonomía o de dependencia que requiere el apoyo externo de algún familiar.

La atención a las personas mayores dependientes sigue realizándose principalmente por cuidadores informales, generalmente familiares o conocidos del mayor. **El perfil del cuidador** de la persona mayor es el de una mujer (83% de los casos), casada (79%) y con hijos a su cargo, entre 45 y 65 años (generalmente hija o esposa del mayor dependiente) y que reside en el mismo domicilio que el mayor dependiente, bien sea permanentemente (59%) o temporalmente (20%). Además, en el 60% de los casos no tiene ninguna ayuda para realizar esos cuidados. 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.

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.

Tampoco puede olvidarse que el perfil psicológico del cuidador va a resultar decisivo en el 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 los cuales caben las conductas inadecuadas respecto a la persona mayor.

Perfil del maltratador familiar

Dos perspectivas diametralmente opuestas explican las principales causas de maltrato dentro del ámbito doméstico teniendo ambas en común las relaciones de dependencia existentes entre las personas mayores y sus cuidadores. Investigadores como Pillemer o Wolf ponen su énfasis en el cuidador y las causas del maltrato.

Apoyándonos en algunos estudios realizados en EEUU por Caballero (2000), puede afirmarse que 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, la debilitación de las redes familiares y el recurso, cada vez mayor, de cuidadores externos (a veces sin excesivo control) puede propiciar el crecimiento de este fenómeno.

Cuando, en ese mismo estudio, miramos la edad del agresor, 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 una situación de muy alto riesgo.

En cuanto al **género**, 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.

Según la mayor parte de los estudios realizados sobre el maltrato a personas mayores, el maltratador **convive** con la persona mayor maltratada y no es infrecuente que quien ejerza la violencia dependa económicamente de la persona mayor, o que se encuentre alojado en el domicilio del mayor, sea o no una persona con pareja.

Asimismo se destaca un alto porcentaje de situaciones de **deterioro** en el maltratador 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.

En aquellos casos en los que el agresor (generalmente descendiente) padece una **enfermedad mental** la dinámica también puede ser enormemente compleja.

Muchos 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.

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.

Otro de los elementos que tiene mucha importancia en la dinámica de relación agresor-persona mayor es la presencia de **alteraciones conductuales** derivadas de las consecuencias que produce una enfermedad degenerativa. La fluctuación en los cambios y la evolución de las conductas de algunas personas mayores con determinados niveles de deterioro cognitivo introduce un elemento de desorientación en el cuidador. 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) pueden contribuir a que aparezcan conductas inadecuadas en la relación de cuidado. 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.

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.

PERFIL DE LA PERSONA MAYOR MALTRATADA (VÍCTIMA)	PERFIL DE LA PERSONA MALTRATADORA (AGRESOR)
<ul style="list-style-type: none"> - Mujer. - Viuda. - Más de 75 años. - Impedida física y/o mental. - Carente de funciones y con pérdida de roles. - Aislada socialmente. - Con enfermedad crónica o progresiva. - Con dependencia del cuidador. - Con un cuidador único. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poseer un parentesco con la víctima. - Dependere económicamente de la víctima. - No asumir la responsabilidad de cuidar al mayor de forma responsable. - Haber vivido una historia de violencia familiar. - Poseer pocos contactos sociales. - Perder el control de la situación. - Renunciar a ayudas médicas y de comunidad. - Consumir drogas. - Tener enfermedades psiquiátricas. - Sufrir estrés.

Indicadores de posible maltrato

Como resumen de este epígrafe enumeramos algunos indicadores sobre el maltrato en el ámbito familiar.

ASPECTOS CENTRADOS EN LA PERSONA CUIDADORA

- **Características psíquicas y de comportamiento de la persona cuidadora que influyen sobre el cuidado del mayor (nerviosismo, aspectos psicóticos, neuróticos, estrés...).**
- **Escaso control personal (chilla con frecuencia, está de malhumor, reacciona violentamente...).**
- **Baja autoestima (inseguridad en sí misma, en lo que hace, miedo, temores permanentes, muchas dudas...).**
- **Trastornos de personalidad y conducta (pasa de la euforia al desánimo en poco tiempo, es muy emotiva y al momento reacciona de forma agresiva o violenta, exige en grado desproporcionado responsabilidades al mayor...).**
- **Falta de lazos emocionales con el mayor.**
- **Falta de apoyo (recursos materiales, económicos, personales...).**
- **Contacto temprano con la violencia en el hogar.**

- Historias familiares de enfrentamiento, desacuerdos...
- Abuso de drogas, alcohol.
- Pobreza, ciertas necesidades económicas que producen angustia.
- Desigualdades entre sexos (posee marcados estereotipos...).
- Escaso interés por la persona mayor y su problemática o situación.

ASPECTOS CENTRADOS EN LA PERSONA MAYOR

- La existencia de un deterioro funcional (no camina bien, problemas del habla, sordera, bajo nivel visual... que le impiden cierto nivel de autonomía).
- Tener ciertas alteraciones cognitivas (pérdida de memoria, olvidos, vivir de recuerdos, confundir tiempos y espacios...).
- Encontrarse socialmente aislado (tener pocos amigos, falta de relación con el vecindario, encontrar impedimentos a la hora de salir de casa ya por barreras arquitectónicas ya por problemas de salud...).
- Convive con el maltratador (por falta de recursos del mayor o del maltratador...).
- El cuidador padece alteraciones psicológicas.
- Su ambiente familiar está perturbado por causas externas.
- Ha habido violencia familiar.

INDICADORES QUE SE CENTRAN SOBRE LA PERSONA MAYOR Y SU CALIDAD DE VIDA	
Aspectos relacionados con la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la salud en poco tiempo y sin justificación aparente. - Desnutrición en poco tiempo (come mal, poco, dieta desequilibrada). - Descuido de higiene personal (vestir, corporal). - Se pueden observar aspectos de deshidratación. - Descuidos en graduaciones de gafas, y prótesis dentales...
Aspectos relacionados con su economía	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida económica (injustificados gastos, sustracciones de dinero...). - Explotación de su capacidad de trabajo (obligarle a realizar tareas para las cuales ya no esta capacitada y que suponen un beneficio para el cuidador).
Aspectos relacionados con su mundo social	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social (pérdida de amistades, no salir a la calle, no comunicarse por teléfono con sus amistades...). - Desinterés injustificado hacia las relaciones sociales (no salir a la calle...). - Ir perdiendo el contacto con la realidad (no ver la televisión, radio...). - Presión psicológica sobre el mayor, aislándolo de su entorno, llevándolo a un desarraigo. - Obligarle a vivir con un hijo/a y sentirse "de más", poco o nada integrado en la familia. - Sentimiento de desarraigo al dejar su hogar.
Aspectos relacionados con el hogar/casa	<ul style="list-style-type: none"> - Descuido de su higiene, limpieza de la casa, ropa del hogar... - Abandono en el cuidado de animales domésticos, si existen...

6.5. TIPOLOGÍA DE LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

Hemos presentado en la primera parte de este informe los diferentes tipos de maltrato en que se suelen dividir los comportamientos agresivos. También hemos visto cómo las diferentes definiciones ponen de manifiesto que el maltrato puede ser producido de manera intencionada o no, de manera activa o pasiva, y que puede ser una conducta aislada o un comportamiento reiterado. Por ello, en cualquiera de los tipos de maltrato que aquí desarrollaremos con más profundidad, hay que tener en cuenta algunos aspectos básicos: el tiempo, la repetición, la intensidad, la intención y las consecuencias de la actuación.

Así, respecto del **tiempo**, se debe tener presente a la hora de curar las lesiones causadas por una actuación, dejando de lado actuaciones puntuales que se pueden dar por cansancio del cuidador en un momento determinado, o por una actitud excesivamente “pesada” por parte del mayor. También en cuanto a la **intención** del que causa el maltrato, es decir, si es consciente de que está causando un maltrato psicológico o no. Sería el caso de la manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones más o menos importantes. Y respecto a las **consecuencias** que acarrea sobre la persona mayor, es decir, la persona mayor debe sentirse afectada por el hecho en sí.

En cuanto a las **causas y consecuencias**, algunos autores (Muñoz Tortosa, 2004)⁵¹ enfrentan a la definición del tipo de maltrato los signos y síntomas que la caracterizan, aunque nosotros creemos que es más apropiado utilizar las causas y consecuencias como rasgos que definen un tipo de maltrato. Los términos “signos” y “síntomas” son más propios del mundo de la medicina (“signo”, se puede entender como una señal, y “síntoma” como una alteración del organismo de carácter subjetivo que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza), mientras que el “término causa” se define con relación a una cosa o suceso, y “consecuencia” como el hecho que procede dentro como efecto suyo.⁵²

De manera más detallada recogemos a continuación los diferentes tipos de abuso y maltrato, de acuerdo con las clasificaciones más frecuentes.

⁵¹ J. Muñoz Tortosa (2004): *Personas mayores y malos tratos*, Pirámide, Madrid.

⁵² Ver María Moliner (1990): *Diccionario de uso del español*, Gredos, Madrid.

6.5.1. ABUSO O MALTRATO FÍSICO

Se define como maltrato físico aquella agresión física intencionada que produce daños y en casos extremos la desfiguración o muerte, según la National Aging Resource Center on Elder Abuse (NARCEA). Es, por lo tanto, la imposición por la fuerza física y de manera intencionada de acciones con resultado de daño, dolor o deterioro físico.

Este tipo de maltrato en el ámbito asistencial se traduce en dos manifestaciones:

a) Lesiones agudas: Son las más fácilmente identificables en el nivel sanitario. Es la forma de maltrato con expresión clínica. Algunas características de las lesiones nos deberán hacer sospechar el origen de las mismas: bilateralidad y localización en cara, cuello, tórax con diferentes estadios de evolución de las lesiones.

Suelen ser causa de algunos ingresos en los servicios de urgencias.

b) Lesiones subclínicas: Son aquellas quejas somáticas múltiples y quejas psicológicas repetidas. Estas quejas crónicas de mala salud, así como otros trastornos por somatización, son una posible consecuencia del maltrato mantenido.

Los principales signos de abuso físico son:

PRINCIPALES SIGNOS DE ABUSO FÍSICO	LESIONES AGUDAS	LESIONES SUBCLÍNICAS
<ul style="list-style-type: none"> - Magulladuras, ojos morados, laceraciones y marcas de cuerda. - Fracturas de huesos y de cráneo. - Heridas abiertas, cortes, pinchazos, heridas no tratadas o malcuradas. - Manchas en la piel, dislocaciones y heridas internas. - Gafas rotas, signos físicos de haber sido castigado o restregado. - Análisis de laboratorio para medir niveles de fármacos que indicarían una sobredosis. - Informes de haber sido pateado o golpeado. - Repentinos cambios de comportamiento en la persona mayor. - Negativa a permitir visitantes para ver al mayor sólo por parte del cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Heridas abiertas. - Contusiones en las muñecas y hombros. - Caídas de repetición y lesiones no explicadas. - Quemaduras. - Golpes. - Pinchazos. - Magulladuras. - Mordeduras. - Hematomas periaabdominales y en lugares sospechosos y con distinto grado evolutivo. - Fracturas múltiples. - Luxaciones y esguinces. - Laceraciones, cortes, marcas en los dedos u otros indicios de uso de medios de inmovilización. - Tiron de pelo (alopecia errática). - Dolor crónico. - Síndrome de colon irritable. - Cansancio. - Rotura de tímpano. 	<p>QUEJAS SOMÁTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefaleas. - Palpitaciones. - Dolor crónico. - Quejas gastrointestinales - Dispareunia. - Abdominalgias. - Consumo abusivo de medicamentos. <p>QUEJAS PSICOLÓGICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad. - Insomnio. - Depresión.

6.5.2. ABUSO O MALTRATO PSICOLÓGICO, EMOCIONAL O PSICOAFECTIVO

No existe un consenso a la hora de enunciar este tipo de maltrato; hay quien utiliza el término de “maltrato psicológico-emocional”, “abuso psicológico”, “maltrato emocional” o “abandono”, o “maltrato psicológico”, haciendo énfasis en lo emocional y psicoafectivo. La OMS⁵³ entiende como maltrato psíquico o emocional el hecho de infligir sufrimiento psíquico.

Las investigaciones sobre el tema señalan que el maltrato psicológico es uno de los más frecuentes, aunque no se ponen de acuerdo en su diagnóstico. Para Johnson⁵⁴ (1986) el abuso psicológico provoca en la persona mayor un sentimiento de angustia. Así pues, entendemos por **maltrato psicológico** las conductas que producen daño psicológico, como manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantaje afectivo, desprecio o privación del poder de decisión.

- El maltrato psicológico, en definitiva, provoca en el mayor aspectos negativos para la competencia social, emocional o cognitiva⁵⁵. El maltrato emocional se caracteriza por la negación de afecto, aislamiento e incomunicación. Para Valentino y Cash (1986) el aspecto central se encuentra en el abuso como comportamiento del cuidador hacia la persona mayor de la que se ocupa. La conducta puede revelar un acto de comisión (abuso) u omisión (negligencia) que afecta al área física o mental del anciano⁵⁶.

Uno de los problemas con los que se enfrenta el maltrato psicológico es su dificultad para cuantificarlo y la mayor versatilidad del maltratador en cuanto a su relación con el mayor. Así, en determinados momentos puede ser cariñoso y emotivo y al poco rato brusco o malvado, o realizar amenazas o atemorizarle. En este sentido están los trabajos de Walker (1984)⁵⁷, quien afirma que en ocasiones el maltrato psicológico puede ser vivido con mayor angustia mental y malestar que el físico.

⁵³ Ver Organización Mundial de la Salud (2003): Informe mundial sobre la violencia y la salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, capítulo 5.

⁵⁴ Citado por J. Muñoz Tortosa (2004): Personas mayores y malos tratos, Pirámide, Madrid.

⁵⁵ Ver J. Muñoz Tortosa, 2004, O.C.

⁵⁶ Ver J. Muñoz Tortosa, 2004, O.C., p. 18.

⁵⁷ Citado por J. Muñoz Tortosa, 2004.

Para poder diagnosticar este tipo de maltrato es muy importante conocer el tipo de relación existente, el grado de dependencia, las características físicas y psicológicas de cada uno, el entorno en el que viven, el nivel de estrés, la problemática familiar o laboral entre la persona mayor y su cuidador/a. Hay quien señala el maltrato psicológico como aquel que se da en la comunicación entre el cuidador y la persona mayor.

Algunos autores dentro del maltrato psicológico establecen ciertos subtipos, como:

- **Rechazo/degradación:** se da cuando se niega la ayuda al mayor, no se hacen caso a sus peticiones de ayuda, cuando se muestra una actitud de desprecio o humillación.
- **Terror:** se produce utilizando amenazas si no hace lo que se le manda, cuando se le pide hacer algo imposible de acuerdo a su edad y estado, o cuando la amenaza se dirige hacia alguien querido.
- **Aislamiento:** cuando se le ignora aunque esté presente y no se le consulta nada sobre su vida y entorno.

Los grupos de mayores (OMS, 2003)⁵⁸ han considerado como maltrato emocional y verbal aquel que discrimina a los mayores por su edad, los insultos, el usar con ellos palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas sobre ellos, causarles dolor psíquico y sufrimiento.

Causas y consecuencias del maltrato psicológico

Si entendemos por **causa** aquello que se define con relación a una cosa o suceso⁵⁹, en el maltrato psicológico pueden considerarse causas:

- Causar intencionalmente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales.
- Amenazas (de daño físico, de institucionalización), insultos, burla, intimidación, humillación, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, darle tratamiento de silencio, no respetar sus decisiones, ideas o creencias, insultos, amenazas, actos que provoquen miedo, aislamiento.

⁵⁸ Ver Organización Mundial de la Salud (2003): Informe mundial sobre la violencia y la salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, capítulo 5.

⁵⁹ Ver María Moliner (1990): Diccionario de uso del español, Gredos, Madrid.

- Agresión verbal, silencios ofensivos, aislamiento social provocado, amenazas de abandono o institucionalización.
- La manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones.

En cuanto a las **consecuencias del maltrato psicológico**, si entendemos por consecuencia el hecho que procede de una causa como efecto suyo⁶⁰, estarían:

- Ante la **amenaza verbal**: la angustia, pena, el sentimientos de indignidad, miedo, estrés, tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación, idea suicida, inhibición, somatización, pseudo-demencias, tristeza, sufrimiento, trastornos emocionales.
- Respecto de los **actos no verbales** serían: la tristeza, sufrimiento, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, ideación suicida, inhibición, somatización pseudodemencias.
- Y en cuanto a las **actitudes manipulativas**, nos encontraríamos con: estrés, soledad, depresión, aceleración del proceso de demencia, miedo, angustia, inseguridad en sí mismo, duda permanente, indecisión.

CAUSAS	CONSECUENCIAS
Actos verbales: Amenazas: - de daño físico, - de institucionalización, - agresiones verbales.	Angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo, estrés, tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatización, pseudodemencias.
Actos no verbales: - silencio, - ignorarle, - indiferencia, - aislamiento social.	Tristeza, sufrimiento, trastornos emocionales, ansiedad, depresión, ideación suicida, inhibición, somatización pseudodemencias.
Actitudes manipulativas: - manipulación, - intimidación, - chantaje, - violación de sus derechos.	Estrés, soledad, depresión, aceleración del proceso de demencia, miedo, angustia, inseguridad en sí mismo, duda permanente, indecisión.

⁶⁰ Ver María Moliner (1990): Diccionario de uso del español, Gredos, Madrid.

Para Martínez Maroto (2003)⁶¹, cuando se lesionan los derechos se puede desencadenar maltrato⁶². Así, el maltrato psicológico puede verse aumentado cuando la persona agresora es la única compañía con la que cuenta la persona agredida, o con la que tiene más contacto.

Fernández Alonso⁶³ marca como signos y señales de alerta ante el maltrato, en cuanto a manifestaciones psicológicas:

- Ansiedad, depresión, confusión, agitación, estrés, intentos de suicidio.
- Respecto de las actitudes y del estado emocional de la persona maltratada, señala: temor, nerviosismo, ausencia de control visual, inquietud, sobresalto, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culparse y excusar al otro, reticencia a responder a preguntas, incapaz de tomar decisiones, tristeza, miedo, ideas suicidas, ansiedad.

Como **factores de riesgo** o coadyuvantes para sufrir el maltrato psicológico estarían:

- **Escasas relaciones sociales.**
- **Excesiva dependencia de la persona maltratadora.**
- **Escaso contacto con el médico de cabecera.**
- **Poseer algún tipo de deficiencia cognitiva o física.**
- **El género, ser mujer.**
- **Situación de estrés del agresor.**
- **Padecer una enfermedad degenerativa.**
- **Vivir dentro de una situación familiar conflictiva.**
- **Baja autoestima.**
- **Sumisión y dependencia.**

⁶¹ A. Martínez Maroto (2003): El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española, Informes Portal Mayores, n.º 40, www.imsersomayores.csic.es.

⁶² Hemos de recordar que la Asamblea General de Naciones Unidas, en su Resolución 46/91, al detallar los Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad, señala entre otros aspectos el reconocimiento y respeto a la dignidad, derechos que son también reconocidos en la propia Constitución Española.

⁶³ Fernández Alonso, M. C., et. al. (2003): Violencia en la pareja: papel del médico de familia, Aten. Primaria, n.º 32 (7), pp. 425-33.

La OMS marca **algunos indicadores** de maltrato a las personas mayores, que podríamos relacionar con los psicológicos/emocionales y que tienen una repercusión directa con la conducta; serían:

- **Cambios en los hábitos alimentarios.**
- **Problemas para dormir.**
- **Actitud de temor, confusión o resignación.**
- **Pasividad, retraimiento, mayor depresión, o depresión.**
- **Indefensión, desesperanza o ansiedad en grados no normales.**
- **Afirmaciones contradictorias, ambivalencias que no son el resultado de la confusión mental.**
- **Renuncias a conversar abiertamente.**
- **Evadir el contacto físico y verbal con su cuidador/agresor.**
- **La persona mayor es dejada de lado.**

6.5.3. ABUSO ECONÓMICO O FINANCIERO

El maltrato económico se puede definir como la “utilización abusiva o ilegal de los bienes e inmuebles propiedad de la persona mayor”⁶⁴; o como “el uso ilegal o indebido de propiedades o posesiones”. Incluye algunos comportamientos tales como falsificaciones de la firma, malversación de fondos, modificaciones forzadas de testamento u otro documento jurídico; los engaños y fraudes; los robos cometidos por personas de confianza, y asimismo los acuerdos poco equitativos respecto a la transmisión de bienes”⁶⁵.

Por lo tanto, se habla de abuso económico cuando se produce la utilización inadecuada, por parte de terceros y sin el consentimiento del mayor (o mediante consentimiento viciado) de los fondos, pensiones, propiedades y/o bienes de la persona mayor, no en beneficio del mayor sino en beneficio de un/os tercero/s.

⁶⁴ M. Tabuena Lafarga, Maltratos y vejez: un enfoque integral, VI Congreso de EUTS, Zaragoza, 2006.

⁶⁵ M. Tabuena Lafarga, Maltrato de ancianos: un problema social y de salud, Rev. Política Social y Servicios Sociales.

Algunos autores, al analizar este tipo de abuso o maltrato, hablan de “**influencia indebida**” cuando existe una relación de poder, en la que la persona mayor delega en un tercero para que actúe en su nombre, pese a la evidencia del perjuicio que dicha delegación le va a suponer, o cuando la persona mayor actuaría de una forma diferente de no existir esa presión o influencia externa.

El Dr. Bennet Blum⁶⁶ elabora un modelo IDEAL para explicar la dinámica en la que se produce esta relación frente a la influencia indebida, señalando como factores de riesgo para ser víctima de un maltrato económico:

- El **aislamiento** (físico o por razones médicas) para tener una información suficiente para tomar una decisión.
- La **dependencia** (física, emocional o de información), que impide a la persona mayor percibir lo que está ocurriendo y sus consecuencias.
- El **sometimiento** del mayor a lo que proponga el “agresor”, consintiendo de forma no libre.
- La **pérdida**.

Para otros autores, el abuso económico entra dentro de la categoría de “**violación de derechos**”, en la medida en que se actúa en contra de la libertad personal, yendo directamente a la explotación del anciano en sus recursos materiales y financieros.

Indirectamente podría entrar dentro de este concepto de abuso económico situaciones tales como:

- Obligar a la persona mayor a realizar tareas que suponen una explotación personal, tales como: tareas de limpieza, ayuda en tareas de cocina, lavandería, cuidado a personas más dependientes, con el consiguiente castigo “moral” (no hablar, malhumor, desprecio, castigo en comida...). Esta situación que se puede dar en el entorno familiar es relativamente frecuente en el **entorno institucional**, generalmente privado, justificado casi siempre como situación que ayuda a mantener activas a las personas mayores, fomentar el voluntariado, amortizar el coste de la plaza residencial para no incrementar las aportaciones individuales...

⁶⁶ Blanca Morera, Maltrato Psicológico, en J. L. de la Cuesta (2006): El maltrato de personas Mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar, Hurkoa Fundazioa, San Sebastián, pp. 33-34.

- En el **ámbito familiar**, esta situación de abuso suele darse cuando se le asignan determinadas tareas domésticas a la persona mayor, con intenciones similares (mantenerlas activas), sin tener en cuenta los límites de edad, cansancio, deterioro, enfermedad, etc., o cuando se les asignan determinadas responsabilidades domésticas, como consecuencia de la situación económica y laboral de los hijos con los que vive o se relaciona. Entrarían en este comportamiento: hacer la compra, atender a los niños menores, llevar y recoger a los niños del colegio, atender la cocina y la limpieza de la casa, etc. Es frecuente que estas situaciones se realicen sin una valoración previa, sin un acuerdo entre las partes y sin tener claro los límites del trabajo que realizar.

Entre los **indicadores** que pueden dar cuenta de un abuso económico podemos enumerar:

- **Cambios repentinos de la cuenta bancaria o en las prácticas bancarias, incluyendo reintegros inexplicados de grandes sumas de dinero por una persona acompañante del anciano.**
- **Inclusión de nombres adicionales en la cartilla bancaria del anciano.**
- **Reintegro desautorizado de los fondos del anciano empleando su tarjeta de crédito.**
- **Efectuar compras personales con cargo a los bienes, patrimonio o recursos de la persona mayor, sin su consentimiento o mediante coacción.**
- **Cambios bruscos en el testamento u otros documentos financieros.**
- **Desaparición inexplicable de fondos o pensiones valiosas.**
- **Descubrimiento de la firma falsificada de un anciano para transacciones financieras o adueñarse del título de sus posesiones.**
- **Aparición repentina de parientes antes desentendidos reclamando sus derechos sobre los negocios o posesiones de un anciano.**
- **Transferencia repentina o inexplicada de bienes a un miembro de la familia o a alguien ajeno a ella.**
- **Cobro de las pensiones a cambio de los cuidados y atenciones, sin estar previamente acordadas estas transacciones por servicios.**

- Utilización indebida de los haberes, ingresos o ahorros del mayor para adquirir bienes o servicios personales.
- Presión psicológica sobre el mayor por parte de familiares o cuidadores para modificar su voluntad respecto a bienes económicos, o para exigir una aportación económica para un fin particular.
- Utilización abusiva de las pertenencias del mayor o de los servicios del mayor por parte del cuidador (uso del teléfono para asuntos personales sin ninguna justificación).
- Pretender vivir gratuitamente a expensas de la persona mayor.
- Explotación del anciano en contra de su voluntad, utilizando sus recursos económicos, propiedades o cualquier otro tipo de bienes para obtener ganancias personales.
- Robos crónicos por parte de terceras personas abusando de la falta de conocimientos, manejo del dinero, confianza del anciano...
- Administrar los bienes o patrimonio del mayor, incapacitado legalmente o no, gastando más de lo necesario o privándole de servicios o cuidados necesarios.
- No proporcionar al anciano condiciones de seguridad y confort (ausencia de atención del cuidador).
- Sustracción de objetos que dejen incomunicadas y aisladas a la persona mayor (televisor, radio...).
- Obligar a una persona mayor a ejercer la mendicidad o realizar trabajos de economía sumergida.

Además de estos comportamientos, se pueden dar también otro tipo de **presiones inducidas** con el fin de obtener de manera ilícita determinados favores o recompensas económicas:

- Hacer firmar a la persona documentos jurídicos que no ha comprendido.
- Impedir que reciba ayuda jurídica.
- Obligarle a salir de su casa o a renunciar a sus propiedades.
- Comprarle alcohol o drogas.

- **Realizar un determinado trabajo a cambio de obtener más dinero.**
- **No proporcionarle ayuda cuando abusa del alcohol o drogas.**
- **Obligarle a hacer o modificar su testamento.**
- **Cambiar su estado matrimonial.**
- **Inducirle a dar dinero a parientes u otros cuidadores.**

6.5.4. ABUSO SEXUAL

Es el desarrollo de cualquier contacto íntimo o actividad de tipo sexual sin el consentimiento de la otra persona (Wolf, 1998).

Los principales signos de abuso sexual son:

- Heridas alrededor de pechos y zona genital.
- Inexplicables enfermedades venéreas o infecciones genitales.
- Inexplicables derrames de sangre vaginales o anales.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Informe de un asalto sexual o violación de una persona mayor.

El maltrato sexual puede ir desde el exhibicionismo hasta la agresión sexual física pasando por caricias. Se puede incluir tanto comportamientos (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) como el contacto sexual de cualquier tipo, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento.

Desde un punto de vista sanitario los **signos más frecuentes de sospecha** son:

- **Infección genital o enfermedades de transmisión sexual.**
- **Enrojecimiento genital.**
- **Lesiones, heridas alrededor del pecho y zona genital.**
- **Laceraciones.**
- **Abrasiones.**
- **Hemorragias inexplicables en la zona genital o anal.**

- Quejas por dolor en la zona genital.
- Conducta sexual que no coincide con las relaciones habituales.
- Hematomas alrededor de las mamas o en la zona genital.
- Ropa interior rota o rasgada, manchada de sangre.
- Temor injustificado a mostrar la zona genital.

6.5.5. NEGLIGENCIA Y ABANDONO Y OMISIÓN DE CUIDADOS

La **negligencia** es la suspensión reiterada (intencionada o no) de alguna ayuda/cuidado que la persona vulnerable necesite para el desarrollo cotidiano. Se incluye en este tipo una mala provisión de cuidados médicos, o cuidados físicos necesarios para proporcionar unos niveles de salud y sociales adecuados para las necesidades de esa persona. El **abandono** también se suele integrar en este tipo de abuso.

Los principales signos de negligencia y abandono son:

- **Deshidratación, desnutrición, mala higiene personal.**
- **Problemas de salud no atendidos o no tratados.**
- **Malas condiciones de la vivienda (falta de agua corriente, calefacción...).**
- **Condiciones de la vivienda insalubres (olores fecales, suciedad, camas manchadas, ropa inadecuada).**
- **Abandono de un mayor en un hospital, residencia o institución.**
- **Abandono de un mayor en centros comerciales o localidades distintas a la de residencia.**
- **Denuncia de un mayor declarando haber sido abandonado.**
- **Descompensación por deficiente control en la prescripción de medicamentos.**
- **Úlceras por presión por no efectuar los cambios posturales necesarios. Úlceras y otras lesiones por cambio insuficiente de pañales.**
- **Estados confusionales motivados por deficiente valoración y seguimiento del anciano.**

- **Problemas de salud no atendidos o tratados.**

- **Lesiones por la no utilización o uso indebido de medios de contención, barras/inmovilización.**

Cuando el cuidador no proporciona los cuidados necesarios o básicos al paciente, hablamos de negligencia. Puede ser **activa** o fallo premeditado y **pasiva**, en la que el fallo no es premeditado y suele deberse a cuidadores poco informados o poco diestros.

El abandono supone la deserción por un individuo que ha asumido el papel de cuidador o por la persona que tiene la custodia física. Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de negligencia (Bass et al., 2001; Brandl y Horan, 2002), mientras que otros se refieren al abandono como categoría independiente (Lafata y Helfrich, 2001).

6.5.6. AUTONEGLIGENCIA Y AUTOABANDONO

En el caso de la **Autonegligencia**, la propia persona mayor es la que pone en peligro o amenaza su propia salud o seguridad, ya que no se proporciona a sí misma los servicios y productos necesarios, como por ejemplo comida, medicinas, tratamiento médico necesario, etc. También puede surgir como consecuencia de un deterioro cognitivo importante y un sistema de apoyo inadecuado (Ahmad y Lachs, 2002; Bass et al., 2001; Lafata y Helfrich, 2001).

Se excluyen las situaciones en las que el anciano competente decide consciente y voluntariamente actuar de forma peligrosa para su salud y seguridad.

Generalmente el **autoabandono** (self neglect) no es contemplado dentro de las líneas de investigación abiertas en UK, no sólo por las dificultades de su estudio, sino también por la propia definición; sí ésta contemplado en las líneas abiertas por investigadores norteamericanos.

Exceptuando las situaciones de autonegligencia que hemos visto, el resto son bastante difíciles de detectar; además, en otras situaciones de abuso, existe una relación entre dos personas, la víctima y el causante de malos tratos, aspecto que no se produce en esta ocasión.

6.6. NORMATIVA LEGAL RELACIONADA CON LOS MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

Como indica Martínez Maroto⁶⁷, desde una perspectiva jurídica se podría entender el maltrato como “aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, y que se ejercen comúnmente de forma reiterada, basadas en el hecho relacional, bien sea éste familiar o de otro tipo”.

Al margen de la consideración social que se pueda hacer sobre el tema de los malos tratos en general, o de los malos tratos a personas mayores, no podemos obviar el aspecto jurídico sobre el particular. El principal y primer maltrato, en palabras de Martínez Maroto, es aquel que no respeta los derechos fundamentales de la persona mayor. El reconocimiento de derechos humanos, el reconocimiento y protección de la dignidad humana están ampliamente recogidos en la legislación tanto universal como nacional y autonómica. Como hemos visto, el comportamiento vejatorio, el maltrato infligido a una persona en razón de su mayor vulnerabilidad, ya sea por razón de género, edad, etnia, etc., o bien por la desigualdad que exista entre el que inflige los malos tratos y la persona agredida, es algo que forma parte de los análisis y consideraciones sociales sobre el tema.

No obstante, puesto que algunos de estos comportamientos están penalizados y pueden ser aplicados determinados castigos o sanciones, queremos abordar en este apartado algunos aspectos legales, ya que ante los delitos cometidos no sólo hay que aplicar acciones o programas sociales, de rehabilitación, acompañamiento, modificación de conductas, etc., sino que hay que denunciar y aplicar las sanciones previstas en el ordenamiento jurídico.

Como señala Jordi Muñoz Iranzo⁶⁸, antes de concretar cuál es la normativa debemos tener en cuenta las características de la víctima, entendiendo que ésta es incapaz de escapar del control de los agresores y que suele estar sometida por varios factores, tales como fuerza física, dependencia emocional, aislamiento social, vínculos económicos, sociales y jurídicos, y que suele padecer mayor vulnerabilidad por carencias físicas y/o psíquicas, siendo víctima tanto por comisión como por omisión.

⁶⁷ Antonio Martínez Maroto: El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española, Informes Portal, Mayores, n.º 40, IMSERSO, Madrid, 2005, p. 5.

⁶⁸ Aspectos jurídicos de los malos tratos a personas mayores, Revista Mult. Gerontol., 2001, 11(2), pp. 78-81.

Todo ello hace que resulte difícil probar los casos de malos tratos o violencia en el ámbito tanto institucional como doméstico, tal como pone de manifiesto el Informe de la Comisión de Estudios e Informes del Consejo General del Poder Judicial, debido a:

- Falta de conciencia social para calificar estos comportamientos como delictivos.
- La diferenciada situación de poder que existe entre profesionales y las personas mayores que atienden o con las que establecen una relación profesional e institucional.
- La privacidad familiar facilita la impunidad al agresor, por la dificultad de descubrirlo.
- El entorno privado propicia la ocultación social de su existencia.
- El entorno doméstico dificulta la prueba de los mismos tanto en el nivel policial como judicial.
- La ignorancia, temor y pudor de las víctimas.
- La relación de dependencia económica de la víctima.

Como plantea Muñoz Iranzo, desde la perspectiva del análisis jurídico, cuando estamos ante personas que sufren deterioro cognitivo debemos darles una mayor protección debido a que en ocasiones se abusa de esa falta de capacidad, aumentando además, algunas veces, el nivel de agresividad tanto física como verbal de las personas cercanas.

En este sentido, señala que la incapacitación, aunque no es un sistema que garantice al cien por cien la protección de la persona mayor, aporta cierta seguridad a la situación general del anciano, al exigir la figura del tutor, el cual debe:

- procurar alimentos en sentido amplio al incapacitado,
- promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor inserción en la sociedad,
- informar anualmente al juez sobre la situación del incapacitado.

Desde el punto de vista de la **legislación penal**, tampoco es mucha ni clara la legislación sobre los malos tratos en general y nula la legislación específica aplicada a las personas mayores.

Teniendo en cuenta que el sujeto pasivo del delito es aquel que sufre las consecuencias de forma directa, es decir la víctima, es más fácil que sean las personas mayores debido sobre todo al mayor grado de debilidad de éstas como consecuencia de la pérdida de las facultades físicas y psíquicas propias de la edad.

6.6.1. LEGISLACIÓN PROTECTORA EN LA ACTUALIDAD

Dividiremos este apartado en dos grandes bloques: el que reconoce la dignidad de la persona humana y propiamente el marco legal que sanciona determinados comportamientos agresivos.

En el primer apartado podemos referirnos a la Constitución Española de 1978, en la que se recogen determinados artículos sobre los derechos y deberes fundamentales; así como la Carta Europea sobre Derechos Fundamentales.

a) CONSTITUCION ESPAÑOLA:

Como indica A. Martínez Maroto⁶⁹, “por el mero hecho de ser personas todos tenemos unos derechos que han de ser respetados y sin los que difícilmente podemos desarrollarnos plena y libremente”. Así lo entiende la Constitución Española en el capítulo II sobre derechos y libertades especialmente protegidos: derecho a la igualdad plena ante la ley, derecho a la vida, a la libertad, al honor, intimidad y propia imagen, derecho a la libertad de residencia, a recibir información veraz, a la participación activa en los asuntos públicos, a la tutela de los jueces, etc. De manera más concreta señalaremos algunos artículos constitucionales, que aunque no se refieran en concreto a las personas mayores han de ser tenidos en cuenta al abordar el aspecto legal de los malos tratos a personas mayores.

- Artículo 9: en el que se señala que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.

⁶⁹ Antonio Martínez Maroto: El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española, Informes Portal, Mayores, n.º 40, IMSERSO, Madrid, 2005.

- Artículo 10: sobre derechos y deberes fundamentales, en el que expresamente se afirma que: "La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.
- Artículo 14: sobre derechos y libertades, en el que se afirma que "los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social".
- Artículo 15: referido a los derechos fundamentales y de las libertades públicas, donde se afirma que "todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.
- Artículo 17: toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley.
- Artículo 18: se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.
- Artículo 24: todas las personas tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión. Asimismo, todos tienen derecho al Juez ordinario predeterminado por la ley, a la defensa y a la asistencia de letrado, a ser informados de la acusación formulada contra ellos, a un proceso público sin dilaciones indebidas y con todas las garantías, a utilizar los medios de prueba

pertinentes para su defensa, a no declarar contra sí mismos, a no confesarse culpables y a la presunción de inocencia.

- Artículo 50: los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

b) CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2000/C 364/01)

- El Artículo 3, sobre Derecho a la integridad de la persona establece que "toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica".
- El Artículo 4, sobre Prohibición de la tortura y de las penas o los tratos inhumanos o degradantes, señala que "nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes".
- El Artículo 17 se refiere al Derecho a la propiedad y señala que "toda persona tiene derecho a disfrutar de la propiedad de sus bienes adquiridos legalmente, a usarlos, a disponer de ellos y a legarlos. Nadie puede ser privado de su propiedad más que por causa de utilidad pública, en los casos y condiciones previstos en la ley y a cambio, en un tiempo razonable, de una justa indemnización por su pérdida. El uso de los bienes podrá regularse por ley en la medida que resulte necesario para el interés general".
- El Artículo 21 aborda el tema de la discriminación, prohibiendo "toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual. Se prohíbe toda discriminación por razón de nacionalidad en el ámbito de aplicación del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y del Tratado de la Unión Europea y sin perjuicio de las disposiciones particulares de dichos Tratados".
- El Artículo 23 aborda el tema de la igualdad entre hombres y mujeres, señalando que "será garantizada en todos los ámbitos, inclusive en ma-

teria de empleo, trabajo y retribución. El principio de igualdad no impide el mantenimiento o la adopción de medidas que ofrezcan ventajas concretas en favor del sexo menos representado”.

- Finalmente, el Artículo 47, referido a la tutela judicial, establece que “toda persona cuyos derechos y libertades garantizados por el Derecho de la Unión hayan sido violados tiene derecho a la tutela judicial efectiva respetando las condiciones establecidas en el presente artículo. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa y públicamente y dentro de un plazo razonable por un juez independiente e imparcial, establecido previamente por la ley. Toda persona podrá hacerse aconsejar, defender y representar”.

c) LEGISLACIÓN ESPECÍFICA

En el marco de la legislación específica podemos citar distintas leyes de ámbito nacional y autonómico. En el primer apartado destacamos los artículos del **Código Civil**, referidos al tema de alimentos a parientes (Artículos 142 a 153); los temas de tutela e incapacitación [Artículo 199-200, Artículos 222-223 (Artículo modificado por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre)], Artículo 269 (obligaciones del tutor) y 270 (administración de la tutela); sobre los procesos a cerca de la capacidad de las personas (Artículos 756-763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil).

Muñoz Iranzo⁷⁰ señala que los delitos que sufren las personas mayores suelen tener carácter patrimonial, como estafas y delitos contra la propiedad, aunque también se detectan delitos de lesiones y maltrato. A pesar de esta fragilidad, la legislación penal no establece una especial protección para los ancianos, y se les considera al igual que otros colectivos que tengan dependencia económica o de tutela o guarda.

El régimen sancionador se limita a unos preceptos muy concretos:

- Incumplimiento de los deberes legales de asistencia de la tutela, o de prestar la asistencia necesaria para el sustento de sus ascendientes o cónyuge, que se hallen necesitados: pena de arresto de ocho a veinte fines de semana (Art. 226 C. Penal).

⁷⁰ Artículo citado.

- Abandono de una persona declarada incapaz, y la utilización de estas personas para mendicidad: pena prisión de seis meses a un año, si se emplea violencia o intimidación, o se les suministra sustancias perjudiciales para su salud: pena de prisión de uno a cuatro años (art. 232 C. Penal).
- Encontrar abandonado a un incapaz, y no presentarlo a la autoridad o a su familia, o no prestar auxilio: pena de arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses (art. 618 C. Penal).
- No prestar asistencia o auxilio a una persona de edad avanzada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados: pena de multa de diez a veinte días (art. 619 C. Penal).
- Inducción a abandonar el domicilio familiar: pena de prisión de seis meses a dos años (art. 224 C. Penal).
- Abandono de un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda: pena de uno a dos años; si el abandono lo realiza el tutor o guardador legal: prisión de dieciocho meses a tres años. Cuando las circunstancias del abandono hayan puesto en peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual del incapaz: prisión de dos a cuatro años (art. 229 C. Penal).

d) CÓDIGO PENAL

De especial interés es el Código Penal. Dentro de las recientes reformas del Código Penal señalamos la **Ley Orgánica 11/2003**, de 29 de septiembre, que modifica el Código Penal en materia de protección a las víctimas de malos tratos; y la **Ley de Enjuiciamiento Criminal** y la **Ley Orgánica 15/2003**, de 25 de noviembre.

Desde el punto de vista penal, se distinguen dos niveles o tipos de conductas que inciden en los malos tratos y que requieren consecuencias o castigos penales diferentes: los delitos y las faltas. Lo difícil es saber cuándo un comportamiento o acción es considerado como un acto punible o un acto reprobable pero no punible, es decir, cuándo se puede hablar de delito y cuándo de falta.

En el campo de los delitos, según el Código Penal, podemos citar:

- Delitos contra la vida y la integridad física (homicidio, asesinato, cooperación al suicidio, eutanasia...); delitos relacionados con lesiones (arts. 147-153).

- Delitos contra la libertad: privación de libertad, amenazas, coacciones, detenciones ilegales (art. 163: inmovilizaciones o confinamientos paliativos, 169, 172).
- Delitos contra la integridad moral y torturas: tratos denigrantes, menoscabo grave de la integridad moral, trato vejatorio... (art. 173).
- Omisión del deber de socorro, en caso de desamparo y en peligro manifiesto y grave (denegación de asistencia sanitaria...) (art. 195).
- Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio: no respetar la confidencialidad, vulnerar o no respetar la intimidad...
- Delitos contra el honor: calumnia e injuria, que puede menoscabar la autoestima de las personas mayores.
- Delitos contra las relaciones familiares: delito de abandono de familia, no cumplir con las obligaciones de atención a ascendientes, tanto deberes asistenciales como morales.
- Delitos contra el patrimonio: robo, hurto, apropiación indebida (art. 235.4).
- Delito de violencia doméstica⁷¹ (art. 153 y art. 173.2).

En el capítulo de faltas, entendiendo por tales delitos de baja intensidad, pero que causan daño a las personas que las reciben, podemos distinguir dos grandes capítulos:

- Faltas contra las personas: golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión (art. 617), negación de auxilio (art. 619), amenazas, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve (art. 620).
- Faltas contra el patrimonio (hurto o robo menor).

⁷¹ Señala A. Martínez Maroto, O. C., p. 23, comentando el art. 173, que se exige habitualidad; tiene que haber reiteración en las actitudes y en los hechos violentos; tanto las lesiones físicas como las psicológicas constituyen un evidente menoscabo del concepto de salud; el daño psicológico tiene que ver con delitos como amenazas, coacciones, calumnias, injurias; en el nivel práctico se suele hablar de delitos o faltas de carácter psicológico cuando existen insultos graves, vejaciones, gritos humillantes, amenazas, prohibiciones que atenten directamente contra la dignidad, exclusión social reiterada y grave, aislamiento, soledad provocada, etc.

e) LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La **Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia** recoge en el art. 43 sobre infracciones, el trato discriminatorio a las personas en situación de dependencia (43.f), conculcar la dignidad de las personas en situación de dependencia (43.g), generar daños o situaciones de riesgo para la integridad física o psíquica (43.h). La gravedad de las infracciones, según recoge el art. 44, dependerá de los criterios de "riesgo para la salud, gravedad de la alteración social producida por los hechos, cuantía del beneficio obtenido, intencionalidad, número de afectados y reincidencia. Este artículo establece como infracción leve aquellos actos cometidos por imprudencia o simple negligencia y no comporten perjuicio directo para las personas en situación de dependencia, entendiéndose como infracción grave aquellos actos que supongan un perjuicio o se hayan cometido con dolo o negligencia grave, señalando además la reincidencia, la negativa a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de inspección, falseamiento de la información, coacciones, amenazas, represalias o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las personas en situación de dependencia o sus familiares.

f) LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

En el ámbito de la legislación autonómica señalamos como más significativa la **Ley 5/2003, de atención y protección a las Personas Mayores de Castilla y León**, donde nos encontramos en su articulado, referencias específicas al maltrato de personas mayores. Ya en el artículo 1, apartado h, relativo al objeto de la ley, señala que uno de sus fines es "prevenir y evitar situaciones de riesgo social que puedan dar lugar a situaciones de maltrato y desasistencia", continuando en el apartado j la decisión de "adoptar medidas para la prevención de situaciones de abuso tanto en su persona como en su patrimonio".

La citada ley, en el artículo 5, hace referencia al derecho a la integridad física, psíquica y moral de la persona mayor, velando en primer lugar las Administraciones Públicas por ese derecho (apartado 1), y a través de los cauces judiciales si existiera motivo para ello (apartado 2). Esta protección jurídica ante el maltrato también se refleja en el artículo 13, apartados 5 y 6.

Finalmente, y en virtud de la capacidad sancionadora de la Junta de Castilla y León, se considera al maltrato como infracción muy grave (artículo 62

apartado b), para lo cual, además de los procesos judiciales, si así se considera adecuado, también existe un régimen sancionador adecuado (artículos 65 a 69).

Asimismo, el Plan Regional Sectorial de atención a personas mayores de Castilla y León para el período 2004-2007 (Decreto 57/2005, de 14 de julio) plantea en el programa 05 (sobre protección de derechos) como objetivo “proteger los intereses de las personas mayores, especialmente las que se encuentren en situaciones de dependencia o vulnerabilidad social, que sean objeto de abusos o malos tratos”, previendo para cumplir este objetivo realizar diversas actuaciones, tanto de formación, información y sensibilización como de estudio de la incidencia y características de los abusos y malos tratos en Castilla y León.

g) OTRAS NORMATIVAS QUE TENER EN CUENTA

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 35/1995, de 11 diciembre, de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual.
- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en Materia de Protección a las Víctimas de Malos Tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica.
- Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.
- Ley 42/2003, de 21 de noviembre, de modificación del Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Relaciones Familiares de los Nietos con los Abuelos.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad de las Personas con Discapacidad.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

7. AVANCE-PROPUESTA DE INDICADORES PARA LA DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS EN PERSONAS MAYORES

Casi todos los estudiosos sobre malos tratos han puesto de manifiesto la dificultad de medir la incidencia y prevalencia de los mismos y establecer comparaciones entre los diferentes tipos en que suelen diferenciar el maltrato. Y ello no sólo debido a que estas conductas siguen estando muy ocultas, no existe una alarma social y además no siempre se puede demostrar el carácter punible de los mismos, sino también porque desde el punto de vista metodológico que utiliza la investigación social no existe un consenso a la hora de definir el propio fenómeno. No obstante esta dificultad, lo que sí parece que está suficientemente consensuado es la identificación de situaciones que pueden ser identificadas como comportamientos inadecuados, negligencias, abusos o maltratos.

Los indicadores sanitarios son variables que reflejan el estado de salud de las personas. La OMS precisa que “indican” o al menos reflejan una situación de salud, siendo variables que ayudan a medir los cambios sobre todo cuando éstas no pueden medirse directamente. Idealmente deben tener unas propiedades como son el ser válidos, objetivos, sensibles y específicos.

Precisamente, por carecer de una definición ampliamente consensuada, nos disponemos a elaborar y definir en los siguientes apartados los indicadores o variables empíricas que pueden ser objeto de observación, análisis y medida para cada uno de los tipos de maltrato, con el fin de avanzar en el estudio de la incidencia y prevalencia de comportamientos inapropiados en el mundo de las personas mayores. Si bien en muchos casos más que indicadores, serán signos o aspectos que deben poner sobre la sospecha de un eventual maltrato.

7.1. LOS INDICADORES DE MALOS TRATOS EN PERSONAS MAYORES

Puesto que no existe una definición consensuada, y por lo tanto no queda cerrado el contenido de cada tipo de maltrato, nos proponemos en este apartado seleccionar o enumerar los indicadores o variables empíricas que pueden definir o delimitar cada uno de los tipos de maltrato. Entendemos que estos indicadores deberán constituir la materia prima para elaborar los instrumentos que permitan identificar, medir y cuantificar la incidencia y prevalencia de los malos tratos hacia las personas mayores.

El indicador más sensible y específico es la propia queja de la persona mayor, sin embargo un indicador de sospecha no puede convertirse necesi-

riamente en un definidor; no obstante, su presencia nos obliga a indagar y recabar más información en busca de un diagnóstico que permita la intervención precoz⁷².

7.1.1. INDICADORES GENERALES DE SOSPECHA DE MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES

Aunque resulta difícil diagnosticar una situación de maltrato, a no ser que exista una denuncia o un informe técnico, se pueden apreciar indicios en el comportamiento tanto de la persona mayor como de las personas que mantienen con ellas una relación, ya sea familiar o institución que ayudan a diagnosticar o detectar estas situaciones.

Pensamos que los profesionales, y fundamentalmente los profesionales de la salud, de los servicios sociales y de los servicios jurídicos son los que mejor pueden llegar a conocer estas situaciones.

7.1.2. IDENTIFICACIÓN DE ALGUNAS CONDUCTAS

¿Qué signos o conductas pueden ser observados y cuya presencia puede desvelar que existen indicios de malos tratos?

- **En la persona mayor:** Miedo hacia familiares o cuidadores profesionales; no querer responder a preguntas; proyectar miedo hacia el cuidador; cambiar el comportamiento cuando el cuidador sale de la habitación; manifestar sentimientos de soledad y baja autoestima; calificar al cuidador como persona “enfadada”.
- **En el cuidador responsable:** Sufrir nivel alto de estrés; intentar evitar que profesional y persona mayor interactúen en privado; contestar a preguntas dirigidas a la persona mayor; olvidar citas de la persona mayor con el médico; no poseer conocimientos sobre el proceso de envejecimiento; no estar satisfecho con su tarea como cuidador; utilizar un lenguaje poco amable con la persona mayor o todo lo contrario; estar excesivamente atento con la persona mayor y el profesional; culpabilizar al mayor; quejarse de los costes que suponen las necesidades de éste...

⁷² Puede verse un listado más amplio en Moya, B. y Barbero, G., O. C., pp. 94 y ss.

- **En la interacción entre ambos:** Contar historias incongruentes o contradictorias; observar una relación conflictiva entre ambos; existencia de crisis recientemente; mantener una relación de indiferencia.

7.2. INDICADORES SEGÚN TIPO DE MALTRATO

Más detalladamente los indicadores según tipologías de maltrato que pueden alentar sobre posibles malos tratos son⁷³:

7.2.1. MALOS TRATOS FÍSICOS

El Maltrato o Abuso físico se puede manifestar a través de:

Fracturas, cortes, lesiones poco corrientes, dosis inadecuadas de medicamentos, alteración del comportamiento, retraso de la demanda de consulta al médico por problemas graves..., golpes, puñetazos, agresiones físicas de cualquier tipo, heridas, contusiones, arañazos, fracturas, luxaciones y esguinces recurrentes, abrasiones o laceraciones en diferentes estadios, lesiones en la cabeza o en la cara, fracturas arbitrarias, hematoma ocular en antifaz, alopecia errática por tirones de cabello de forma brusca, quemaduras en lugares poco frecuentes...

Como **signos de sospecha** del maltrato físico enumeramos:

- Cortes, laceraciones, heridas punzantes. Magulladuras simétricas.
- Fracturas múltiples.
- Hematomas o eritemas en la piel en distintos estadios de evolución.
- Lesiones en zonas escondidas del cuerpo.
- Quemaduras por cigarrillos, estufas, cáusticos, fricción de objetos, etc.
- Errores reiterados al dar la medicación. Sospecha de supra o inframedicación.
- Alopecia parcheada.

En el siguiente cuadro se recogen algunos aspectos ya reseñados que pueden ayudar a los profesionales de la salud a determinar la existencia del maltrato en el anciano según el lugar de atención.

⁷³ Tomado de M. Tabueña (2006), *Los abusos a las personas mayores*, tesis doctoral, Barcelona, pp. 166-168, y en Moya, B. y Barbero, G. (2005): O. C., pp. 99-102.9.

EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA Anamnesis y exploración	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso en la solicitud de asistencia sanitaria. - Antecedentes de fracturas, lesiones, infecciones. - “Propensión” a tener accidentes. - No seguimiento de la pauta farmacológica. - Sobredosis de psicofármacos. - Uso frecuente de los servicios de urgencias. - Acompañamiento por una persona diferente al cuidador, o falta de colaboración de éste. - Confusión, temor, ansiedad. - Deshidratación, desnutrición. - Quemaduras, contusiones, hematomas, fracturas. - Úlceras por presión. - Incontinencia de esfínteres. - Alteraciones del sueño o del habla. - Escasa higiene o ropa inadecuada.
EN LA CONSULTA DOMICILIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Mala relación entre el anciano y cuidador. - Entorno manifiestamente inadecuado para el paciente
EN LA CONSULTA EN INSTITUCIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Uso excesivo de psicofármacos. - Medidas de contención físicas inadecuadas o innecesarias. - Tendencia a la obstinación diagnóstica y/o terapéutica. - Negación de asistencia o limitación de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos por razones de edad. - Utilización de forma innecesaria de medidas que anticipan o aumentan la dependencia (sillas de ruedas, pañales, dar de comer, etc.). - Despersonalización de la asistencia. - Infantilización en el trato. - Escaso cuidado en respetar la intimidad de la persona mayor. - Rigidez en las normas y horarios de visitas, comida, descanso, etc. - Disponer del dinero de la persona mayor competente sin su consentimiento explícito.

7.2.2. MALTRATO PSICOAFECTIVO

El Maltrato o Abuso psicológico se puede manifestar a través de:

Agitación emotiva, miedo, desamparo, depresión, lenguaje grotesco o insultante, infantilización, deterioro del cuidado personal, declaración explícita del hecho...; amenazas de abandono y/o institucionalización; ira, agitación; imposición de aislamiento físico y social; explicaciones confusas y diferentes del cuidador ante lesiones; amenaza al anciano por parte del cuidador para controlar la situación; miedo a las personas extrañas; sentimientos de desamparo y desprotección; miedo a la soledad y a su propio entorno; habla infantil; conducta autodestructiva (in-

dicios de suicidio); estar callado cuando el cuidador está presente y extrema cautela por parte del cuidador; poca autoestima, desorientación; conductas que normalmente se atribuyen a demencias como succión, balanceo; actitud de desamparo, pasividad y aislamiento; alteraciones emocionales de la víctima (depresión, ansiedad, nerviosismo, labilidad emocional); pérdida de capacidad de toma de decisiones por parte del anciano; cansancio inexplicable, confusión, insomnio, llanto; infantilismo, trastornos del sueño o del control de esfínteres.

Como **indicadores** del maltrato psicológico y afectivo enumeramos:

- Causar intencionalmente angustia, pena, sentimientos de indignidad, miedo o estrés mediante actos verbales o no verbales.
- Amenazas (de daño físico, de institucionalización), insultos, burla, intimidación, humillación, infantilización en el trato, indiferencia hacia su persona, darle tratamiento de silencio, aislamiento, no respetar sus decisiones, ideas o creencias, insultos, amenazas, actos que provoquen miedo, aislamiento.
- Agresión verbal, silencios ofensivos, aislamiento social provocado, amenazas de abandono o institucionalización.
- La manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones.

7.2.3. ABUSO ECONÓMICO-FINANCIERO

El abuso económico-financiero se puede manifestar a través de:

Ansiedad acerca de la economía personal; falta de conocimiento del estado de sus cuentas; falta de pagos a los servicios públicos; cheques firmados por otras personas sin autorización; presión para firmas de cheques; pérdida inexplicable de cuenta de ahorro; dejar de contratar servicios; falta de comida, ropa y/o medicamentos; desaparición de joyas u objetos de valor; interés inusitado por hacerse cargo del anciano cuando éste ha de pagar grandes cantidades de dinero; pérdida de patrimonio, transmisión u otorgamiento de poderes inesperados.

Como **indicadores** más evidentes para detectar los abusos de tipo económico / financieros⁷⁴ podemos citar:

- Pérdida inexplicable de dinero, cheques sospechosos (firma extraña o financiados por un paciente incapaz de hacerse cargo de sus finanzas).
- Firmas que no se parecen a la de la víctima o de personas que no saben o no pueden escribir.
- Cambios o recientes realizaciones de testamentos, transmisión de poderes, etc., cuando la persona mayor no es capaz de tomar decisiones.
- Desconocimiento de la persona mayor de su estado económico, preocupación por el mismo.
- Inusitado interés del cuidador por hacerse cargo de la persona mayor.
- Queja de la persona mayor de que le tocan sus efectos personales sin autorización.
- Robos. Desaparición de joyas u otros objetos valiosos.
- Vender las propiedades sin autorización.
- Controlar la economía del anciano sin su consentimiento. Movimientos súbitos en las cuentas.
- Libretas mancomunadas. *Telemarketing* fraudulento destinado a personas mayores.
- Abusar económicamente por los servicios que se le presta.
- Rechazar la voluntad del anciano cuando desee cambiar de domicilio.
- Violar la correspondencia de bancos.
- Falta en el domicilio del confort que se consideraría adecuado a su nivel socioeconómico.
- No proporcionar al anciano condiciones de seguridad y confort. Austeridad injustificada (ausencia de atención del cuidador).
- Tratar al mayor según su estatus socioeconómico (abuso en instituciones).

⁷⁴ Puede consultarse Moya Bernal, A., y Barbero Gutiérrez, J.: Malos tratos a personas mayores, Guía de actuación, IMSERSO, 2005.

- Familiares desconocidos que aparecen para reclamar acceso a bienes del paciente.
- Impago de facturas por familiares a cargo del paciente.
- Presiones de diferentes familiares en torno a legados o a otras cuestiones financieras.
- Exigir a la persona mayor a que coopere económicamente con su pensión o patrimonio a los gastos del hogar o de alimentación⁷⁵.
- Uso desautorizado e impropio de fondos, propiedades, voluntades económicas o cualquier otro recurso de la persona mayor.

7.2.4. MALOS TRATOS DE TIPO SEXUAL

El maltrato o Abuso sexual⁷⁶ puede identificarse a través de los siguientes **signos de sospecha**:

- Hematomas en las mamas o áreas genitales.
- Infecciones genitales o venéreas inexplicables.
- Laceraciones, abrasiones, hemorragias, hematomas.
- Sangrados vaginales o anales inexplicables.
- Sangre o manchas en la ropa interior. Ropa interior rota o manchada de sangre...
- Comportamiento sexual desinhibido.
- Queja de asalto sexual o violación.
- Miedo a mostrar la zona genital.

⁷⁵ Puede consultarse a Juan Muñoz Tortosa: *Personas Mayores y malos tratos*, pp. 142 y ss.

⁷⁶ Según NCEA (Nacional Center Elder Abuse), 1998, el abuso aquí se produce cuando se fuerza un contacto sexual con una persona anciana sin contar con su consentimiento.

7.2.5. NEGLIGENCIA Y ABANDONO

- **Negligencia**⁷⁷: No administración correcta de medicación, alimentación inadecuada o deficiente, entorno descuidado, ropa inadecuada..., gafas rotas o ausencia de las mismas cuando son necesarias; hipotermia, hipertermia; signos de intoxicación por medicamentos o de incumplimiento en las tomas pautadas; contracturas articulares por falta de movilidad.
- **Auto-negligencia**: Acumulación extrema de basuras, malnutrición, ropa inadecuada, falta de higiene, alcoholismo, problemas de salud física y mental no tratados... Vivir en la calle, poseer animales de compañía sin control de higiene ni sanitario; problemas de salud física y/o mental no tratados; alcoholismo y/o abuso de sustancias tóxicas.
- **Abandono**: En el hospital, domicilio, centro residencial, espacio público, declaración de la propia persona que dice sentirse abandonada.
- **Vulneración de derechos**: Privación de intimidad, impedimento de ejercer derechos como casarse, mantener contacto con amigos, falta de respeto por sus deseos valores y opiniones...

Los signos de sospecha más representativos son:

- Queja de abandono.
- Déficit de higiene cutánea, ropa o cama sucia. Olor a heces u orina.
- Erupciones en la piel no tratadas. Pediculosis.
- Úlceras por presión.
- Malnutrición o deshidratación. Pérdida de peso no explicable.
- Enfermedades no tratadas. Mal cumplimiento terapéutico.
- Deterioro progresivo de la salud sin causa evidente.
- Número de medicamentos excesivo o insuficiente en relación con los problemas de salud que presenta la persona mayor.
- Condiciones de inseguridad o presencia de barreras arquitectónicas en el domicilio.

⁷⁷ Para NCEA la negligencia consiste en "el rechazo o la omisión de proporcionar a la persona anciana las necesidades de la vida, como el agua, los alimentos, el vestir, la vivienda, la higiene personal, la medicación, la seguridad personal y los otros bienes esenciales".

- Vestido inadecuado.
- Dejar sola a una persona mayor en un hospital u otro centro sanitario.
- Dejar sola durante largo tiempo a una persona mayor impedida en su domicilio.

T. F. Johnson (1991) establece una tipología con sus respectivos indicadores sobre el maltrato, diferenciando cuatro entornos distintos: el maltrato físico, psicológico, social y legal. Presentamos a continuación esta aportación reproducida por Decalmer⁷⁸.

INDICADORES DE POSIBLE MALTRATO A PERSONAS MAYORES

FÍSICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL	LEGAL
Mal uso de la medicación	Humillación	Aislamiento	Mal uso material
<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia - Empleo inadecuado - Interacción dañina - Empleo innecesario 	<ul style="list-style-type: none"> - Vergüenza - Culpa - Ridículo - Rechazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Retraimiento involuntario - Retraimiento voluntario - Supervisión inadecuada - Supervisión improcedente 	<ul style="list-style-type: none"> - Malversación de propiedades - Incumplimiento de contratos - Impedimentos a acceder a propiedades - Impedimento para formalizar contratos
Daños corporales	Acoso	Confusión de roles	Robo
<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades médicas inatendidas - Higiene deficiente - Problemas de ingesta - Trastornos de sueño 	<ul style="list-style-type: none"> - Insultos - Intimidación - Temor - Agitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Competición - Sobrecarga - Inversión - Difuminación 	<ul style="list-style-type: none"> - Hurto de propiedades - Estafa de contratos - Extorsión material - Extorsión de contratos
Agresión corporal	Manipulación	Mal uso labores cotidianas	Mal uso de derechos
<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones externas - Lesiones internas - Agresión sexual - Acto suicida/homicida 	<ul style="list-style-type: none"> - Ocultamiento información - Falsificación - Deprivación emocional injustificada - Injerencia en las decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Hogar desorganizado - Falta de intimidad - Entorno inapropiado - Abandono 	<ul style="list-style-type: none"> - Negación de contrato - Servidumbre involuntaria - Tutela involuntaria - Mal uso de autoridad profesional

Sobre el tema de indicadores, merece particular atención Fulmer, T.⁷⁹, que nos presenta el Elder Neglect Assessment Instrument (ENAI Fulmer, 2000). Consta de cinco áreas de valoración que contienen indicadores tanto en el ámbito general

⁷⁸ Clasificación elaborada por T. F. Johnson (1991) y reproducida por P. Decalmer, "Presentación clínica" en P. Decalmer y F. Glendenning, *El maltrato a las personas mayores*, Paidós, Barcelona, 2000, p. 62.

⁷⁹ Fulmer, T. (1989): *Mistreatment of elders: Assessment, diagnosis, and intervention. The Nursing Clinics of North America*, 24 (3), pp. 707-716. (2000): *The first national study of elder abuse and neglect: Contrast with results from other studies, Journal of Elder Abuse and Neglect*, 12 (1), pp. 15-17.

como de las tipologías de abuso físico, económico, negligencia y abandono. Se trata de un test diseñado para explorar la negligencia mediante seis aspectos: elementos generales, sociales, emocionales, de salud, de independencia y de negligencia. La aplicación han de realizarla los profesionales de salud una vez preparados a tal fin desde los servicios de urgencias y hospitales preferentemente.

A su vez, el Centro NCEA (1998) ha elaborado una serie de formularios para la recogida de datos que pueden ser utilizados tanto en caso de demanda por parte de las víctimas como de sospecha por parte de los profesionales. No se dispone de formulario específico.

Decalmer enumera también una serie de indicadores sobre los diferentes tipos de maltrato y negligencia⁸⁰. De manera gráfica lo podemos ver en los siguientes esquemas.

MALTRATO FÍSICO I	
Hematomas y contusiones sin explicación	<ul style="list-style-type: none"> - En la cara, labios y boca, en la espalda, torso, nalgas y muslos. - Señales de mordiscos humanos en diferentes estados de curación. - Agrupaciones de señales. - Huellas con las formas de los objetos utilizados para infligir daños. - Diferentes zonas afectadas por señales. - Pauta repetida de aparición tras las ausencias de fines de semana o vacaciones.
Quemaduras sin explicación	<ul style="list-style-type: none"> - Quemaduras de cigarrillos o puros, especialmente en las plantas de los pies, las palmas de las manos, espalda o nalgas. - Quemaduras por inmersión (en forma de guante o calcetín, de aro, en nalgas o genitales). - Señales reconocibles de fogones eléctricos, planchas, etc. - Quemaduras o señales de cuerdas en brazos, piernas, cuello o espalda.
Fractura sin explicación	<ul style="list-style-type: none"> - Craneales, nasales, en la oreja, en la estructura nasal. - En distintas etapas de curación. - Fracturas múltiples o en espiral.
Laceraciones o abrasiones sin explicación	<ul style="list-style-type: none"> - En la boca, labios, encías, ojos, orejas. - En los genitales externos.
Pérdidas del cabello sin explicación	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias en el cuero cabelludo. - Posible arrancamiento del cabello, por uno mismo o por otra personas. - Posible evidencia de heridas internas graves en la cabeza.
Evidencia de lesiones antiguas	<ul style="list-style-type: none"> - Deformaciones: cráneo, nariz, orejas, manos. - Contracturas resultantes de la inmovilización y demora en la petición de tratamiento. - Dislocación, dolor, molestia e hinchazón.

⁸⁰ Tomado de P. Decalmer y F. Glendenning, El maltrato a las personas mayores, Paidós, Barcelona, 2000, pp. 63-65.

MALTRATO FÍSICO II	
NEGLIGENCIA FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> - Hambre constante, higiene deficiente, vestuario inapropiado, incluyendo ropa deteriorada, pérdida no explicable de peso, deshidratación. - Falta continuada de vigilancia, en especial respecto a actividades peligrosas, o a períodos de tipo prolongados. - Constante cansancio o desgana, confusión creciente o inexplicable. - Problemas físicos o necesidades médicas desatendidas, incluyendo irritaciones por orina, llagas producidas por la postura. - Carencia o materiales auxiliares deficientes: gafas, dentaduras, aparatos auditivos, andadores y sillas de ruedas. - Sobremedicación o medicación insuficiente. - Abandono, inmovilidad, hipotermia como signo de un posible aislamiento.
ABUSO SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades para andar o sentarse. - Ropa interior rasgada o manchada de sangre. - Dolor o picor en las zonas genitales. - Contusiones o hemorragias en los genitales externos, en las áreas anal o vaginal. - Rechazo sin explicaciones de cooperar en la higiene o examen físico de los genitales.
DESATENCIÓN EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos disfuncionales (chupar, morder, balancearse). - Conductas desordenadas (antisocial, autodestructiva o heterodestructiva). - Rasgos neuróticos (trastornos del sueño, del habla, inhibición del placer). - Reacciones psicóticas o neuróticas (histeria, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría).

7.3. INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN

Se precisan instrumentos sencillos, que no consuman excesivo tiempo en su realización, que puedan ser usados por cualquier tipo de profesional y que se adapten al contexto sociocultural en el que se van a utilizar.

Moya, B., y Barbero, G. (2005), nos presentan un amplio listado de instrumentos de detección en los que figuran los respectivos autores, instrumentos y métodos utilizados, así como un breve comentario. En esta obra nos muestran siete instrumentos con orientación más cuantitativa y cinco con enfoque cualitativo; también incluyen dos de ellos que combinan datos e información cuantitativa y cualitativa (pp. 175-176).

Podemos destacar entre las escalas existentes las siguientes:

NOMBRE	AUTOR	CARACTERÍSTICA DE LA ESCALA
Indicators of Abuse Screen (IOA)	Reis y Nahmiasch, 1998	Este test fue elaborado para la utilización de profesionales de los servicios sociales que tienen acceso a los domicilios de las personas mayores. Resulta válido según los resultados que aporta respecto a los problemas interpersonales del agresor (mentales, comportamiento, drogas), como aquellos que relacionan víctima y agresor (relación conflictiva...) analizando el soporte social de la persona mayor y los antecedentes previos del maltrato.
The Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)	Reis y Nahmiasch, 1993	Facilita indicaciones a los profesionales sobre posibles malos tratos. Bueno como cribado inicial y rápido. El profesional necesita formación previa. Se centra en la exploración de abusos físico, psicológico, económico y negligencia.
Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)	Neale, Hwalek y Sengstock et al., 1991	Cuestionario con 15 preguntas en las que se contemplan las categorías de: la violación de los derechos; personas en situación de vulnerabilidad; situaciones de abuso potencial. Se administra directamente a la víctima.
The Caregiver Abuse Screening (CASE)	Reis y Nahmiasch, 1995 b	Test breve que puede aplicarse en dos o tres minutos y consta de 8 preguntas dicotómicas. Se administra a los cuidadores y detecta sospecha de abuso.
American Medical Association (AMA)	AMA, 1992	Recomendado para que el personal sanitario lo administren en la práctica clínica diaria. Es un cuestionario de 9 preguntas sobre si padece una situación de malos tratos y engloba todas las tipologías. Una sola respuesta positiva determina el seguimiento del caso. El principal problema es que en ocasiones la propia víctima es incapaz de dar respuestas reales.
Conflict Tactic Scale	Strauss, 1979 y Strauss, 1995	Este test pretende captar las circunstancias que pueden ser injuriosas o preocupantes en la vida de una persona mayor. Se centra en la captación del grado de violencia que utilizan los miembros de una familia para resolver sus conflictos, verbal o física, a través de los 19 ítems.
Qualcare Sacale	Phillips, et al 1990	Se centra en la exploración de las necesidades de las personas mayores y su cobertura a través de 52 ítems distribuidos en seis categorías. Se recogen datos sobre el cuidado físico, la salud, los aspectos emocionales, los financieros, el entorno y los derechos humanos.

Fuente: M. Tabueña, op. cit. p. 161.

Hay que tener en cuenta que su utilización como cribado puede conllevar diversos riesgos como el de culpabilizar a personas mayores y familiares. No existen instrumentos válidos suficientemente sensibles y específicos para la detección; tampoco evidencias científicas que permitan aconsejar o rechazar su utilización como cribado en exámenes periódicos de salud.

7.4. PROPUESTA DE ALGUNOS INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN

En este apartado presentamos la propuesta y avance de algunos instrumentos e indicadores que pueden ser utilizados para la detección del maltrato en los diferentes ámbitos en los que se produce y teniendo en cuenta tanto a la persona que los sufre como a la que los infringe.

7.4.1. POSIBLES INDICADORES PARA ELABORAR UNA ENCUESTA QUE APLICAR A RESIDENTES GERIÁTRICOS

Para recabar información sobre los maltratos, el instrumento que aplicar a residentes en geriátricos deberá contener los siguientes datos:

- Edad.
- Género.
- Tipo de residencia: pública / privada.
- Tipo de plaza residencial: válida / asistida / psicogeriátrica.
- Considera que ha recibido algún tipo de maltrato: sí / no.
- Se siente maltratado por: familiares / médicos / personal sanitario / auxiliares / trabajador social / administrativos / dirección.
- Identifique en qué ha consistido el maltrato recibido: Incitan al suicidio / Restringen su libertad / Maltrato verbal / Lanzan sustancias desagradables / Prestan el teléfono.
- Condiciones humanas de la residencia: Alimentación adecuada / Medicamentos a tiempo / Ropa adecuada.
- Abuso físico: Lesiones corporales / Desgarros / Fracturas de caderas / Traumatismo / Quemaduras / Contusiones.
- Depresión: sí / no.
- Síntomas de abuso económico: Despojo de sus propiedades / Atención a cambio de dinero.
- Signos de negligencia activa: Desnutrición / Atención responsable / Medicamentos a tiempo.
- Descuido personal: sí / no.

7.4.2. CUESTIONARIO DE DESPISTAJE REALIZADO POR LA CANADIAN TASK FORCE⁸¹

Consiste en una serie de preguntas directas que fueron sugeridas para que fuesen incorporadas en los encuentros rutinarios con las personas mayores con el fin de determinar el riesgo de maltrato.

- ¿Le han pegado o hecho daño?
- ¿Le han cogido cosas suyas?
- ¿Le han regañado o amenazado?
- ¿Tiene miedo a alguien en casa?
- ¿Ha firmado documentos que no comprendía?
- ¿Está solo a menudo?
- ¿Alguna vez no le han ayudado cuando lo necesitaba?
- ¿Le han tocado sin su consentimiento?
- ¿Le han obligado a hacer cosas que no quería?

Entre diversos expertos españoles se considera que estas preguntas, demasiado directas, probablemente sean inaceptables en nuestro entorno.

7.4.3. INDICADORES DE MALTRATO EN EL CUIDADOR Y LA PERSONA MAYOR (IOA)⁸²

Este instrumento fue desarrollado por Reis y Nahmiash, a través de la selección de un conjunto de indicadores de maltrato identificados en investigaciones anteriores. Este instrumento está compuesto por 27 ítems y evalúa tanto indicadores presentes en el cuidador como en la persona cuidada. Mide, por tanto, el número de indicadores de maltrato presentes y es completado por personal entrenado.

⁸¹ Extraído de Sánchez del Corral Usaola, Francisco, y Ruipérez Cantera, Isidoro (2004): *Violencia en el anciano*. En F. Sánchez del Corral, e I. Ruipérez. *Abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño*. Portal Mayores [Fecha de publicación: Junio-2004]. <http://www.imsersomayores.csc.es>.

⁸² This material is from "When Seniors Are Abused, A guide to Intervention" by Myrna Reis & Daphne Nahmiash (Toronto: Captus Press Inc., 1995). Reprinted with permission of Captus Press Inc., Units 14 & 15, 1600 Steeles Ave. W., Concord, Ontario, Canada L4K 4M2 Tel: 416-736-5537, Fax: 416-736-5793, Email: info@captus.com, Internet: <http://www.captus.com>.

La lista de los ítems, que indican maltrato, está enumerada por orden de importancia. "Después de haber realizado una evaluación en el domicilio, por favor, indique la frecuencia de cada uno de los ítems de 0 a 4. No omita ninguno de los ítems y valórelos en función de su opinión actual".

0 = no existente

1 = leve

2 = moderado

3 = probablemente / moderadamente grave

4 = sí / grave

00 = no aplicable

000 = no sabe

Edad del cuidador

Parentesco entre el cuidador y la persona cuidada _____ cónyuge

_____ no cónyuge

Cuidador

1. Tiene problemas de conducta.
2. Es económicamente dependiente.
3. Tiene problemas mentales / emocionales.
4. Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias.
5. Tiene expectativas no realistas.
6. No comprende el alcance de la enfermedad de su familiar.
7. Se muestra reticente con respecto al cuidado de su familiar.
8. Tiene conflictos maritales / familiares.
9. Tiene una mala relación con la persona a la que cuida.
10. No tiene experiencia en el cuidado.
11. Es una persona que culpa a otra.
12. En el pasado tenía una mala relación con la persona a la que cuida.

Persona cuidada

1. Ha sido maltratada en el pasado.
2. Tiene conflictos maritales / familiares.
3. Carece de entendimiento sobre el alcance de su enfermedad.
4. Está aislada socialmente.
5. Carece de apoyo social.
6. Tiene problemas de conducta.
7. Es económicamente dependiente.
8. Tiene expectativas no realistas.
9. Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación.
10. Tiene una mala relación actual con la persona que la cuida.
11. Tiene caídas / lesiones sospechosas.
12. Tiene problemas mentales / emocionales.
13. Es una persona que culpa a otra.
14. Es emocionalmente dependiente.
15. No tiene un médico habitual / fijo.

Puntuaciones totales:

- a. Número de ítems que se han puntuado de 1 a 4 (se excluyen los ítems puntuados con cero), puede ser de 0 a 22.
- b. Suma total de la puntuación de todos los ítems (de 0 a 88).
- c. Suma total sólo de la puntuación de los ítems del cuidador (de 0 a 44).

Interpretación de los resultados: los indicadores de maltrato son enumerados por orden de importancia. En general, los indicadores del cuidador tendrían más peso que los indicadores de la persona mayor. Sin embargo, la lista de indicadores junta indica maltrato. Así, el mayor número de indicadores presentes (0-22), la puntuación total más alta (0-88) y la puntuación del cuidador (0-44) indican que es más probable que ocurra el maltrato. La tasa total (0-88) en un grupo de cuidadores diagnosticados como abusivos consistiría en una puntuación media de aproximadamente 16. Por el contrario, una puntuación media alrededor de 4 implicaría que no hay maltrato. Cada indicador que se evalúa entre 1 y 4 debe ser explorado clínicamente, aunque cada indicador de forma individual no indica en sí mismo maltrato.

7.4.4. CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES DE HWALEK-SENGSTOCK [THE HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (EAST)]⁸³

El Cuestionario de Detección del Maltrato a Personas Mayores de Hwalek-Sengstock [(The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (EAST))] (Neale, Hwalek, Scott, Sengstock y Stahl, 1991) está compuesto por 15 ítems, de los cuales nueve discriminaban entre personas mayores que habían informado que se encontraban en una situación de maltrato y éste había sido confirmado, personas mayores que había informado de maltrato pero que posteriormente éste no fue confirmado y un grupo de control (Neale, Hwalek y Scott, 1991). Este test es una medida de autoinforme, y es completado por la propia persona mayor.

A través de estos 15 ítems se miden tres aspectos del maltrato a mayores:

1. La violación de los derechos personales o maltrato directo.
2. Características de vulnerabilidad.
3. Potenciales situaciones abusivas.

1. ¿Alguien pasa tiempo con usted, para ir de compras o al médico? (no)
2. ¿Está ayudando a alguien? (sí)
3. ¿A menudo se siente triste o solo? (sí)
4. ¿Quién toma las decisiones relacionadas con su vida, por ejemplo, decidir con quien debe vivir o donde debe vivir? (otro)
5. ¿Se siente incómodo con alguien de su familia? (sí)
6. ¿Puede tomar usted mismo su medicación? (no)
7. ¿Siente que nadie le quiere a su alrededor? (sí)
8. ¿Alguien de su familia bebe mucho? (sí)

⁸³ Extraído de Sengstock, M. C., y O'Brien, J. G. (2002): Identifying and Treating Domestic Abuse in the Elderly: A Training Program for Health and Social Service Professionals (<http://hometown.aol.com/mcsengstoc/eldabuse.htm>) y de Wolf, R. (2000): Risk assessment instruments. Special Research Review Section. National Center on Elder Abuse Newsletter (<http://elderabusecenter.org/research/risk.html>). Selección y Traducción realizada por Gema Pérez Rojo (gema.perez@uam.es), Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

9. ¿Alguien de su familia hace que permanezca en la cama o le dice que usted está enfermo cuando usted sabe que no lo está? (no)
10. ¿Alguien le ha forzado a hacer cosas que no quería hacer? (sí)
11. ¿Alguien le ha cogido cosas suyas sin pedirle su consentimiento? (sí)
12. ¿Confía en la mayor parte de su familia? (no)
13. ¿Alguien le ha dicho que usted da demasiados problemas? (sí)
14. ¿Tiene suficiente intimidad en casa? (no)
15. ¿Alguien cercano ha intentado recientemente herirle o hacerle daño? (sí)

Al final de cada pregunta, entre paréntesis, se indica la respuesta que se relacionaría con el maltrato. Por lo tanto, el maltrato está asociado a la respuesta "no" a las preguntas 1, 6, 12 y 14; a la respuesta "otro" al ítem 4 y, con la respuesta "sí" al resto de los ítems.

Este instrumento está todavía en fase de desarrollo y no ha sido completamente contrastado. Están en curso más pruebas para comprobar su validez y fiabilidad. Como consecuencia, no se conocen completamente su efectividad y sus limitaciones para su uso, ya que existen limitaciones en su validez y tiene una tasa elevada de falsos positivos.

7.4.5. PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN PARA DETECTAR EL MALTRATO⁸⁴

Michael Davies adapta el protocolo de detección propuesto por Fulner (1984) y Ross (1985) y plantea las siguientes cuestiones o indicadores de exploración:

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL ANCIANO

Evaluación General:

Ropa: Rasgada / manchada / desarreglada

Higiene: Olor corporal / suciedad

⁸⁴ M. Davies: "Detección del maltrato: una herramienta de evaluación para los profesionales de la enfermería", en P. Decalmer y F. Glendenning, El maltrato a las personas mayores, Paidós, Barcelona, 2000, pp. 150-154.

Aspecto: Despeinado / uñas largas en manos y pies

Alimentación: Tez / labios / bocal / hidratación

Piel: Úlceras (localización) / irritación por orina (localización) / ex-coriación (localización).

Evaluación física:

1. **Equimosis**⁸⁵: (localización / color / tamaño): hombros / glúteos / muslos / antebrazos / labios / boca / cara / ojos / otras.
2. **Rozaduras / desgarros**: (localización / color / tamaño): boca / labios / encías / genitales / glúteos / otras.
3. **Alopecia / hemorragias** (comentarios).
4. **Deformidades visibles** (comentarios y localización). Contracciones / dolor / sensibilidad / entumecimiento.
5. **Abuso sexual** (basándose en observaciones): genitales (área vaginal y anal) / equimosis / hemorragias / dolor / enrojecimiento / picor / arañazos / derrames / vergüenza exagerada.
6. **Evaluación cognitiva/emocional**: preocupado-ansioso / agresivo / depresión (triste, pérdida de interés, sentimiento de desesperación, retraimiento, lloroso) / habla incomprensible / somnolencia / reducción de la sensibilidad perceptiva / se encoge ante la aproximación / irritable, se enfada con facilidad / defensivo / evasivo / precavido / desconfiado / confuso / desorientado / trastornos del sueño / indicios de infantilismo. Comentarios.
7. **Relaciones con el cuidador**: Defensivo / precavido / hostil / pasivo / temeroso. Cambios cuando se marcha el cuidador.
8. **Efectos personales**: Dinero en efectivo / artículos de aseo / pañuelos de papel / periódicos / material de escribir / sellos / dulces / refrescos / ropa personal.

⁸⁵ Mancha lívida, negruzca o amarillenta de la piel o de los órganos internos, que resulta de la sufusión de la sangre a consecuencia de un golpe, de una fuerte ligadura o de otras causas (DRAE).

Opinión personal del evaluador.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA CUIDADORES

1. **Relación con el paciente:** Familiar / otra.
2. **Edad:** Menos 21 años / 21-39 / 40-59 / 60-75 / más 75.
3. **Sexo:** Hombre / mujer.
4. **Estado Civil:** Casado / soltero / separado / divorciado / viudo / otro.
5. **Situación doméstica** (convive con): solo / con el paciente / con el cónyuge / con los hijos / con otros.
6. **Indicios de:** Alcoholismo / drogodependencia / enfermedad física / enfermedad mental / retraso mental / dependencia económica / antecedentes de violencia en la familia / otros.
7. **Indicios de estrés:** Frustración / agotamiento / ansiedad / falta de amor propio / falta de tiempo de ocio / problemas matrimoniales-filiales.
8. **Conocimiento de la situación del paciente** (bueno/malo): salud física/mental (bueno/malo) / ayuda con actividades diarias: bañarse, vestirse, comer, movilidad, ir al lavabo (bueno/malo) / régimen de tratamiento: medicación, alimentación, ejercicio, tratamientos, otros (bueno/malo).
9. **Actitud hacia el paciente:** Enfadado / censorador / crítico / excesivamente preocupado / resentido / despreocupado.
10. **Actitud hacia los profesionales:** Defensivo / agresivo / irritable / suspicaz.
11. **Comportamiento hacia el paciente durante la visita:** Demuestra una falta de contacto físico, facial, ocular, verbal.

Resumen y opinión general del evaluador.

7.5. SUGERENCIAS PARA ROMPER LAS BARRERAS DE COMUNICACIÓN CON LA POTENCIAL VÍCTIMA

La observación de la presencia de indicadores de maltrato a personas mayores nos debe llevar a poner a punto estrategias para romper las potenciales

barreras de comunicación con la persona mayor. Los profesionales que prestan atención comunitaria desde los centros de atención primaria, como los centros de servicios sociales, ocupan una situación privilegiada para la observación, por lo cual es fundamental la formación de estos profesionales en la práctica de dichas estrategias.

Principios claves de interacción:

- Adaptar el mensaje al nivel cognoscitivo de la persona mayor.
- Propiciar un ambiente relajado.
- No juzgar las opiniones.
- Establecer una relación empática.

Estrategias formales para la entrevista:

- Mantener una postura relajada.
- Mantener el contacto visual.
- Mostrar atención.
- Actitud tranquila.
- Repetir ideas expresadas por la persona mayor.
- Realizar una síntesis final del discurso.
- Formular preguntas.

Contenidos básicos para expresar en la entrevista:

- Asegurar la confidencialidad.
- Realizar preguntas abiertas y generales.
- Conectar lo que a ella le preocupa subjetivamente con lo que se objetiva como problemático.
- Realizar preguntas específicas en torno a la relación con el potencial responsable de los malos tratos.

- Validar el derecho que tiene a sus sentimientos, miedos...
- Identificarse como alguien que quiere apoyarle.
- No entrar en juicios de valor y mostrar sensibilidad ante las necesidades de todos los miembros de la familia.

tercera parte:

Prevalencia e incidencia
de los malos tratos en
Castilla y León



8. LOS MALOS TRATOS EN CASTILLA Y LEÓN

En esta última parte abordaremos dos aspectos fundamentales. En primer lugar, trataremos de hacer la proyección de la incidencia de los malos tratos a personas mayores en Castilla y León, teniendo en cuenta los diferentes escenarios y tendencias puestas de manifiesto por estudios de ámbito nacional e internacional. Partiendo de las prevalencias establecidas por dichos estudios, intentamos hacer un diseño de la problemática en Castilla y León, teniendo en cuenta los distintos ámbitos geográficos y realidad de las personas mayores.

En el segundo bloque de aspectos intentamos avanzar en el diseño de la metodología que debe seguirse en la fase de búsqueda, cuantificación y verificación de los malos tratos tanto en el ámbito institucional como en el ámbito familiar, aspectos que deberán ser abordados en fases sucesivas.

8.1. PREVALENCIA

Por **prevalencia** se entiende **el número total de personas que han experimentado abuso, maltrato, negligencia o explotación en un momento determinado**; generalmente se toma como referencia un año natural.

Existen pocas investigaciones en el ámbito internacional, y casi ninguna en el nacional, que nos presenten con cierta fiabilidad datos relativos a la prevalencia de los malos tratos a personas mayores, y todas presentan dificultades, tanto para el desarrollo de su estudio como para la comparación y análisis de los resultados obtenidos entre las distintas investigaciones.

Las principales dificultades presentadas en los distintos estudios son relativos a:

- **La naturaleza del objeto de la investigación:** El maltrato a los mayores es un tema que habitualmente se encuentra con bastantes dificultades para su detección (cuestiones de privacidad, de ocultación o simplemente que a veces no es obvio ni para la propia víctima), por lo que es bastante difícil calcular la prevalencia del maltrato al ser un fenómeno oculto o escondido.
- **La propia definición de maltrato:** El hecho de que exista un amplio abanico de definiciones hace que en los diversos estudios revisados se investiguen situaciones diferentes, y esto se ve reflejado en unas cifras dispares de prevalencia que van desde el 3 al 12, lo que dificulta la realización de comparaciones o extrapolaciones a otros contextos.

- **Problemas para seleccionar la muestra:** La mayoría de los estudios de investigación reconocen que las personas mayores seleccionadas para la muestra son o bien personas autónomas, o bien que no tienen dificultades para entender y responder, dejando a un lado a las personas mayores con graves problemas de dependencia o demenciadas, personas que por otra parte son las que mayor riesgo tienen de sufrir determinadas formas de maltrato, por lo que en muchos casos las muestras son sesgadas y así lo reconocen sus autores.
- **Dificultades para distinguir situaciones abusivas o de maltrato de otras excepcionales:** A veces los propios investigadores reconocen las dificultades para diferenciar una situación excepcional (un grito, una inmovilización...) de un maltrato.

Una vez tenidas en cuenta tanto las dificultades para la obtención de la prevalencia de los malos tratos como las escasas investigaciones existentes y con diferentes enfoques metodológicos entre sí, nos encontramos con que las estimaciones de prevalencia en el maltrato a personas mayores en las distintas investigaciones se sitúan entre el 2 y el 12%⁸⁶. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la prevalencia del maltrato a las personas mayores se sitúa en torno al 6%, mientras que el Instituto Nacional para la Prevención del Abuso a Mayores (INPEA), de ámbito estadounidense, aporta unas cifras de prevalencia cercanas al 5%.

Los datos que se manejan en las distintas investigaciones anglosajonas indican que entre el 5 y el 9% de las personas mayores de ese país sufren abuso psicológico (especialmente abuso verbal) y entre el 1 el 2% abuso físico y financiero. Uno de los principales estudios sobre prevalencia en Gran Bretaña⁸⁷ ya advierte de las dificultades de realizar este tipo de investigaciones, ya que excluyeron a aquellas personas mayores que por sus condiciones físicas y/o mentales no podían participar en el estudio a pesar de que son las que mayor riesgo tienen de sufrir maltrato.

⁸⁶ Sánchez del Corral Usaola, F., Ruipérez Cantera, I. (2004): "Violencia en el Anciano". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n.º 21 (junio 2004).

⁸⁷ Ogg y Benett, 1992.

Tabla 1: Comparación de resultados de investigaciones I (ámbito anglosajón)

Tipo de abuso	Boston Usa 1986*	Canadá 1990**	Gran Bretaña 1992***
Físico	20 ‰	5‰	15.2‰
Verbal	11‰	11‰	53.9‰
Financiero	No incluido	25‰	15.2‰
Negligencia	4‰	4‰	No incluido

Elaboración propia a partir de:

* Pillemer, K. A., y Finkelhor, D.: The prevalence of elder abuse: a random sample survey, *The Gerontologist*, 1988.

** Podnieks, E.: Nacional survey on abuse of elderly in Canada. The Ryerson study. Ryerson Polytechnical Institute, Toronto, 1990.

*** Ogg, J., y Bennett, G.: Elder abuse in Britain. *British medical journal*, 1992.

También la delimitación de las definiciones de abuso es importante para empezar a realizar un estudio. Las conclusiones según el informe de Pittaway y Gallager (1995) sobre la prevalencia de los abusos combinados con distintas variables indican lo siguiente:

- **Edad:** A más edad, más posibilidades de ser objeto de abuso (enlazado con el concepto de fragilidad y vulnerabilidad). También conviene destacar que pasada cierta edad, 85 años, se incrementan las posibilidades de que el tipo de abuso sea de negligencia / descuido / abandono, y/o financiero.
- **Género:** Las mujeres son significativamente el grupo con mayor probabilidad de ser objeto de maltrato, aunque matizado por el hecho de que son demográficamente más que los hombres.
- **Condición económica:** Las diversas investigaciones no han detectado ninguna relación directa entre el nivel económico del mayor y las posibilidades de sufrir algún tipo de maltrato.
- **Relaciones de convivencia:** Según el estudio realizado por Podnieks en 1990, en Canadá existe una relación directa en cuanto a las posibilidades de ser objeto de un determinado tipo de abuso. Mientras que las personas que viven solas tienen más posibilidad de ser objeto de abusos económicos y de negligencias, las personas que viven con su cónyuge padecen más el maltrato físico y verbal.

Tabla 2: Relación de convivencia y tipo de abuso. Canadá, 1989

Relación de convivencia	Físico %	Psicológico (verbal) %	Económico %	Negligencia %
Vive solo/a	0	8	58	38
Con esposo/a	73	69	31	12
Con un hijo/a	0	4	8	13
Con esposo/a e hijo/a	18	11	0	25
Otras	9	8	4	12

Elaboración propia a partir de Podnieks, E., National survey on abuse of elderly in Canada. The Ryerson study, Ryerson Polytechnical Institute, Toronto, 1990.

Otras dos investigaciones europeas aportan también cifras relativas a la prevalencia del maltrato a las personas mayores en los distintos ámbitos de su investigación (tanto territoriales como conceptuales). Los resultados recogidos son los siguientes:

Tabla 3: Comparación de resultados de investigaciones II (ámbito europeo)

Tipo de Maltrato	Ámsterdam 1994*	Finlandia 1992**
Negligencia	0,2%	
Agresión verbal	3,2%	
Agresión física	1,2%	
Abuso económico	1,4%	
Total	5,6%	Total todos los tipos 5,4%

* Hannie Comijs (1999): Elder Mistreatment: Prevalence, risks indicators and consequences. Amsterdam, Vrije Universiteit, 25.

** Kivela, S.L., et. al. 1992: "Abuse in old age: epidemiological data from Finland", Journal of Elder Abuse & Neglect, 4 n.º 3, pp. 1-18.

Datos obtenidos a partir de Bazo, M. T.: Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores. En Cuesta Arizmendi, J. L.: "El maltrato de personas mayores", Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. Hurkoa Fundazioa, San Sebastián, 2006.

La mayor parte de las investigaciones realizadas en España en relación a los malos tratos en personas mayores han prestado una mayor atención a los factores de riesgo que pueden condicionar situaciones de malos tratos, y la búsqueda

queda de las herramientas adecuadas para su detección, que a producir datos fiables que estimen la prevalencia de los malos tratos en España^{88 89}.

Conviene destacar no obstante dos estudios realizados recientemente en nuestro país y que recogen datos sobre prevalencia de malos tratos.

- **Violencia doméstica:** prevalencia de sospecha de malos tratos⁹⁰: Se obtiene una prevalencia bastante alta (11,9%), pero sobre todo porque se trata más de sospecha que de confirmación del abuso.
- **Negligencia y malos tratos a personas mayores** en España⁹¹: Sitúa la prevalencia de los malos tratos a personas mayores en España en el 4,7%. Esta investigación se realizó mediante entrevistas a profesionales (auxiliares de SAD) que atienden a 2.351 personas mayores de cinco municipios del País Vasco, Andalucía y Canarias. Son por lo tanto datos referidos a personas mayores dentro del ámbito domiciliario.

De la investigación de la Dra. Bazo destacamos los siguientes aspectos:

- El 55% de los casos de maltrato son perpetrados por hijos/as biológicos o políticos.
- El 12% del maltrato está causado por el cónyuge.
- El 7% de las situaciones de maltrato lo perpetran hermanos.
- El 25% de situaciones de maltrato es realizado por otras personas.
- No todos los tipos de maltrato se dan por igual.
- Las negligencias en el cuidado físico son superiores al de los cuidados psicoafectivos, al maltrato psicológico y emocional.
- La incidencia o modalidad de maltrato más frecuente son las de abandono o trato incorrecto.

⁸⁸ Marín, N., Delgado, J. L., et al.: Síndrome del maltrato y abuso en el anciano. Rev. Esp. Geriatr. y Geront. 1991, 26, 1, pp. 40-46.

⁸⁹ Muñoz Tortosa, O. C.

⁹⁰ Ruiz San Martín, A., Altet Torner, J., Porta Martí, N. y col.: Violencia doméstica- prevalencia de sospecha de malos tratos en ancianos. Atención primaria 2001; 27, pp. 331-334.

⁹¹ Bazo, M. T.: Negligencia y malos tratos a personas mayores en España. Rev. Esp. de Geriat. y Geront. 2001, 36 (1), pp. 8-14.

- Los varones sufren más situaciones de desatención física y psicológica que las mujeres.
- Las mujeres suelen sufrir más que los hombres el maltrato físico, psicológico y el abuso económico.
- Las mujeres suelen sufrir más de un tipo de maltrato.

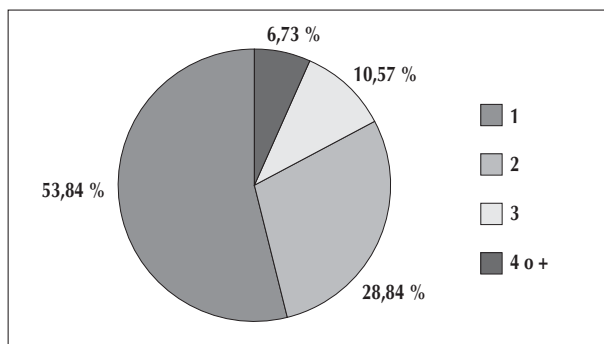
Según T. Bazo⁹² la negligencia en el cuidado físico que implica una falta de atención física, material, ocurre más entre quienes tienen dificultades o dependen de otras personas para vestirse, afeitarse y alimentarse. La negligencia en el cuidado psicoafectivo que conlleva falta de cariño y detalles afectuosos parece darse más entre quienes son dependientes para su aseo personal, alimentarse y controlar los esfínteres. Ambos tipos de negligencia se relacionan. Pueden ser más descuidadas y desatendidas física y afectivamente las personas que dependen de otras para su cuidado personal, lo que implica el cuidado corporal, al hilo de lo cual puede recordarse el significado simbólico del cuerpo así como su atractivo o repulsión en función de la edad o la enfermedad. Son de naturaleza diferente el maltrato psicoafectivo y el abuso material, más relacionados con el hecho de ser mujer que con ciertos tipos de dependencia física. El riesgo de sufrir abuso económico es mayor entre las personas que viven solas.

La mayor parte de los malos tratos recogidos en esta investigación (81%) se producen en mujeres, y el 19% restante en varones, aunque, como la propia investigadora se apresura a apuntar, esto no significa una feminización de los malos tratos, sino que "las mujeres son mayoría en la ancianidad y sobre todo entre los grupos de más edad, y tienden más que los varones a sufrir enfermedades discapacitantes. Se entiende que los modelos de morbilidad en los varones les conducen a morir, y los de las mujeres a sufrir discapacidad".

Otra de las conclusiones extraídas de dicha investigación es que, aunque la mayoría de las personas mayores sufren sólo una modalidad de malos tratos (53,84%), no es infrecuente que la víctima de los malos tratos lo sea de varios tipos a la vez.

⁹² T. Bazo: "Incidencia y prevalencia del maltrato de los Mayores", en Cuesta Aramendi, J. L.: El maltrato de personas mayores, Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar, San Sebastián, 2005, pp. 45 y ss.

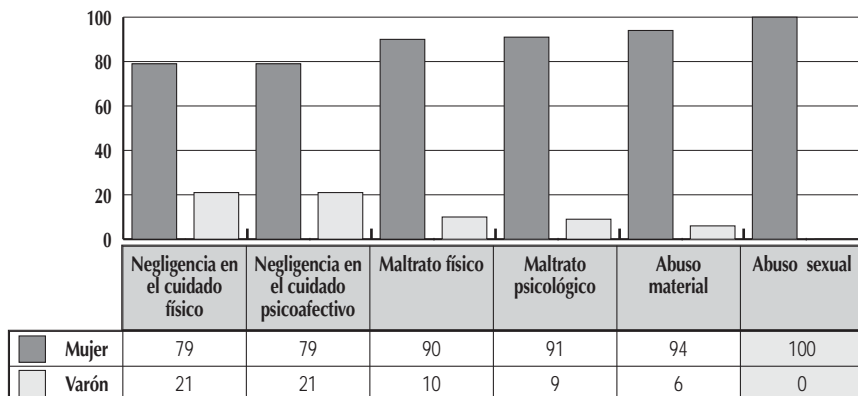
Gráfico 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIPO DE MALOS TRATOS SUFRIDOS



Elaboración propia a partir de Bazo, M. T.: Negligencia y malos tratos a personas mayores en España, 2001.

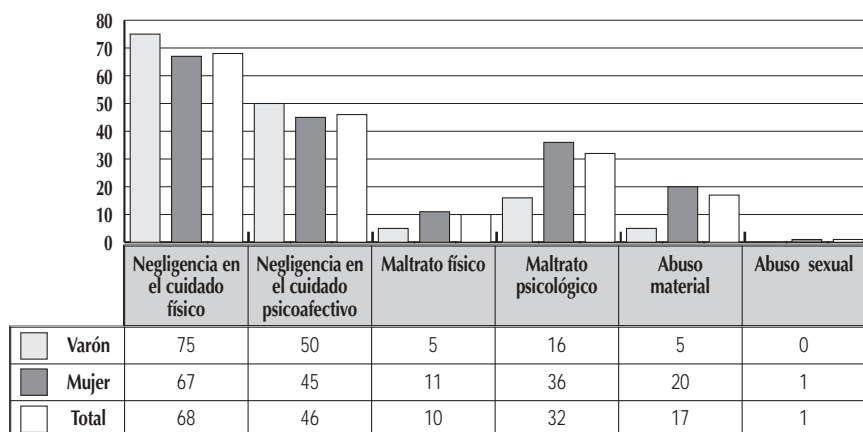
En relación a las distintas tipologías de maltrato, la investigación distingue las siguientes: Negligencia (diferenciando entre física y psicológica), maltrato físico, maltrato psicológico, abuso material y abuso sexual, obteniendo estos resultados:

Gráfico 2. Porcentaje total de tipos de maltrato por género según tipo de maltrato



Elaboración propia a partir de Bazo, M. T.: Negligencia y malos tratos a personas mayores en España, 2001.

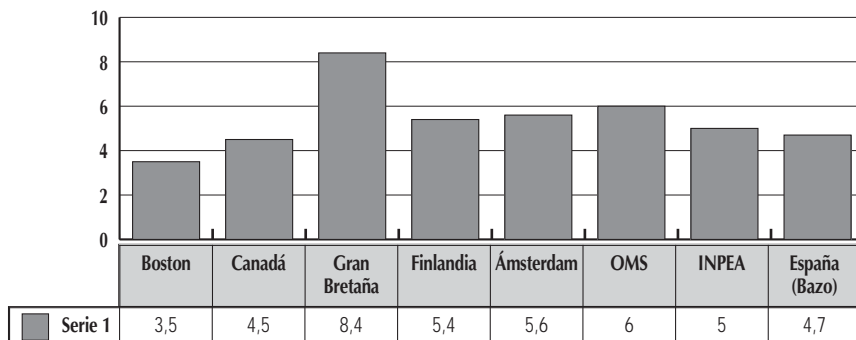
Gráfico 3. Porcentaje de personas maltratadas por tipos de malos tratos, según género



Elaboración propia a partir de Bazo, M. T.: Negligencia y malos tratos a personas mayores en España, 2001.

Realizando una comparativa de las distintas fuentes utilizadas, y recalcando que las investigaciones están mediatizadas tanto por la conceptualización del término de “maltrato” como por la metodología empleada para la detección de su prevalencia, nos encontramos con la excepción de los dos extremos, con unos porcentajes muy similares que situarían la prevalencia del maltrato a las personas mayores en el ámbito domiciliario en torno al 5%.

Gráfico 4. Prevalencia del maltrato (en porcentajes). Resumen de investigaciones



En el caso del maltrato institucional, las distintas investigaciones se basan en la información que proporcionan los propios profesionales, referida tanto a los casos que han observado como a los que han cometido. Las limitaciones de este tipo de investigaciones son evidentes. Sin embargo, un 36% de los profesionales han observado casos de maltrato físico y un 10% confiesan haberlos cometido ellos mismos. En cuanto al maltrato de tipo psicológico, un 81% de los profesionales afirman haberlo observado y un 40% dicen haberlo cometido. La única referencia que constata la prevalencia del maltrato a personas mayores en el ámbito institucional la encontramos en "Malos tratos en Instituciones", Muñoz Tortosa y Gímenez López, capítulo 4 de Muñoz Tortosa, J. (2004): *Personas mayores y malos tratos*, Ediciones Pirámide, Madrid, refiriéndose al estudio de Wolf, R., Daichman, L., y Bennett, G., "Abuse of the Elderly", publicado en 2002 y que estima una prevalencia del maltrato institucional cercana al 10%.

8.2. INCIDENCIA

Por **incidencia** se entiende el número de casos identificados o denunciados en un momento dado, generalmente en un año. No se pueden realizar por lo tanto cálculos aproximados, ya que, a diferencia de la prevalencia, que se basa en estimaciones, la incidencia sólo distingue los casos reales denunciados o identificados, y dentro de éstos diferencia los confirmados de los que no lo están.

Ciertos investigadores (Vinton, Sasseti) además afirman que los resultados están demasiado mediatizados, debido a que muchas de las víctimas de malos tratos no lo informan, por múltiples causas (principalmente temor a represalias, pero también por incapacidad...), y otras muchas de quienes lo hacen suelen ser objeto de situaciones de negligencia o abandono, mientras que el resto lo denuncian en menor medida. La mayoría de los estudios epidemiológicos son extranjeros, aunque pueden resultar orientativos. En ellos se habla de 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.

El estudio más amplio y mejor documentado sobre la incidencia del abuso a personas mayores es el norteamericano The national elder abuse incidence study. Final report (1998) American Public Welfare Association, elaborado en

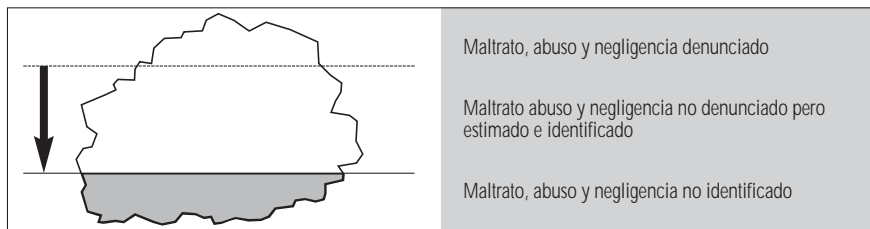
1996 por la NCEA. Este estudio se refiere solamente a los casos de abuso detectados en el ámbito doméstico, incluida la auto-negligencia. Para la elaboración del estudio fue necesario acotar el concepto de abuso y maltrato, ya que en función de uno u otro la detección y por tanto los resultados pueden variar ostensiblemente. Para ello y para la detección de incidencias fue necesario conectar y comunicar a todos los agentes que puedan estar implicados en la detección de los diferentes tipos de malos tratos a personas mayores. En esta investigación participaron los siguientes agentes:

- Agentes Judiciales.
- Policía (oficina del sheriff).
- Servicios Sanitarios.
- Servicios Sociales.
- Bancos y oficinas de ámbito económico.
- Entidades que trabajan con personas mayores.

Los principales resultados obtenidos y que son similares a otras investigaciones menos documentadas fueron las siguientes:

- **Solamente se denuncia 1 de cada 5 casos:** De todas las incidencias detectadas, solamente el 16% fueron informadas a la agencia correspondiente (21% si añadimos los casos de autonegligencia), lo que viene a mostrar el difícil acceso para detectar y actuar ante situaciones de maltrato. Es la denominada Teoría del Iceberg, que desarrolla que, como un iceberg, las situaciones de maltrato detectadas son un porcentaje muy pequeño en relación a las que no llegan a conocerse.

Gráfico 5. Teoría del Iceberg



Teoría del Iceberg. The national elder abuse incidence study. Final report (1998) American Public Welfare Association.

- **La mayoría de los abusos se cometen por “perpetradores”:** Los principales tipos de abuso denunciados en esta investigación hacen una diferenciación dependiendo del “perpetrador” de los mismos:

- Abusos perpetrados por la propia víctima (autonegligencia): 38,4% de los casos
- Abusos perpetrados por terceras personas: 61,6%.

Dentro de los abusos perpetrados por terceras personas, el mayor número de incidencias detectadas han sido debido a negligencias, seguido de maltrato psicológico y financiero, tal y como se refleja en la siguiente gráfica.

Gráfico 6. Distribución de la incidencia del maltrato según su autoría.

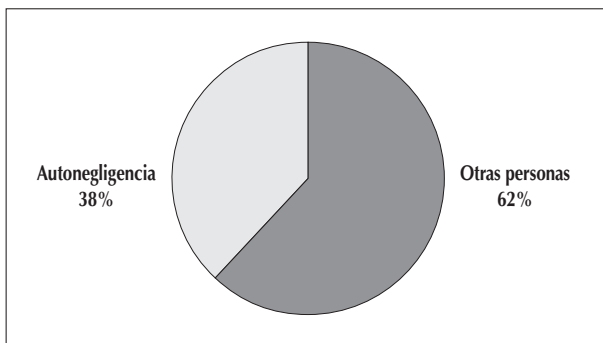
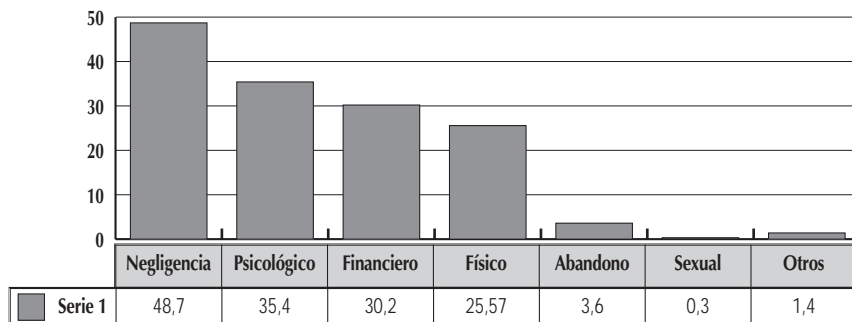


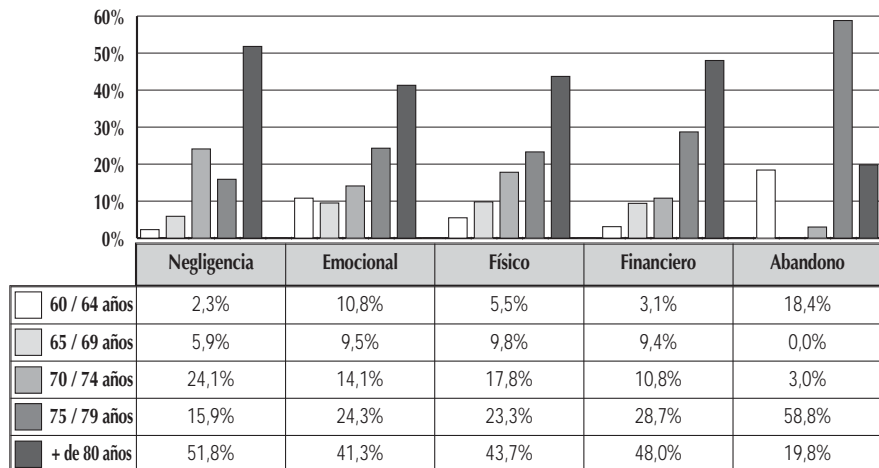
Gráfico 7. Incidencia del maltrato según su tipología (por cada 100 personas/año)



Elaboración propia a partir de The national elder abuse incidence study. Final report (1998) American Public Welfare Association.

No obstante, a pesar de que la negligencia fue la principal causa de maltrato denunciada, en función de la edad de la víctima (y seguramente relacionada por lo tanto con su grado de dependencia), se produjo la siguiente relación entre la edad de la víctima y el tipo de maltrato detectado.

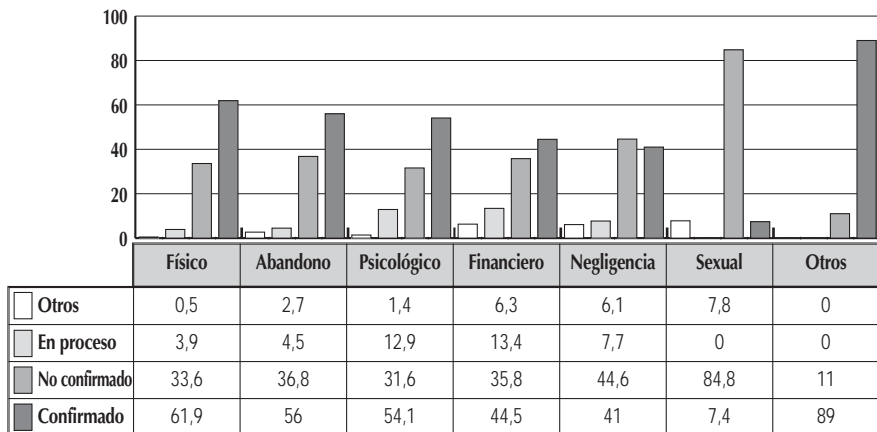
Gráfico 8. Incidencia del maltrato según su tipología y edad de la víctima



Extraído de The national elder abuse incidence study. Final report (1998) American Public Welfare Association. Nota: Una sola persona puede haber sido víctima de más de un abuso.

- **El porcentaje de casos confirmados no llega al 50%:** El 49% de los casos son confirmados, frente a un 39% no confirmado. Los casos que continúan investigándose son el 8%, y quedan fuera el 4%, afectados por otras circunstancias. Y dentro de éstos son los físicos los que con mayor facilidad se confirman, y los sexuales los que menos.

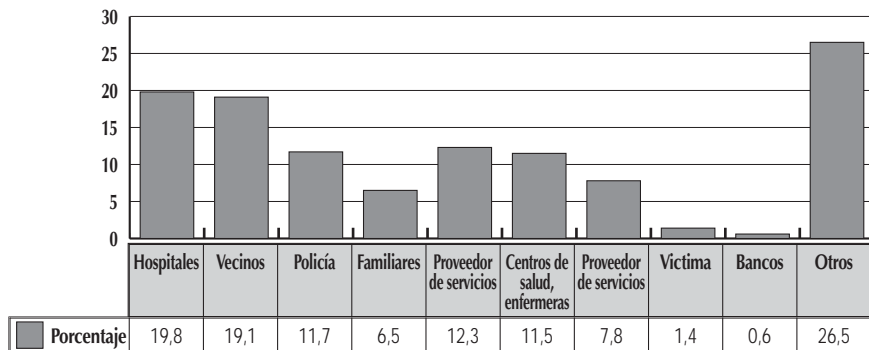
Gráfico 9. Incidencia del maltrato según su tipología y su estado de confirmación



Elaboración propia a partir de The national elder abuse incidence study. Final report (1998) American Public Welfare Association.

- **Los principales denunciadores de los abusos confirmados a los mayores son los siguientes:** Llama la atención el escaso porcentaje de denuncias ejercidas tanto por las propias víctimas (1,4%) como por los familiares (6,5%), lo que sin duda confirma que el maltrato doméstico permanece dentro de la esfera privada o familiar, lo que sin duda hace más difícil su detección.

Gráfico 10. Incidencia del maltrato según denunciante de los abusos confirmados.



Elaboración propia a partir de The national elder abuse incidence study. Final report (1998) American Public Welfare Association.

8.3. CASTILLA Y LEÓN

Debido a las diferencias encontradas en relación a la prevalencia de los malos tratos, para su cálculo en relación a la población de Castilla y León, hemos tomado tres supuestos de las investigaciones realizadas. Por un lado los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, que cifra la prevalencia en unos porcentajes cercanos al 6%, por otro los de INPEA, que los sitúa en torno al 5%, y finalmente los obtenidos por la investigación realizada en España por Teresa Bazo (4,7%). Así mismo hemos diferenciado a las personas mayores que residen en el ámbito familiar con respecto a las que se encuentran institucionalizadas en residencias. Con estos supuestos nos encontramos con los siguientes escenarios:

- Escenario 1: Prevalencia 6%
- Escenario 2: Prevalencia 5%
- Escenario 3: Prevalencia 4,7%

Así mismo los datos de las personas mayores en Castilla y León corresponden a:

- Actualización del Censo de Población de 1 de enero de 2005 recogido en www.ine.es para las personas mayores residentes en Castilla y León.
- Informe socio económico de la situación de Castilla y León (2005), para las plazas residenciales para personas mayores existentes en 2005 en Castilla y León.

8.3.1. ÁMBITO DEL MALTRATO A PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN

Prevalencia de malos tratos en el ámbito domiciliario

Las estimaciones obtenidas indican que entre 31.000 y 40.000 personas mayores tienen posibilidades de sufrir malos tratos dentro del ámbito domiciliario en Castilla y León. Como es lógico, son las provincias con mayor población (León, Valladolid y Salamanca) las que estadísticamente tienen la mayor probabilidad de que las personas mayores puedan ser objeto de malos tratos, ya que en ellas se concentra cuantitativamente el mayor número de personas mayores.

Para la realización del cálculo de las personas mayores residentes en el ámbito domiciliario se ha tomado como año de referencia el 2005 (año con los datos más recientes). El número de personas mayores de 60 años domiciliadas en Castilla y León reflejado en la tabla 4 es el resultado de restar al total de mayores de 60 años residentes en Castilla y León el total de plazas residenciales disponibles en la comunidad autónoma. Los datos obtenidos son orientativos, ya que se toma como hipótesis de trabajo una ocupación del 100% de las plazas residenciales. A ese resultado se han aplicado los distintos escenarios de prevalencia aplicados en diversas investigaciones. Tabla 4.

Tabla 4: Prevalencia de malos tratos en el ámbito domiciliario

PROVINCIA	PERSONAS > 60.*	PERSONAS DOMICILIADAS**	PREVALENCIA OMS (6%)	PREVALENCIA INPEA (5%)	PREVALENCIA BAZO (4.7%)
ÁVILA	51.213	48.735	2.924	2.437	2.291
BURGOS	94.156	88.812	5.329	4.441	4.174
LEÓN	148.176	142.865	8.572	7.143	6.715
PALENCIA	48.094	44.290	2.657	2.215	2.082
SALAMANCA	100.947	95.909	5.755	4.795	4.508
SEGOVIA	42.315	39.985	2.399	1.999	1.879
SORIA	28.913	26.723	1.603	1.336	1.256
VALLADOLID	118.267	111.925	6.716	5.596	5.260
ZAMORA	67.348	64.337	3.860	3.217	3.024
TOTAL	699.429	663.581	39.815	33.179	31.188

* Actualización del Censo de Población de 1 de enero de 2005 recogido en www.ine.es para las personas mayores residentes en Castilla y León.

** Resultado de la resta del total de personas mayores residentes en Castilla y León menos el total de plazas residenciales existentes en el ámbito provincial.

Tomando ahora como referencia los datos de la investigación de Bazo, nos encontraríamos con que casi el 54% sufrirían solamente un tipo de malos tratos (principalmente negligencia), mientras que el 46% restante estaría en riesgo de sufrir otras modalidades, tal y como se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 5: Estimación de maltratos sufridos por la misma persona mayor. Por provincias.

PROVINCIA	PREVALENCIA BAZO (4,7%)	1 tipo (53,84%)	2 tipos (28,84%)	3 tipos (10,57%)	4 o más tipos (6,73%)
ÁVILA	2.291	1.233	662	243	153
BURGOS	4.174	2.246	1.206	442	280
LEÓN	6.715	3.613	1.941	712	450
PALENCIA	2.082	1.120	602	221	139
SALAMANCA	4.508	2.425	1.303	478	302
SEGOVIA	1.879	1.011	543	199	126
SORIA	1.256	676	363	133	84
VALLADOLID	5.260	2.830	1.520	558	352
ZAMORA	3.024	1.627	874	321	203
TOTAL	31.188	16.779	9.013	3.306	2.090

Elaboración propia a partir de Bazo, M. T.: Negligencia y malos tratos a personas mayores en España, 2001.

También tomando como referencia la misma investigación, pero teniendo en cuenta ya la tipología de los malos tratos sufridos por las personas mayores y la posibilidad de sufrir al mismo tiempo más de un tipo de maltrato, nos encontraríamos con estos resultados:

Tabla 6: Estimación de tipos de maltratos sufridos por la misma persona mayor. Por provincias.

PROVINCIA	PREVALENCIA BAZO (4,7%)	Negligencia física (68%)	Negligencia psicoafectiva (46%)	Maltrato físico (10%)	Maltrato psicoafectivo (32%)	Abuso material (17%)	Abuso sexual (1%)
ÁVILA	2.291	1.558	1.054	229	733	389	23
BURGOS	4.174	2.838	1.920	417	1.336	710	42
LEÓN	6.715	4.566	3.089	671	2.149	1.141	67
PALENCIA	2.082	1.416	958	208	666	354	21
SALAMANCA	4.508	3.065	2.074	451	1.442	766	45
SEGOVIA	1.879	1.278	864	188	601	319	19
SORIA	1.256	854	578	126	402	214	13
VALLADOLID	5.260	3.577	2.420	526	1.683	894	53
ZAMORA	3.024	2.056	1.391	302	968	514	30
TOTAL	31.188	21.208	14.347	3.119	9.980	5.302	313

Elaboración propia a partir de Bazo, M. T.: Negligencia y malos tratos a personas mayores en España, 2001.

b) Prevalencia de malos tratos en el ámbito institucional

A la hora de calcular esta prevalencia, es necesario advertir que es un cálculo aproximado y que está condicionado por las siguientes dificultades:

- Existen menos investigaciones sobre prevalencia en el ámbito institucional, por lo que solamente tomaremos como escenario un supuesto de 10%, ofrecido por Muñoz Tortosa y Giménez López citando a Wolf, Daichman y Bennet en "Abuse of the elderly", citado anteriormente.
- Se tomará en este supuesto que la ocupación de las plazas residenciales existentes es del 100%.
- Se tendrá en cuenta que, cuando se habla de maltrato institucional, no solamente se hace en referencia a centros residenciales, sino también centros de salud, hospitales...

Tabla 7: Prevalencia de malos tratos en el ámbito institucional

PROVINCIA	PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS*	Prevalencia estimada (10%)**
ÁVILA	2.478	248
BURGOS	5.344	534
LEÓN	5.311	531
PALENCIA	3.804	380
SALAMANCA	5.038	504
SEGOVIA	2.330	233
SORIA	2.190	219
VALLADOLID	6.342	634
ZAMORA	3.011	301
TOTAL	35.848	3.585

* Plazas residenciales para personas mayores existentes en 2005 en Castilla y León, en Informe socio-económico de la situación de Castilla y León (2005).

** Prevalencia de maltrato en instituciones Wolf, Daichman y Bennet en "Abuse of the elderly", 2002.

También en este caso, y al ser tomada la prevalencia como un valor fijo, a mayor dotación de plazas residenciales para personas mayores mayor número de personas mayores con posibilidad de sufrir malos tratos.

No obstante, y según observa Belsky⁹³, a la hora de investigar el entorno ins-

⁹³ Belsky, Psicología del envejecimiento. Paraninfo Thompson Learning. Madrid, 2001.

titucional, tanto su titularidad como su funcionalidad pueden afectar a que varíen las dinámicas producidas en ese entorno. Este autor lo clasifica tanto en función de la intensidad de la asistencia que ofrecen, diferenciando entre centros de asistencia especializada (residencias, centros de día...) y centros relacionados con la salud (hospitales, centros de salud...), como en función de su titularidad, donde distingue entre centros de titularidad pública, de titularidad privada con ánimo de lucro y de titularidad privada sin ánimo de lucro.

c) Total prevalencia de malos tratos en Castilla y León

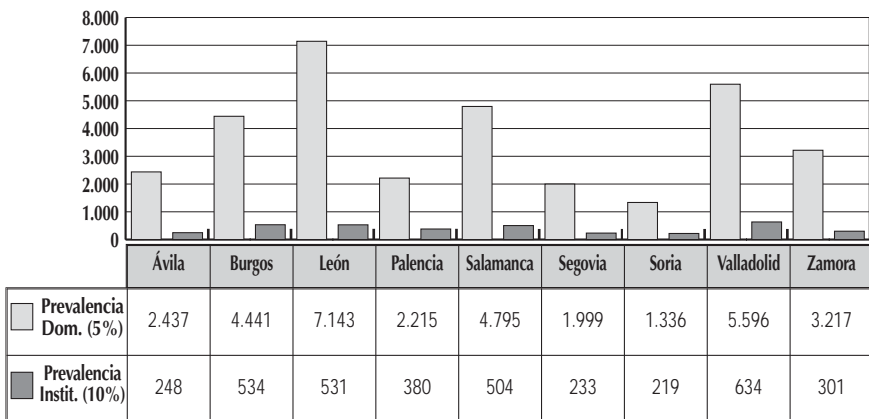
A la hora de calcular estos datos hemos optado por elegir el escenario 2 (5% INPEA), ya que es un punto intermedio entre los otros dos escenarios disponibles. Con estos datos, y teniendo en cuenta las estimaciones anteriormente mencionadas (cálculo del número de domiciliados como la resta del total de mayores residentes menos el total de plazas residenciales existentes, la hipótesis de plena ocupación de las plazas residenciales...), la extrapolación a la población mayor de Castilla y León sería la siguiente:

Tabla 8: Total Estimación de prevalencia de malos tratos

PROVINCIA	PERSONAS > 60	PERSONAS DOMICILIADAS	PERSONAS INSTIT.	PREVAL. DOM. (5%)	PREVAL. INSTIT. (10%)	TOTAL
ÁVILA	51.213	48.735	2.478	2.437	248	2.685
BURGOS	94.156	88.812	5.344	4.441	534	4.975
LEÓN	148.176	142.865	5.311	7.143	531	7.674
PALENCIA	48.094	44.290	3.804	2.215	380	2.595
SALAMANCA	100.947	95.909	5.038	4.795	504	5.299
SEGOVIA	42.315	39.985	2.330	1.999	233	2.232
SORIA	28.913	26.723	2.190	1.336	219	1.555
VALLADOLID	118.267	111.925	6.342	5.596	634	6.230
ZAMORA	67.348	64.337	3.011	3.217	301	3.518
TOTAL	699.429	663.581	35.848	33.179	3.585	36.764

En este escenario nos encontraríamos con que aproximadamente 36.700 mayores pueden sufrir malos tratos en Castilla y León tanto en el ámbito doméstico como en el institucional, cifra que podría llegar a 43.400 si tomamos como referencia una prevalencia del 6% para el ámbito doméstico.

Gráfico 11. Prevalencia total de malos tratos por provincias



Por provincias, sería León, seguida de Valladolid y Salamanca, en las que cuantitativamente mayor número de personas mayores estarían en riesgo de sufrir malos tratos, siendo Soria, Segovia y Palencia en las que menos.

Tomando ahora como referencia la investigación británica Elder Abuse; Update on Research⁹⁴, que recoge el lugar donde se producen los abusos, podríamos completar el mapa de la prevalencia de los abusos a personas mayores en Castilla y León. Esta investigación recoge los siguientes escenarios y porcentajes:

- Maltrato en el domicilio del mayor o del cuidador de éste: 67%.
- Maltrato en alojamientos compartidos por la persona mayor: 4%.
- Maltrato en residencias de mayores: 12%.
- Maltrato en centros de día: 10%.
- Maltrato en hospitales, centros de salud...: 5%.
- Maltrato en otros lugares: 2%.

Con estos datos, y tomando como referencia una prevalencia del 5%, los resultados obtenidos según el lugar donde se comete el abuso serían:

⁹⁴ Mc Creadie, C. (1996): Elder Abuse; Update on Research, Io G King's College London. Actualización del principal libro de referencia sobre el abuso de personas mayores de la propia autora Mc Creadie, C. (1991): Elder Abuse: an exploratory study, Age Concern Institute of Gerontology. King's College, London.

Tabla 9: Maltrato por lugar y provincia

PROVINCIA	TOTAL PREVALENCIA ESTIMADA (5%)	DOMICILIO MAYOR/ CUIDADOR (67%)	ALOJAMIENTO COMPARTIDO (4%)	RESIDENCIA MAYORES (12%)	CENTROS DE DÍA (10%)	HOSPITALES/ CENTROS DE SALUD (5%)	OTROS LUGARES (2%)
ÁVILA	2.437	1.633	97	292	244	122	49
BURGOS	4.441	2.975	178	533	444	222	89
LEÓN	7.143	4.786	286	857	714	357	143
PALENCIA	2.215	1.484	89	266	222	111	44
SALAMANCA	4.795	3.213	192	575	480	240	96
SEGOVIA	1.999	1.339	80	240	200	100	40
SORIA	1.336	895	53	160	134	67	27
VALLADOLID	5.596	3.749	224	672	560	280	112
ZAMORA	3.217	2.155	129	386	322	161	64
TOTAL	33.179	22.230	1.327	3.981	3.318	1.659	664

Elaboración propia a partir de Mc Creadie, C. (1996): Elder Abuse: Update on Research, Io G. King's College, London.

Evidentemente, pese a que sería necesario realizar mecanismos correctores, como es en el caso de las residencias o los centros de día, adaptando las cifras a la realidad de Castilla y León, estos datos sí que nos dan una serie de pistas muy valiosas para enfocar la investigación.

8.3.2. MALTRATO A PERSONAS MAYORES Y TERRITORIO

En una comunidad como Castilla y León, a la hora de extrapolar la prevalencia de los malos tratos, también es importante diferenciar según el territorio. Una de las principales características que afectan a la población mayor de Castilla y León es su elevado índice de ruralidad. Es por lo tanto interesante conocer los datos aproximados de la prevalencia en Castilla y León según el tipo de municipio. Los datos referentes tanto al tamaño del municipio como al número de personas mayores de 60 años residentes en Castilla y León también corresponden a la actualización del Censo de Población de 1 de enero de 2005, recogido en www.ine.es para las personas mayores residentes en Castilla y León.

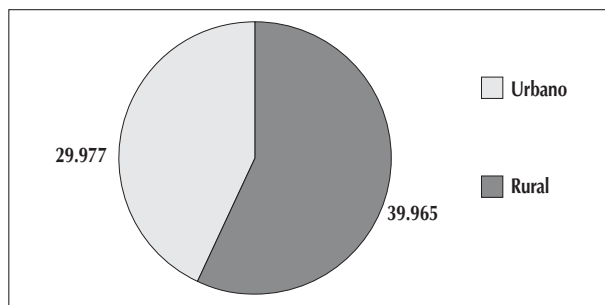
A la hora de diferenciar entre rural y urbano no hemos querido entrar en la controversia establecidas entre demógrafos, economistas y sociólogos para elaborar las distintas clasificaciones de rural y urbano. Hemos diferenciado los

municipios entre mayores de 20.000 habitantes y menores de 20.000 habitantes basándonos en dos premisas:

- La primera es en función de las establecidas por la Ley de Bases de Régimen Local, que dota de competencias de los municipios en función de su población. Nos parece adecuado diferenciar a los municipios en función de las competencias de servicios sociales.
- La segunda es debido a la certeza de que el territorio en sí mismo no es una variable importante a la hora de favorecer o desfavorecer situaciones de maltrato a personas mayores, sino más bien las dinámicas que dentro de éste se producen. Así, las principales diferencias que tener en cuenta en la dicotomía rural vs. urbano no son el tamaño de la población o el peso específico de la población mayor, sino otra serie de factores, entre los que destacan:
 - **La forma de convivencia.** En el medio rural hay un mayor porcentaje que vive sólo o en compañía de otro mayor, lo que facilita que haya más riesgo de existencia de ciertas tipologías de malos tratos (negligencias, abandonos...) y menos de otras (abusos físicos o psicológicos...).
 - La **edad**, asociada ésta al proceso de dependencia. A más edad mayor posibilidad de dependencia, y por lo tanto mayor riesgo de sufrir también unas modalidades de malos tratos y menos otras.
 - El **género**: La masculinización del medio rural es un fenómeno que, aunque atenuado por la mayor esperanza de vida, hace que en el medio rural el porcentaje de mayores varones sea sensiblemente superior al del medio urbano, lo que, al igual que las anteriores premisas, favorece que se den ciertas situaciones de malos tratos y es menos favorable a otras.

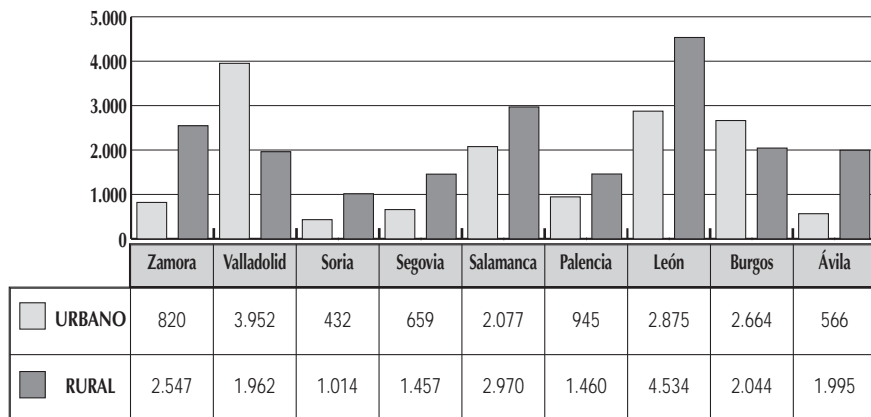
En esta primera aproximación hemos preferido centrarnos únicamente en elementos cuantitativos, aunque apuntando variables que tener en cuenta para la posterior investigación. Lo primero destacable a tenor de los datos es el mayor número de personas mayores residentes en el medio rural (399.658), respecto a las localizadas en las ciudades (299.771).

Gráfico 12. Distribución de las personas mayores según el medio en el que residen



Por provincias nos encontramos con dos provincias (Valladolid y Burgos) donde los mayores residen mayoritariamente en el medio urbano, mientras que en el resto (especialmente en Zamora, León y Ávila) la mayor parte de los mayores residen en los pequeños municipios.

Gráfico 13. Distribución de las personas mayores según el medio en el que residen por provincias



Estos datos nos muestran que dentro de la propia Comunidad Autónoma existe bastante heterogeneidad en relación a la ubicación territorial de los mayores, lo que sin duda hay que tener en cuenta de cara al diseño y realización de la futura investigación.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

BARBA MARTÍNEZ, J. M., Y OTROS: Protocolo regional. Prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años, Instituto de la Mujer de la Región de Murcia.

BAZO, T.: "Incidencia y prevalencia del maltrato de los mayores", en J. L. de la Cuesta Arzamendi (ed.): El maltrato de personas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico interdisciplinar. San Sebastián, 2005.

BELSKY: Psicología del envejecimiento. Paraninfo Thompson Learning. Madrid, 2001.

BERMEJO, J. C., y MARTÍNEZ, A.: "Relación de ayuda, acción social y marginación". Editorial Sal Terrae. Madrid, 1998.

BRONFENBRENNER, U.: "La ecología del desarrollo humano". Paidós. Barcelona, 1987.

BOSCH FIOL, V., y FERRER PÉREZ, A.: "La violencia de género: de cuestión privada a problema social". Revista Intervención Psicosocial. Revista de igualdad y calidad de vida, volumen 9, n.º 1, pp. 7-19.

BOWEN, M.: "De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar". Paidós Terapia Familiar. Barcelona, 1991.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (1992): "Código de conducta. Para combatir el acoso sexual". Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales. Igualdad entre hombres y mujeres.
http://europa.eu.int/comm/equ_opp/glossary/glossary_es.pdf

CONFERENCIA MUNDIAL POR LOS DERECHOS HUMANOS (1993): "Declaraciones y Programas de Acción de Viena". Naciones Unidas. Doc. A/CONF. 157-24.

CONSEIL DE L'EUROPE: La violence envers les personnes âgées. Estrasburgo. Francia, 1992.

CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL: "Acuerdo de 21 de marzo de 2001 sobre la problemática jurídica derivada de la violencia doméstica".

CORSI, J., y col.: "Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención". Editorial Paidós. Colección psicología, Psiquiatría y Psicoterapia. Buenos Aires, 1995.

DECALMER, P. y GLENDENNING, F. (2000): El maltrato a las personas mayores. Editorial Paidós, Barcelona.

DODGE, K. A. y COIE, J. D. (1987): Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*.

ESTÉVEZ, C. A. (2001): "Entre la permisividad y el autoritarismo". *El Tercer Tiempo*. Revista digital para la educación. w.w.w.eltercertiempo.net/articulos

FOEGE, W. H., ROSENBERG, M. L. y MERCY, J. A. (1995): Public health and violence prevention. *Current issues in Public Health*.

FULLER, R. C., y MEYERS, R. (1941): "Some aspects of a theory of social problems". *American Sociological Review*, 24.

GOBIERNO DE CANARIAS (2002), Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria, Servicio Canario de Salud.

HENSLIN, J. (1990): "Social problems today. Coping with the challenger of a changing society". Nueva Jersey, Prentice Hall.

JUSTICIA DE ARAGÓN (2004): Calidad de vida en las personas mayores. Un supuesto especial: el maltrato, Informe especial del Justicia de Aragón, Zaragoza.

KOHN, M. L. (1976): "Looking back. A 25 year review and appraisal of social problems research". *Social Problems*, 24.

LORENTE LÓPEZ, E., MONFORTE PORTO, J. A. y VEGA QUIROGA, S.: Guía para la detección, prevención e intervención del maltrato al anciano, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

MACLEAN, M.: *Mauvais Traitements auprès des personnes âgées: strategies de changement*. Ed. San Martin. Montreal, Canadá, 1995.

MCCREADIE, C. (1996): *Elder abuse: an exploratory study*, Age Concern Institute of Gerontology. King College, London.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2004): Prevención y atención de violencias. Plan nacional 2004-2007. Programa nacional de género y violencia, Bolivia.

MOLINER, M., *Diccionario de uso del español*. Gredos, Madrid.

MORALES SANTOS, A. (2004): Pautas para prevenir el maltrato a personas mayores, Diputación Foral de Guipúzcoa, Gizaurre, 4.

MOYA BERNAL, A., y BARBERO GUTIÉRREZ, J. (2005): Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

MUÑOZ TORTOSA, J. (2004): Personas mayores y malos tratos, Ediciones Pirámide, Madrid.

PERRONE, R., y NANNINI, M.: "Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional". Paidós Terapia Familiar. Argentina, 1997.

PILLEMER, K., y FINKELHOR, D.: The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28, pp. 51-57.

RAVAZZOLA, M. C.: "Historias infames: los maltratos en las relaciones". Ed. Paidós Terapia Familiar. Argentina, 1997.

RUBIO HERRERA y MUÑOZ TORTOSA (2000): Los malos tratos en personas mayores. Un reto a superar en el tercer milenio. *Rev. Geriátrica*.

SÁNCHEZ DEL CORRAL, F., y SANCHO CASTIELLO, M. T. (2004): Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

SATIR, V.: "Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar". Editorial PAX. México, 1991.

SULLIVAN, T., THOMPSON, K., WRIGHT, R., GROSS, G., y SPADY, D.: "Social problems: Divergent perspectives". New York, John Wiley and sons.

TORONTO (2005): Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. Observatorio de las personas mayores, IMSERSO.

WALTERS, R. H., y PARKE, R. D.: Social motivation, dependency and susceptibility to social influence. En BERKOWITZ, L., ed *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1, Nueva York, 1964.

WILL, J.: "La pareja humana: relación y conflicto". Editorial Morata. Madrid, 1993.

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

VINTON, L.: Abused older women: Battered women or abuse elders? *Journal of Women and Aging*, 1991, 3 (3), pp. 5-19.

DOCUMENTOS SOBRE MALTRATO

INFORMES PORTAL MAYORES (IMSERO)

GARCÍA FERNÁNDEZ, J. (2003): Bioética y personas mayores, n.º 4.

CAMINO GARRIDO, V. (2003): La incapacitación de las personas mayores, n.º 8.

LOSADA BALTAR, A. (2004): Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención, n.º 14.

OMS (2003): Informe mundial sobre la violencia y la salud, Ginebra.

PÉREZ ROJO, G. (2004), Tipos de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores, n.º 15.

PÉREZ ROJO, G. (2004): Dificultades para definir el maltrato a las personas mayores, n.º 16.

SÁNCHEZ DEL CORRAL, U., y RUIPÉREZ CANTERA, I. (2004): Violencia en el anciano, n.º 21.

MARTÍNEZ MAROTO, A. (2005): El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española, n.º 40.

PÉREZ DE ONTIVEROS BAQUERO, C. (2005): Protección patrimonial de las personas mayores: el patrimonio especialmente protegido de las personas mayores con discapacidad como medida de protección de los mayores, n.º 42.

BERMEJO GARCÍA, L. (2005): Situación de los sistemas de formación y de cualificación de las ocupaciones en la atención a los mayores dependientes. Propuestas de avance en la elaboración de perfiles ocupacionales y en la formación por competencias, n.º 50.

BOLETÍN SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. PERFILES Y TENDENCIAS

Naciones Unidas y el envejecimiento, 2003, n.º 7.

Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España, 2004, n.º 9.

La protección social a las personas mayores dependientes en Francia, 2004, n.º 10.

Envejecimiento en el mundo rural: necesidades singulares, políticas específicas, 2004, n.º 11.

Las consecuencias del envejecimiento de la población. El futuro del mercado de trabajo, 2005, n.º 20.

La sociedad española de 2005. Preocupación por la violencia.

Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (2002/C 164/01).

ARTÍCULOS DIVERSOS

ALBA ROBLES, L. (2003): "Violencia en el ámbito familiar", Jornadas "Violencia y Sociedad, Alicante.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION: Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago: American Medical Association, 1994, p. 4-2.

ANDRÉS CORRAL, M. (2004): "Malos tratos a las personas mayores: otra forma de violencia", en VI jornada malos tratos y abuso a personas mayores, Ávila, 2004.

II ASAMBLEA MUNDIAL DEL ENVEJECIMIENTO (2002): "Voces ausentes. Opiniones de las personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor", Revista española de geriatría y gerontología, 2002, 37(6), pp. 319-331.

BARRETO, L.: "Una realidad oculta. Maltrato y exclusión en las personas mayores", Congreso internacional sobre maltrato al adulto mayor, Perú.

BAZO, T.: "Vejez dependiente, políticas y calidad de vida", en Papers, n.º 56, pp. 143-161.

BAZO, T. (2001): "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España", Revista española de geriatría y gerontología, 2001, 36(1), pp. 8-14.

BERMEJO GARCÍA, L. (2002): "Negligencia, abuso y maltrato a personas mayores en el ámbito familiar, ¿una responsabilidad compartida?", en Revista Agathos, n.º 4, año 4, Barcelona.

BUITRAGO RAMÍREZ, F., GALÁN GARCÍA, E., y GARROTE FLORENCIO, R.: "Reconocer y abordar el maltrato al anciano", FMC 2006, 13 (7), pp. 370-6.

COSTA ALCARAZ, A. M., y ALMENDRO PADILLA, C. (2006): "Análisis de un caso. Malos tratos en el anciano", www.fisterra.com

PORTAL MAYORES, Maltrato. Preguntas y respuestas, www.imsersomayores.csic.es/salud/maltrato/pyr.html

Cómo evitar los malos tratos al mayor.

www.jubilo.es/asp/página.asp?IDPPagina=2491

FERNÁNDEZ-ALONSO, M. C., y HERRERO VÁZQUEZ, S. (2006): Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria, Atención primaria, Series.

FERNÁNDEZ ALONSO, M. V.: Malos tratos a los ancianos, PAPPS.

FERNÁNDEZ ALONSO, M. C.: Malos Tratos a los ancianos (serie en Internet 2004). Disponible en: www.papp.publicaciones/ancianos.pdf

FERNÁNDEZ ALONSO, M. C., y HERRERO VELÁZQUEZ, S.: Guía de actuación ante los malos tratos contra la mujer. Guías clínicas de actuación para profesionales de atención primaria. Valladolid: Sociedad Castellano y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria (Socalem FYC), 2005.

GONZÁLEZ CEINOS, M., y OTROS (2004): Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental, Revista cubana de medicina general integral, Vol. 20, n.º 1.

Malos tratos en personas mayores, Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología, Rev. Geriátrica, n.º monográfico.

La voz de Galicia, 20/03/2006, Maltrato a los ancianos. ¿Sólos o mal acompañados?.

Pistas: La fundación encuentro y sus cifras sobre violencia: una crítica.

LÓPEZ GARCÍA DE MADINABEITIA, A. P. (2003): Malos tratos en el ámbito institucional, Rev. Mult. Gerontología, 2003, p. 13.

MERI-Mapping existing research and identifying knowledge gaps concerning the situation of older women in Europe. Resumen de la síntesis del informe europeo.

CPME 2002/128, El futuro de la asistencia sanitaria para las personas de la tercera edad.

LÓPEZ-AMBIT MEGÍAS, J.: Maltrato en los ancianos por el personal médico.

MARCO MARCO, C.: Discriminación social de las personas mayores.

MARÍN, N., y DELGADO, J. L.: Síndrome del maltrato y abuso en el anciano. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 1991, 26 1, pp. 40-46.

MOYA, A., y BARBERO, J. (2003): Malos tratos en personas mayores: marco ético, *Revista española de geriatría y gerontología*, 2003, 38(2), pp. 177-185.

RESUMEN DEL ESTUDIO DEL IMSERSO: Vejez, negligencia y abuso... 39(2), pp. 72-93.

NCEA (National Center on Elder Abuse), www.elderabusecenter.org

QUIROGA MÉNDEZ, M. P.: El maltrato a los anciano paso siguiente a la discriminación de los mayores.

PANIAGUA FERNÁNDEZ, R., y MOTA LÓPEZ, R.: Violencia hacia los mayores. La más grave discriminación por edad.

RED LATINOAMERICANA DE GERONTOLOGÍA (2004): Informe de participación en Curso sobre abuso y maltrato a las personas mayores. "Ancianos maltratados en el ámbito familiar".

RUIZ SANMARTÍN, A., ALTET TORNET, J., PORTA MARTÍ, N., et al.: Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten. Primaria* 2001, 27. pp. 331-4.

SÁNCHEZ DEL CORRAL, F., y otros (2004): Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano, *Revista española de geriatría y gerontología*, 2004.

TABUEÑA LAFARGA, C. M. (2003): Malos tratos de ancianos: un problema social y de salud, en *Rev. Servicios Sociales y Política Social*, n.º 65, Madrid.

TABUEÑA LAFARGA, C. M. (2006): Malos tratos y vejez: un enfoque integral, en VI Congreso de EUTS, Zaragoza.

U.S. Preventive Services Task Force, Screening for family and intimate partner violence: Recommendation Statement. *Ann Intern Med.*, 2004, 140, pp. 382-6.

RUIPÉREZ CANTERA, I.: Negligencia, abuso y maltrato en las personas mayores, Congreso CEOMA.

ENLACES DE INTERÉS:

Portal IMSERSO: <http://www.imsersomayores.csic.es>

Sociedad española de Geriátría y Gerontología: <http://www.segg.es>

Sociedad española de medicina familiar y comunitaria:

<http://www.papps.org/recomendaciones/2001/pdf>

Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia: <http://gva.es/violencia/#>

Centro nacional para el maltrato de adultos mayores (NCEA):

<http://www.elderabusecenter.org>

Comité nacional para la prevención del maltrato a adultos mayores (NCPEA):

<http://www.preventelderabuse.org>

Red internacional de prevención del abuso y maltrato en la vejez:

<http://www.inpea.net>

Centro de intercambio de información sobre maltrato y abandono de adultos mayores: <http://db.rdms.udel.edu:8080/CANE/index.jsp>

Organización nacional de asistencia a las víctimas:

http://try-nova.org/Victims/elderly_abuse.html

Elder Abuse Preventio: <http://www.elderabuseprevention-eastbay.org>

Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/hpr/ageing>

Valladolid, octubre de 2006