60102

PLAN DE INVESTIGACIÓN

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES
BIBLIOTECA
Dr Manuel
Belgrano

"VIOLENCIA HACIA LOS ANCIANOS"
"ABUSO Y MALTRATO LABORAL"

INFORME FINAL

Lic. NORA REGUEIRA.

LA VIOLENCIA HACIA LOS ANCIANOS.

QUÉ SE ENTIENDE POR NEGLIGENCIA Y MALTRATO A LOS ANCIANOS.

Los casos de negligencia y malos tratos a la gente mayor no constituyen nada nuevo. Desde finales de los años setenta, se hace un examen de ellos, con el fin de saber por qué ocurren. La existencia de situaciones de cuidados inapropiados, desatención y malos tratos físicos, emocionales y materiales es un fenómeno demostrado.

Entre el 5 y el 9 por ciento de los ancianos vive en instituciones residenciales. Existe una aterradora evidencia de que estos ancianos tienen mayor probabilidad de estar en peligro que el 95 ó el 91 por ciento de aquellos que viven en sus hogares.

Aún cuando la vasta mayoría de los ancianos es cuidada y atendida con cariño en su hogar, una considerable cantidad de agresiones tienen lugar en el seno de las familias.

En 1.983 en una revista sobre enfermería se escribió que el interés y la preocupación por las heridas ocasionadas de modo no accidental crecen y existe una conciencia generalizada de que determinados individuos atacan, a veces, a aquellas personas que les son cercanas y que posteriormente les obligan a conspirar con ellos para simular que los daños producidos han tenido lugar de modo accidental.

No está claro si existe una conexión entre maltrato infantil y malos tratos a ancianos, esta conexión aún está por confirmarse. Pero muchos cronistas han alertado de la necesidad de incrementar el estudio de las dinámicas familiares. Se ha señalado que debemos estar receptivos a lo que ocurre con las relaciones familiares en las últimas etapas de la vida, y aceptar que en ellas puede existir tanto un aspecto positivo como uno negativo.

En 1.990 se realizó un estudio sobre las relaciones familiares en los siglos anteriores y se ha llegado a la conclusión de que la "visión romántica" de unas estrechas relaciones multigeneracionales en las familias de antaño supone una representación mitificada más que una descripción exacta de la vida familiar en el pasado.

Este estudio indica que la evidencia procedente de documentos familiares y registros civiles indica que la creencia tradicional de que el cuidado de los ancianos siempre era asumido por la familia necesita ser revisada.

Durante los últimos diez años en concreto, la sociedad ha ido tomando conciencia, abiertamente, de la existencia de situaciones de negligencia y malos tratos a ancianos.

Los observadores se muestran de acuerdo en que la cantidad (no la proporción) de maltrato y negligencia crecerá inevitablemente, del mismo modo en que aumentarán las cifras de aquellos que sufren demencia senil de tipo Alzheimer, a causa de los cambios que están teniendo lugar en la demografía.

En un artículo del año 1.986 se opina que entre el 4 y el 10 por ciento de la población anciana sufre malos tratos, principalmente dentro del contexto familiar.

Tras observar a 612 pacientes de una sección de medicina geriátrica, se llegó a la conclusión de que la prolongada supervivencia de muchas personas de avanzada edad, gravemente discapacitadas y enfermas, ha ocasionado en nuestras familias y nuestro sistema social una tensión sin precedentes.

En 1.975 Burston escribió que el pegar a los ancianos no es un fenómeno nuevo; existen pocas dudas de que la gente mayor ha sido sometida a la violencia física desde el principio de los tiempos. Es en la sociedad donde nace el problema. Los equipos de asistencia primaria en general desconocen a la mayoría de pacientes ancianos. En el pasado, la profesión médica se ha desentendido de los problemas de la tercera edad y debe aceptar su

parte de responsabilidad ante aquellos que, posteriormente, han sido agredidos físicamente. El catalizador de la agresión parece ser la continua y continuada presencia de los ancianos. En 1.988 se afirmó que sólo empezó a demostrarse un serio interés por el maltrato a los ancianos a partir de los años ochenta. Del mismo modo que la opinión pública tomó conciencia de los malos tratos infantiles sólo a partir de los años sesenta y de las agresiones conyugales en los setenta, la década de los ochenta nos ha puesto frente a frente con el maltrato a los ancianos.

Durante la década de los ochenta se han utilizado muchas definiciones de la negligencia y el maltrato a ancianos, y existe un reconocimiento generalizado de que dichas definiciones carecen de claridad y precisión. Una dificultad evidente la constituye el hecho de que los investigadores han enfocado los malos tratos desde diferentes perspectivas: la víctima, el médico, el cuidador, la enfermera, el organismo, el asistente social, la política comunitaria; en consecuencia hay falta de claridad.

De 1.979 en adelante, se da un cierto entendimiento respecto a cuál es el tema de discusión. Los golpes, las agresiones sexuales, las quemaduras y la inmovilización física constituyen maltratos físico; insultar, amedrentar, humillar ó intimidar a una persona ó tratarla como a un niño son formas de maltrato psicológico. El maltrato médico lo constituyen la degeneración de fármacos ó su mala administración. Los malos tratos sociales ó ambientales incluyen la privación de servicios humanitarios, el aislamiento no deseado y el abuso económico. Por abuso material entendemos la malversación de propiedades ó dinero, el robo, el ingreso forzado en una residencia, la dependencia económica y la explotación.

El término negligencia pasiva hace referencia a las situaciones en que se deja solo, aislado u olvidado al anciano. La negligencia activa supone la privación de artículos necesarios en

la vida diaria (comida, medicamentos, compañía, limpieza), la denegación de recursos vitales y la no provisión de cuidados a aquellas personas físicamente dependientes.

Eastam definió los malos tratos a la tercera edad como el maltrato sistemático de un anciano por parte de un cuidador perteneciente a la familia. Puede tomar la forma de asalto físico, conducta intimidatoria, negligencia y abandono (cuando se echa al familiar a la calle con sus pertenencias, bien se lo recluye en una habitación sin apenas muebles) ó agresión sexual.

Se hizo la siguiente observación sobre el desarrollo de estas tipologías, los maltratos físicos y psicológicos se incluyen del mimo modo en todos los estudios, mientras que las distintas clasificaciones de negligencia (activa y pasiva), abuso material ó financiero, autonegligencia, abuso sexual, abuso médico y violación de derechos, varían de uno a otro.

En los años venideros, no sólo la profesión médica se verá, en principio, mucho más implicada, sino que habrá de ser mucho más sincera y declarar lo que realmente ocurre en relación con los maltratos domésticos y la negligencia , así como con aquellos que tienen lugar, a veces en horribles circunstancias, en las instituciones.

Un grupo de investigadores ha tratado de conceptuar estos temas. Trataron de situar el maltrato y la negligencia dentro del contexto más amplio de los cuidados inadecuados. Definieron a los malos tratos a ancianos como la inflicción intencionada de dolor físico, angustia psicológica, ó la denegación, por parte de un cuidador, de servicios necesarios para el mantenimiento de la salud física y mental. Esta definición fue criticada porque sólo permitiría aplicar la etiqueta de maltrato en los casos en que quedara clara la intención del cuidador de causar daño. Asume, asimismo, la dependencia del paciente, excluyendo, de ese modo, a aquellos, ancianos que, aún siendo independientes, son víctimas de malos tratos.

Otros simplificaron las condiciones de maltrato a daños físicos, psicológicos y financieros y desarrollaron una nueva definición de negligencia como el incumplimiento por parte de un cuidador de una intervención destinada a resolver una necesidad importante a pesar de ser conscientes de su existencia y de disponer de los recursos para ello. Por lo tato concluyeron que los términos "maltrato y negligencia a ancianos" se aplican a situaciones en las cuales un anciano está sujeto a palizas, trato violento, agresiones verbales, violación de sus derechos, a negligencia en las atenciones que precisa, infantilización, abandono ó denegación de recursos. Los términos utilizados para describir casos de familias en las que se han cometido malos tratos y negligencia ponen de relieve la responsabilidad de la conducta de las personas allegadas en los abusos.

También se sugirió que el maltrato es un acto de comisión y la negligencia un acto de omisión. Se mencionó la hipótesis de que los malos tratos a ancianos suponen un modo de violencia familiar que no ha sido reconocido con anterioridad, la confusión conceptual, viene reforzada por el rápido cambio en las normas y valores, en las políticas sociales y en las definiciones que nos han servido para describir los problemas sociales a los cuales se enfrentan los ancianos.

En 1.989 se comenzó a utilizar una clasificación sobre malos tratos de los tres modelos: *maltrato físico*: causar daño ó dolor físico, coerción corporal, abusos sexuales, contención física; *maltrato psicológico*: infligir angustia mental; *abuso material*: explotación y/o uso inapropiado ó ilegal de fondos ó recursos. En cuanto a la negligencia se distingue entre *negligencia activa*: rechazo ó incumplimiento de la asunción de obligaciones en los cuidados, incluyendo el intento intencionado y consciente de infligir malestar emocional ó físico al anciano, y *negligencia pasiva*: rechazo ó incumplimiento de la realización de las

obligaciones en los cuidados, excluyendo el intento intencionado y consciente de infligir malestar emocional ó físico al anciano.

Existen dudas en cuanto a la relación entre maltrato doméstico e institucional, y una cuestión a resolver es si existen características propias de los malos tratos a ancianos que los distingan de los cometidos con otros adultos. Tampoco existe demasiada información respecto a la relación entre negligencia y otras formas de maltrato.

CASOS DE MALOS TRATOS Y NEGLIGENCIA.

Malos tratos domésticos:

No existen estudios importantes de prevalencia ó incidencia de malos tratos a ancianos.

Por prevalencia se entiende el número de casos en una población dada en un momento concreto. Por incidencia el número de casos nuevos producidos en una población dada dentro de un período de tiempo en concreto.

Maltrato en las instituciones:

Hay un retraso en la investigación de los abusos y de la negligencia que se dan en las instituciones residenciales. Durante la década de los setenta y principios de los ochenta se llevaron a cabo numerosos informes cualitativos basados en estudios de casos. Éstos no muestran las tasas de prevalencia de los malos tratos a pacientes ancianos.

QUIENES SON LAS VÍCTIMAS Y QUIENES LOS AGESORES.

Según un informe de la British Geriatrics Society, de 1.989, sobre el maltrato a ancianos, sugiere que los mayores más vulnerables son aquellos que tienen dificultades para comunicarse y muestran discapacidades que fluctúan. Se señala que los que padecen demencia ó la enfermedad de Parkinson tienen más probabilidades que otros de sufrir malos tratos. Son particularmente vulnerables las mujeres mayores de 80 años afectadas de demencia, enfermedad de Parkinson ó trastorno cerebrovascular, que pueden tener dificultades de comunicación, deficiencias auditivas, inmovilidad y/o incontinencia. Se informa que la típica víctima es la mujer, de más de 75 años, sin nada que hacer, con impedimentos funcionales, solitaria, amedrentada y que vive en su casa con un hijo adulto, no están restringidos a un determinado grupo social, sino que se encuentran en todas las clases sociales.

A menudo, se observa que quienes perpetran los malos tratos son víctimas del estrés y del aislamiento. Todos los cuidadores que cometen algún tipo de maltrato conviven con sus víctimas. Los cuidadores que admiten haber maltratado física ó verbalmente a sus víctimas muestran puntuaciones significativamente más altas en las subescalas de depresión de distintos cuestionarios, comparados con aquellos que no cometieron abusos. Existe una comunicación pobre entre agresores y víctimas. Entre los cuidadores que maltratan, muchos han abandonado su empleo con el fin de cuidar a sus familiares, en cambio los cuidadores no maltratantes no han tenido que hacerlo en una proporción mucho más alta.

La mayor parte de los primeros investigadores no utilizaron la comparación de casos ó el método de grupo de control, simplemente recopilaron y examinaron el material de que

disponían a modo global. Siguiendo este método basado en el análisis casos materiales, se enumeró las características de las víctimas: mujer, de más de 65 años, funcionalmente dependiente, historial de alcoholismo, retraso ó trastorno mental en la víctima ó en quien practica el maltrato, antecedentes de conflictos intra e intergeneracionales de anteriores enfermedades. Aquí se considera que el autor ó la autora de los malos tratos es un miembro de la familia. Se afirma que ha de existir un trasfondo d violencia dentro de la familia, con todo lo que ello implica. El comportamiento abusivo puede estar asociado con el alcohol. Existe una intolerancia hacia la dependencia y unos miembro de la familia pueden reforzar la conducta violenta de otros.

La tendencia a hacer una mera extensión de los conceptos relacionados con otras formas de violencia familiar, como el maltrato que sufren la esposas ó los niños, no va lo suficientemente lejos en el estudio del maltrato de ancianos. Se necesita ampliar el estudio de las relaciones familiares y la gente mayor paralelamente a la investigación de la violencia doméstica.

En 1.988 se describió a las víctimas como personas ancianas, frágiles, discapacitadas mental ó físicamente, mujeres que conviven con la persona responsable de los malos tratos.

Un estudio realizado en Boston en 1.981 concluyó que el número de hombres maltratados superaba al de las mujeres, con un 52 y 48 por ciento respectivamente. En cuanto a los responsables, en un 58 por ciento de los casos se trataba de los cónyuges, y en un 42 por ciento, de los hijos adultos. Dado que eran más los ancianos que permanecían con sus esposos ó esposas que los que vivían con sus hijos, las oportunidades de ser maltratados por los cónyuges eran mayores. Si esto es así, lo que sugiere es que si en anteriores investigaciones se pensó que hay más mujeres víctimas de los malos tratos que hombres se

debía a que éstas sufrían lesiones más graves y era más probable que informaran a los organismos competentes ó que éstos recibieron noticias de sus casos.

Los restantes datos confirmaban la imagen esbozada por anteriores investigadores. Los ancianos maltratados acostumbran a vivir con alguien más. Es probable que no gocen de buena salud y que, si son víctimas de negligencia, no cuenten con nadie a quien acudir.

INDICADORES DE MALOS TRATOS.

Casos domésticos:

En 1.975 la British Medical Journal llama la atención sobre el maltrato a los ancianos, quienes dice, a menudo sufren deterioro mental. A principios de los ochenta se hizo un listado en el cual se incluyó: señales de hematomas faciales, marcas de sujeciones en las extremidades, quemaduras (tal vez causadas por cigarrillos), cortes ó fracturas.

A demás , como ejemplo de malos tratos, se enumera el abuso sexual, el mal uso de la medicación, heridas no explicadas ó recurrentes, inmovilización física (atar a una persona a una cama ó a una silla), malnutrición y/o deshidratación. Pueden existir reacciones por parte de la víctima ó del agresor. Las personas mal tratadas, tanto si se trata de hombres como de mujeres, pueden encogerse de temor ante alguien que se aproxima.

En 1.988 se realizó un listado, en Massachussets, de indicadores de malos tratos:

Condiciones que pueden constituir manifestaciones de malos tratos ó de negligencia:

- Lesiones recurrentes sin explicación,
- No prestación de un tratamiento para los problemas médicos,
- Higiene insuficiente,

- Malnutrición,
- Deshidratación,
- Depresión, retraimiento ó miedo,
- Aislamiento impuesto, social ó físico,
- Sedación extrema ó mal uso de la medicación.

Condiciones asociadas a un alto riesgo de abusos ó que sugieren un mal trato potencial:

- Deterioro cognitivo grave,
- Deterioro físico de importancia que requiera de una atención sostenida,
- Depresión,
- Mención del castigo por los ancianos ó cuidadores,
- Familia con un historial de violencia,
- Aislamiento del cuidador,
- Rechazo de ayudas externas,
- Control por parte de otro de los asuntos económicos u otros bienes de los ancianos,
- Incongruencias en la información que proporciona la familia ó el cuidador.

También se incluye un guión para ayudar en el proceso de toma de decisiones en el cual se formulan las siguientes cuestiones:

- ¿Quiere el anciano permanecer en su casa?,
- ¿Son buenas y justificadas sus razones?,
- ¿Puede la familia, u otros, satisfacer sus necesidades?,
- ¿Está dispuesto el anciano ó su familia a aceptar una atención inadecuada para poder permanecer en su casa?

- Proporcionar uno ó más de los servicios de asistencia domiciliaria, ayuda a tiempo parcial, a tiempo completo, transportes, cuidados médicos, orientación, ayuda para descanso del cuidador, etc.,
- O bien, analizar las opciones y aconsejar a la familia y a al paciente,
- O bien, atender arreglos alternativos para la vida del paciente con algún otro miembro de la familia, en centros de acogida ó asistenciales, hogares residenciales.

Se hizo especial hincapié en la utilidad de dividir los casos de abuso y negligencia domésticos en dos categorías: aquellos casos en que la incapacidad física y mental del anciano y su dependencia respecto a la familia son acusadas y hacen necesaria una atención diaria; y aquellos en que las necesidades de atención del anciano son mínimas y quedan oscurecidas por el comportamiento patológico de la persona que debe proporcionar los cuidados.

Se remarca que tanto el acceso como la intervención se deben negociar con ambos, agresor y maltratado, ninguno de los cuales tiene por qué desear ayuda. El propósito debe ser beneficiar al anciano y en la negociación hay que recalcar que estos servicios van a resolver necesidades no satisfechas de la víctima al tiempo que brindarán apoyo al cuidador.

En emplazamientos residenciales.

Existen dificultades para obtener información acerca del maltrato y la negligencia en los hogares residenciales.

En 1.983 se evidenció una escalada de los malos tratos en este tipo de centros asistenciales, entre los que se incluían actos como robos de los fondos de los pacientes, falsas reclamaciones por parte de los cuidadores, venta de bienes raíces, terapias fraudulentas, recargos en gastos farmacéuticos e incluso involucración del crimen organizado, de modo

similar se informó de abuso económico, violación de derechos civiles (falta de privacidad, de derecho de voto, traslado de habitaciones privadas ó semiprivadas a salas con tres ó cuatro camas), negligencia, maltrato psicológico, malos tratos en distintas formas.

ESTABLECIMIENTO DE UNA TEORÍA.

El Modelo Situacional.

Se exploraron tres teorías sobre el maltrato a ancianos y el modo en que cada uno se acomodaba a los datos empíricos. La primera de las teorías sobre este tipo de abusos la constituye el "modelo situacional". La premisa de la que parte encaja con facilidad en un marco de intervención y se deriva de una base teórica asociada al maltrato infantil y , en menor grado, a otras formas de violencia familiar.

En la medida en que se incrementa el estrés asociado a ciertos factores situacionales y/o estructurales que soporta el agresor, aumenta la posibilidad de cometer actos abusivos dirigidos a un individuo vulnerable al que se considera fuente de dicho estrés. Las variables situacionales que se han vinculado con el maltrato de ancianos incluyen:

a) Factores relacionados con la vejez, tales como dependencia física y emocional, una mala salud, un estado mental deteriorado y una personalidad "difícil";
b) Factores estructurales tales como las dificultades económicas, aislamiento social y problema del entorno;
c) Factores relacionados con el cuidador, tales como crisis vitales, agotamiento a causa del trabajo de proporcionar cuidados, problemas de abuso de sustancias y experiencias previas de socialización con violencia.

No se ha podido probar la asunción de que es posible explicar todas las distintas formas de maltrato que se producen en el seno de una misma familia mediante una única teoría. Se acabó por concluir que por estas y otras razones el modelo situacional podía resultar inapropiado.

Teoría del intercambio social.

Esta teoría está basada en la idea de que la interacción social supone el intercambio de premios y castigos entre al menos dos personas y que todos los individuos buscan maximizar los premios y minimizar los castigos en su interacción con los demás.

Se sugirió que, a nivel conceptual, la teoría del intercambio social podía utilizarse fácilmente para explicar el maltrato a los ancianos, asumiendo que la gente que es maltratada tiene menos poder y más dependencia y es más vulnerable que sus agresores, y tiene menos alternativa para continuar la interacción.

Sin embargo, obtener apoyo empírico para esta posición resulta mucho menos que sencillo. Los investigadores, han fracasado en sus intentos de recoger evidencias inequívocas de que los ancianos víctimas de malos tratos son más dependientes que aquellos que no son maltratados, y así, de este modo se incumple la asunción principal de que los ancianos maltratados detentan menos poder y, en consecuencia, sus cuidadores tienen poco que perder por causa de sus actos.

Se concluye que la teoría del intercambio social no permite dar una explicación completa de los malos tratos a ancianos. No nos capacita para predecir quién hará uso de la violencia y quién no. No obstante, es probable que someter a ulteriores pruebas la teoría del intercambio social pueda resultar productivo.

Interaccionismo simbólico.

La interacción social es un proceso entre al menos dos individuos que:

a) ocurre en el tiempo;

b) está constituido por fases identificables recurrentes, que están interrelacionadas y secuenciadas de modo flexible;

c) requiere de una negociación y renegociación constantes para establecer un "consenso de trabajo" acerca del significado simbólico de los encuentros.

Esto tiene que ver con los procesos cognitivos, la adopción e improvisación de roles y su atribución y consolidación, la reciprocidad y la compatibilidad. Cuando se produce un desfase surge la posibilidad de entrar en conflicto y terminar la relación. En tal contexto, el maltrato a ancianos puede conceptualizarse como una asunción y un ejercicio inapropiados e inadecuados de los roles. Se obtuvieron datos sobre cuidadores maltratantes y no maltratantes y se encontró que una parte importante de la formulación de imágenes personales sobre los demás tiene por propósito reconciliarse con la imagen que el individuo tenía de quién era en el pasado y con la imagen que tiene de quién es en el presente. Un ejemplo obvio de esta situación es el caso de alguien que sufre demencia. El conflicto puede ser particularmente acusado para los hijos adultos y los ancianos que no han mantenido una relación cotidiana continuada a lo largo de los años y entre cónyuges cuando uno de ellos sufre durante mucho tiempo una enfermedad que altera su personalidad.

Tras aplicarse este modelo en rigurosas condiciones de prueba, se piensa que existen algunas ventajas, así como también desventajas, en el uso de interaccionismo simbólico como base explicativa del maltrato a ancianos.

LOS AGRESORES Y LAS VÍCTIMAS.

Son numerosos los estudios que se han centrado en el maltrato infantil y el maltrato a las mujeres por parte de los hombres. En los últimos años se ha desarrollado un enfoque teórico del maltrato a ancianos basado en la documentación existente sobre maltrato infantil y violencia en el matrimonio. Compara los ancianos maltratados y no maltratados e identifica cinco áreas distintas de diferenciación:

1. Dinámicas intraindividuales (la psicopatología del agresor),
2. Transmisión intergeneracional (el ciclo de la violencia),
3. Las relaciones de dependencia e intercambio entre agresores y víctimas,
4. Estrés externo,
5. Aislamiento social.

El estudio mostró que los agresores contaban con una mayor probabilidad de haber sufrido problemas mentales y emocionales, haber abusado del alcohol, y haber estado hospitalizados por razones psiquiátricas. El estudio no indicó que el agresor sufriera malos tratos en su infancia. Tampoco se observó que los ancianos maltratados estuvieran más enfermos ó más incapacitados físicamente que los del grupo de control. No obstante, sí presentaban una mayor probabilidad de ser dependientes de sus víctimas. Los sucesos externos no diferían de modo significativo de un grupo a otro. Los agresores tenían un promedio mucho menor de contactos sociales. Esto tiende a producir aislamiento en la víctima.

Se obtuvo una confirmación generalizada de aquellas teorías del maltrato a ancianos que relacionaban los abusos con los problemas del agresor y las relaciones entre éste y la víctima. La vida familiar temprana de las personas maltratantes no acostumbra a ser

anormalmente violenta. Las dificultades económicas y los acontecimientos vitales estresantes sólo dan cuenta de una pequeña parte del problema. Se ha afirmado que las características del agresor, en mayor grado que las del anciano, pueden estar fuertemente relacionadas con la violencia que se ejerce contra la gente mayor. A la vista de los resultados, se opina que se halla cerca de un modelo de consenso, si bien requieren nuevas investigaciones con el objeto de ver si el hallazgo puede ser replicado.

Su singularidad estriba en que se cuestiona el punto de vista normalmente aceptado, que presenta a la víctima como una persona muy dependiente y al agresor como un cuidador sobrepasado por sus obligaciones.

EL PAPEL DEL MÉDICO.

El progreso se ha producido en los últimos diez años al exponer el problema del maltrato a ancianos a la atención del público, los profesionales y los políticos ha tenido lugar, por lo general, sin la participación de la profesión médica. El papel del médico de cabecera es de mayor importancia. Normalmente los ancianos víctimas de malos tratos se presentaban ante sus médicos con quejas propias de las dolencias de un problema médico.

El Council of Scientific Affairs de la American Medical Association (AMA) publicó un informe sobre maltrato y negligencia en 1.987. Reconocida la complejidad del problema, se recomendó con insistencia que la intervención y la gestión de los casos de maltrato a ancianos la lleven a cabo equipos multidisciplinares. Un equipo típico lo constituirían un médico de atención primaria, un enfermero y un trabajador social, junto con un psiquiatra, un psicólogo, un abogado, un oficial de policía y un coordinador de los datos del caso.

Se pone especial énfasis en indicar la importancia de establecer unas relaciones armoniosas entre los distintos organismos intervinientes.

El informe de la AMA de 1.987 sugirió que si un médico sospechase la existencia de malos tratos debería tener tres puntos en mente. *Primero*, la identificación y el tratamiento son complicados dado el embarazo y el rechazo que supone admitir que se ha producido malos tratos. *Segundo*, es probable que las víctimas se hallen traumatizadas tras un largo período de maltrato y, por lo tanto muestren pasividad, baja autoestima e indecisión. Y *tercero*, el anciano maltratado debe poder tomar sus propias decisiones.

Se hace hincapié en la necesidad de:

- Intimidad durante la entrevista,
- Necesidad de escuchar antes de empezar la evaluación médica,
- Documentar los antecedentes de lesiones,
- Observar el estado emocional del paciente,
- Sopesar qué servicios básicos son necesarios para poder confeccionar un programa de cuidados adecuado,
- Iniciar los trámites del seguimiento.

Se sostiene que los médicos deberían ser capaces de reconocer los factores potenciales de riesgo y los síntomas de maltrato. Deberían familiarizarse con la legislación sobre los malos tratos a ancianos y, como miembro de un equipo multidisciplinar, podrían a su vez informar a otros grupos profesionales sobre los problemas físicos de la vejez, así como actuar de puente con los servicios de salud y el sistema de atención médica.

Los médicos tienen la obligación de dar a conocer sus opiniones respecto a las leyes, en especial en lo que concierne a algunos aspectos controvertidos que afectan a la práctica

médica, tales como la obligación de presentar una denuncia, la competencia, el juicio profesional, la autodeterminación del paciente, la inmunidad y la responsabilidad.

Los médicos tienen una especial responsabilidad para promover una mayor concienciación de los malos tratos a ancianos e intervenciones efectivas.

El maltrato de ancianos continuará mientras exista la violencia y los prejuicios contra a vejez. Los malos tratos que sufre la gente mayor son el resultado de la interacción dinámica entre los valores, prioridades y metas de las personas, las familias y la sociedad. No obstante, debe prestarse atención a aquellos factores que, si bien no causan los malos tratos, sí contribuyen a que sean posibles: pobreza y desempleo, falta de recursos sociales, ciclos intrafamiliares de malos tratos y hedonismo personal.

Es en el área de los "ciclos intrafamiliares de malos tratos" en particular donde se precisa de más información. A menudo se compara ó relaciona el maltrato a ancianos con el infantil. Esto es así porque la relación entre el cuidador y el anciano a menudo, se piensa, posee un carácter paternofilial dada la extrema dependencia de los ancianos. El maltrato a ancianos y el maltrato infantil tienen también en común el ser problemas sociales que han sido "madicalizados" por profesionales de la salud que han establecido sus propias estrategias de intervención dentro de las instituciones de atención sanitaria. Éste no es el caso de las mujeres maltratadas. Es peligroso insistir en el paralelismo entre maltrato a ancianos y maltrato infantil. Buena parte de los malos tratos a ancianos no los comete un cuidador contra una víctima que depende de él ó ella. En muchos casos es el agresor quien puede estar en una posición dependiente. Además si el anciano depende del cuidador, la relación es muy diferente. Los padres tienen una responsabilidad legal sobre sus hijos menores de edad, pero en la mayor parte de los casos los hijos adultos no tienen responsabilidad legal respecto a sus padres.

Se considera a las personas ancianas como individuos independientes y responsables. Es más, la mayoría de ellos no vive con sus hijos (tan sólo uno de cada diez lo hace), y las expectativas sociales de que esto debería ser así son cada vez menores y tienden a desaparecer. Los ancianos tienen estructuras de relación con sus agresores muy diferentes a las de los niños. A menudo el maltrato a ancianos no es otra cosa que una situación de malos tratos entre cónyuges que se han prolongado durante largos años. Incluso cuando el agresor y la víctima no son marido y mujer, la situación de los malos tratos a ancianos está más relacionada con la violencia dentro del matrimonio que con el abuso infantil. Ambas partes son adultos independientes; viven con el otro por decisión propia; los ancianos están unidos al agresor por lazos de compromiso emocional y, quizá, de dependencia económica, pero, en cierto modo, poseen mayor independencia social, psicológica y económica de la que puedan tener los niños.

En relación a las víctimas del maltrato a ancianos y a sus familias, se recomienda que:

1. Existe una necesidad de desarrollar programas específicos para el maltrato a ancianos.
2. Los organismos sociales de mayor relevancia deben auspiciar ó poner en marcha ellos mismos un proyecto sobre el maltrato a ancianos.
3. Un proyecto de maltrato a ancianos debe ofrecer servicios directos.
4. Es importante que se dé una coordinación entre las diferentes instituciones para que un proyecto tenga éxito
5. La existencia de una normativa que obliga a denunciar los abusos y que no cuenta con la suficiente financiación puede dificultar la intervención en los casos de maltrato a ancianos.

También se recomienda realizar entrevistas directas con las víctimas de malos tratos y con los agresores; se considera necesario centrar las investigaciones en las consecuencias de los malos tratos; en el contexto en que se producen los actos abusivos; en por qué los niños maltratados van a vivir con sus progenitores; y en la relación entre los malos tratos físicos y las relaciones paternofiliales y las prácticas de crianza de los niños.

PRESENTACIÓN CLÍNICA.

El maltrato a ancianos es un asunto grave, que recibe muy poca atención. Su reconocimiento y debate público ha seguido una trayectoria similar a la que siguió el maltrato infantil en los setenta y la progresiva aceptación de la existencia de la violencia familiar en los ochenta. Los primeros artículos médicos publicados describían casos de abusos a pacientes ancianos maltratados por sus familiares. En ellos se identificó la capacidad mental como un factor relevante, se analizó el estrés de los cuidadores y se determinó al fenómeno "abuela golpeada ó apaleada" (Baker, 1.975, Burston, 1.975). Los profesionales de la salud acogieron esta información con consternación e incredulidad. Desafortunada, pero comprensiblemente, muchos cometieron el error de comparar este fenómeno con el maltrato infantil, con el cual tiene muy poco en común.

El conocimiento sobre los diferentes tipos de maltrato a ancianos se amplía con rapidez, aunque gran parte de la información recogida es confusa y contradictoria.

Resulta evidente que se informa en muchos menos casos de los que ocurre el maltrato a ancianos; las principales razones son:

1. El fracaso en la comprensión del calibre, la gravedad y la naturaleza del problema, dadas numerosas y a menudo demasiado amplias definiciones.
2. La falta de estudios controlados y la preponderancia de los informes de casos, utilizados con mucha frecuencia como método de investigación.

Esto ha producido dificultades en la estimación de la prevalencia e incidencia de los diversos tipos de maltrato y negligencia.

LA FUNCIÓN DEL MÉDICO.

El papel del médico es fundamental en el diagnóstico y en la planificación de programas de atención y prevención de malos tratos a ancianos. Esta función aún no está definida en detalle y pocos de los trabajos publicados abordan esta cuestión. El problema surge cuando se les pide a los médicos que informen sobre los casos de malos tratos detectados en ancianos. La mayoría de los médicos no saben como proceder, y se muestran preocupados por su propia situación legal como profesionales. El 80 por ciento desconfía de que los servicios de asistencia intervengan con la suficiente inmediatez. Muchos piensan que sería necesario contar con una serie de directrices para su actuación: que les indique dónde y con quién debe producirse, clarifiquen en quién recae la responsabilidad, y les ofrezcan estrategias y orientación para afrontar estos casos. La política de intervención social está en sus primeras fases y es tan provisional que a veces parece no mostrar interés en la población anciana, así que la función de los médicos, aparte de sus deberes asistenciales tradicionales, no está definida. Entre las responsabilidades legales y los dilemas que deben enfrentar estos profesionales se incluyen cuestiones como la confidencialidad de la información médica, la responsabilidad de terceros, cuándo y cómo informar a la policía y

el mejor modo de trabajar en cooperación con aquellos organismos no sanitarios, tanto los institucionales como los de voluntariado, relacionados con el caso. Es necesario dar orientaciones claras a los profesionales del ámbito que se ajusta a las directrices que, a nivel nacional y local, rigen el buen ejercicio de los servicios sanitarios y sociales. Por supuesto, puede ocurrir que el médico está a cargo de la salud tanto de la persona maltratada como de la que comete el maltrato. Esto puede suponer para el doctor bien una posible ventaja potencial, bien un conflicto de intereses.

CLASIFICACIÓN.

En 1.989 se intentó enfocar el problema de un modo sistematizado. Se realizó una clasificación de maltrato y negligencia, a saber:

1. *Malos tratos físicos*: la inflicción del daño ó dolor físico, coerción corporal, abusos sexuales y restricción del movimiento.
2. *Maltrato Psicológico*: la inflicción de angustia mental.
3. *Abuso material*: la explotación y/o uso inapropiado ó ilegal de fondos ó recursos.
4. *Negligencia activa*: rechazo ó incumplimiento de la asunción de obligaciones en los cuidados (incluyendo intencionalidad y conciencia de infligir malestar emocional ó físico al anciano).
5. *Negligencia pasiva*: el rechazo ó incumplimiento de la realización de obligaciones en los cuidados (excluyendo la intencionalidad y conciencia de infligir malestar emocional ó físico al anciano).

Cuando se lleva a cabo la evaluación de un caso de abusos a ancianos mediante señales ó síntomas, especialmente cuando se hace en el atareado departamento de guardia ó de urgencias de los hospitales, ó cuando la realiza una persona sin experiencia, puede resultar de gran ayuda disponer de un listado de los distintos tipos de heridas y lesiones.

A continuación se muestra un ejemplo de un listado de este tipo sobre maltrato físico, negligencia, abuso sexual y maltrato psicológico, éste servirá para recordar las señales y síntomas y puede ser utilizado en conjunción con otros instrumentos de evaluación sanitaria.

Indicadores de posible maltrato de personas mayores.

I. FÍSICO	II. PSICOLÓGICO	III. SOCIAL	IV. LEGAL
A. Mal uso de la medicación.	A. Humillación.	A. Aislamiento.	A. Mal uso material.
1.Ausencia. 2.Empleo inadecuado. 3.Interacción dañina. 4.Empleo innecesario.	1.Vergüenza. 2.Culpa. 3.Ridículo. 4.Rechazo.	1.Retraimiento involuntario. 2.Retraimiento voluntario. 3.Supervisión inadecuada. 4.Supervisión improcedente.	1.Malversación de propiedades. 2.Incumplimiento de contratos. 3.Impedimento a acceder a las propiedades. 4.Impedimento para formalizar contratos
B. Daños corporales.	B. Acoso.	B. Confusión de Roles.	B. Robo.
1.Necesidades médicas desatendidas. 2.Higiene deficiente. 3.Problemas de ingesta. 4.Trastornos del sueño.	1.Insultos. 2.Intimidación. 3.Temor. 4.Agitación.	1.Competición. 2.Sobrecarga. 3.Inversión. 4.Difuminación.	1.Hurto de propiedades. 2.Estafa de contratos. 3.Extorsión material. 4.Extorsión de contratos.

C. Agresión corporal.	C. Manipulación.	C. Mal uso de las labores cotidianas.	C. Mal uso de los derechos.
1.Lesiones externas.	1.Ocultamiento de información.	1.Hogar desorganizado.	1.Negación de contrato.
2.Lesiones internas.	2.Falsificación.	2.Falta de intimidad.	2.Servidumbre involuntaria.
3.Agresión sexual.	3.Depresión.	3.Entorno inapropiado.	3.Tutela involuntaria.
4.Acto suicida/ homicida.	4.Injerencia en las decisiones.	4.Abandono.	4.Mal uso de la autoridad profesional.

Fuente: Johnson (1.991).

Listado de posibles indicadores de los distintos tipos de maltrato y negligencia:

Maltrato físico:

1. Hematomas y contusiones sin explicación:

   a) en la cara, labios y boca, en la espalda, torso, nalgas y muslos;

   b) señales de mordiscos humanos en diferentes estados de curación (es conveniente señalar el emplazamiento de las marcas);

   c) agrupaciones de señales, por ejemplo, formando patrones repetidos;

   d) huellas de formas de los objetos utilizados para infligir daños, por ejemplo, cables eléctricos, hebillas de cinturón;

   e) diferentes zonas afectadas por señales;

   f) pauta repetida de aparición tras las ausencias de fines de semana ó vacaciones.

2. Quemaduras sin explicación:

   a) quemaduras de cigarrillos ó puros, especialmente en la planta de los pies, las palmas de las manos, la espalda ó nalgas;

   b) quemaduras por inmersión (en forma de guante ó de calcetín, de aro, en las nalgas ó en los genitales);

c) señales reconocibles de fogones eléctricos, planchas, etc.;

d) quemaduras ó señales de cuerdas en brazos, piernas, cuello ó espalda.

3. Fracturas sin explicación:

a) craneales, nasales, en la oreja, en la estructura facial;

b) en distintas etapas de curación;

c) fracturas múltiple ó en espiral.

4. Laceraciones ó abrasiones sin explicación:

a) en la boca, labios, encías, ojos, orejas;

b) en los genitales externos,

5. Pérdida del cabello sin explicación:

a) hemorragias en el cuero cabelludo;

b) posible arrancamiento del cabello, por uno mismo ó por otra persona;

c) posible evidencia de heridas graves en la cabeza (hematoma subdural).

6. Evidencia de lesiones antiguas:

a) deformidades: cráneo, nariz, orejas, (reflejo de torsión);

b) contracturas resultantes de la inmovilización y demora en la petición de tratamiento;

c) dislocación, dolor, molestia e hinchazón (la dislocación puede ser producida al levantar al paciente de forma incorrecta).

Negligencia física:

1. Hambre constante, higiene deficiente, vestuario inapropiado, incluyendo ropa deteriorada, pérdida no explicable de peso, deshidratación.

2. Falta continuada de vigilancia, en especial a lo que a actividades peligrosas

se refiere, ó a períodos de tiempo prolongados.

3. Constante cansancio ó desgana, confusión creciente ó inexplicable.
4. Problemas físicos ó necesidades médicas desatendidas, incluyendo irritaciones por orina, llagas producidas por la postura.
5. Carencias ó materiales auxiliares deficientes: gafas, dentaduras, aparatos auditivos, andadores y sillas de ruedas.
6. Abandono, inmovilidad, hipotermia como signo de un posible aislamiento.

Abuso sexual:

1. Dificultades para andar ó sentarse.
2. Ropa interior rasgada ó manchada de sangre.
3. Dolor ó picor en las zonas genitales.
4. Contusiones ó hemorragias en los genitales externos, en las áreas anal ó vaginal.
5. Rechazo sin explicación de cooperar en la higiene ó examen físico de los genitales.

Desatención emocional:

1. Hábitos disfuncionales (chupar, morder, balancearse).
2. Conductas desordenadas (antisocial, autodestructiva, ó heterodestructiva).
3. Rasgos neuróticos (trastornos del sueño, del habla, inhibición del placer).
4. Reacciones psicóticas ó neuróticas (histeria, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría).

NOTA: Es necesario observar si las señales y los síntomas desaparecen tras un período de ingreso en un hospital ó una residencia.

Maltrato Físico.

Al referirse a los malos tratos físicos, resulta de utilidad tener en cuenta tanto a la víctima como al agresor. Es importante intentar identificar determinadas características en ambos grupos. Se necesita tener un conocimiento claro de los aspectos clínicos que presentan habitualmente estos casos y que podrían alertar a los profesionales de la posibilidad de malos tratos.

Se encontró que en el tipo de comportamiento y lesiones que muestran muchos de los pacientes se podían detectar algunas claves.

Heridas Faciales.

Entre estas lesiones se incluyen las contusiones repetidas y hematomas en la zona de la mandíbula causadas por bofetones, así como marcas en las orejas causadas por hemorragias del cartílago al ser retorcidas. Estas contusiones pueden ser fechadas, aproximadamente, por el color que presentan, atendiendo a los criterios siguientes:

De 0 a 2 días: hinchado, dolorido,

De 0 a5 días: color rojo-azulado,

De 5 a 7 días: verduzco,

De 7 a 10 días: amarillento,

De 10 a 14 días: marrón,

De 2 a 4 semanas: claro.

Ejemplo de un caso:

Una anciana de 80 años estaba casada desde hacía cincuenta con un hombre rígido y de marcados rasgos obsesivos, con el que estaba muy unida. Él había estado toda su vida lleno de preocupaciones que permitió a su mujer tomar todas las decisiones. Cuatro años antes, la mujer empezó a demenciarse, afectando a su habla, a su modo de vestir y a su

concentración. El marido se ocupó entonces de todos los aspectos de su existencia, a lo cual ella comenzó a resistirse cada vez más. Dado que progresivamente dejaron de ofrecerle los servicios que les proporcionaban asistencia domiciliaria, enfermera, trabajadores sociales y asistencia psiquiátrica; él empezó a golpearle en el rostro y en las manos, brazos y hombros, y ella presentaba asimismo marcas de patadas. Finalmente el marido admitió que la golpeaba, y se le diagnosticó una depresión. Ella, aún con asistencia continuada, siguió oponiendo resistencia e intentaba golpear a cualquiera que intentara ayudarla con su baño ó higiene.

Marcas de dedos:

Se localizan habitualmente en los hombros, el esternón y los brazos y se deben a los intentos de sujetar al paciente que opone resistencia, de impedirle que deambule de un lado para otro ó de intentar vestirse.

Ejemplo de un caso:

Una mujer de 74 años, que vivía en su propio hogar con su familia, sufría de demencia y artritis. Se hallaba confinada y era atendida en una habitación trasera, y jamás se la animaba a andar, con lo que, día a día, iba quedando en una inmovilidad cada vez mayor. Le daban sus pastillas sólo de vez en cuando y, debido al brusco modo en que la trataban, rechazaba la medicación para mostrar despecho. No se hizo ningún intento de regular su incontinencia, y durante el día permanecía recluida en su habitación. Cuando se la envió para recibir tratamiento por sus "problemas de comportamiento", se hallaron llagas de gravedad en la parte inferior del abdomen. Finalmente a familia rechazó atenderla y la envió a una residencia. La relación con la familia cesó, si bien ellos se quedaron con su casa.

Fracturas y marcas de patadas:

Las marcas de patadas en las piernas son muy comunes y en muchos casos de maltrato físico, se han observado estas heridas. Tampoco los dedos retorcidos y las costillas fracturadas resultan poco comunes.

Ejemplo de un caso:

Un anciano de 74 años, que se hallaba ingresado en un hospital, desarrolló leves ideaciones paranoides al acercarse el momento de regresar a su casa. Se veía atemorizado, pero no quería explicar porqué. Su esposa parecía tener una personalidad agresiva y ambos daban la impresión de ser bebedores habituales. En un reconocimiento físico se detectaron en el cuerpo del marido hematomas sospechosos; las radiografías mostraron fracturas, tanto nuevas como antiguas, en sus costillas. Su suegra, de 94 años de edad, reveló, finalmente, que ya había aconsejado a su yerno sobre qué hacer cuando su mujer le pegaba en sus accesos de rabia; cosa que venía ocurriendo a intervalos de un mes. Se descubrió que ella lo golpeaba cuando ambos estaban borrachos, y el caso sólo salió a la luz debido a una revisión médica rutinaria.

Efectos psicológicos:

Las lesiones físicas conllevan consecuencias psicológicas; a menudo el paciente muestra una angustia y una resistencia extremadas. Encogerse de miedo cuando alguien se aproxima es un comportamiento característico. Los rostros pueden carecer de expresión, a causa de la demencia, de disfasias ocasionadas por diversas causas, ó simplemente del reflejo en la cara de la propia impotencia ante el trauma físico ó emocional. En algunos casos extremos se producen lesiones graves y tortura.

Ejemplo de un caso:

Una viuda de 76 años que sufría un moderado grado de demencia e insuficiencia cardíaca vivía sola y permanecía recluida en su casa. Acostumbraba a invitar a su casa a niños del barrio que le hacían recados como ir a comprarle tabaco. Al principio empezaron a desaparecerle dinero y algunos efectos personales. Entones, una pandilla se interesó por ella. Torturaban a la mujer para sacarle el dinero de sus ahorros. El método que utilizaban consistía en quemarle las piernas con un quemador eléctrico. Fue ingresada en un hospital con quemaduras graves y, después, para su propia seguridad, en un hogar de la tercera edad. No se consiguió atrapar a los culpables.

Maltrato físico grave:

En él se combinan abusos físicos y psicológicos con consecuencias horribles. Además de torturas, se ha podido ver casos de secuestro que también incluían graves malos tratos físicos y psicológicos; y algunos profesionales pueden verse fácilmente coaccionados a hacer cómplices ó a hacer la vista gorda.

Ejemplo de un caso:

Un viudo de 72 años, con un grado moderado de demencia, vivía solo en su casa. Su principal distracción consistía en criar periquitos. Cuando se veía sometido a situaciones de ansiedad su memoria a corto plazo sufría un gran deterioro. Su familia se mostraba muy ambivalente respecto a que viviera solo, a pesar de la considerable ayuda que le brindaban y del deseo del anciano de arreglárselas por su cuenta. En una ocasión en que le invitaron, como otras veces, a pasar con ellos el fin de semana, en lugar de permitirle regresar a su casa, se le ingresó y abandonó en una residencia de ancianos privada. Cuando empezó a exigir salir de allí de forma violenta fue internado en un hospital mental de otro lugar, y no se le envió de nuevo a su hospital de origen. No tardó mucho en ser trasladado de allí a una

residencia para ancianos con trastornos mentales, lugar en el cual permaneció de modo permanente. Inmediatamente, la familia dispuso de su departamento.

Signos de negligencia:

Otras claves son indicadores de negligencia, por ejemplo, evidencia de deshidratación, mala alimentación, gafas rotas, aparatos de audición que no funcionan, etc., Las habitaciones en las cuales viven estos pacientes son austeras y frías, pueden cerrarse con llave y en ellas apenas hay muebles, las camas son inadecuadas y no disponen de servicios para el aseo. Lo que más salta a la vista es que la habitación no se corresponde con el resto de la casa de la que forma parte.

Ejemplo de un caso:

Un hombre de 68 años sufría de Alzheimer moderado, presentaba una muy pobre memoria a corto plazo y afasia nominal e incontinencia. Su mujer se negaba a aceptar lo irreversible de esta situación e invertía la mayor parte de sus energías en llevarle a diferentes especialistas, fueran médicos ó no. Algunos de los tratamientos no médicos resultaban muy discutibles, como uno que pretendía sanar su demencia mediante unas fricciones con pomada en el cuero cabelludo. Cuando, finalmente, admitió el avance de la enfermedad, ella solicitó que su marido fuera encerrado bajo llave para que nada malo pudiera sucederle. Eso era ilegal, y clínicamente injustificable. La familia rechazó cualquier otra oferta de ayuda y, al final, encontraron una residencia de régimen cerrado. Incluso se amarró al enfermo a una silla para impedirle que deambulara de un lado para otro, cosa que la familia aprobó con satisfacción. El anciano murió a los dos meses de su ingreso.

Abuso sexual.

Cada año, son varios los casos que salen a la luz de hijos adultos, hombres por lo general, que mantienen una relación incestuosa con sus mayores, habitualmente su madre. Dado que el anciano padece demencia, el consentimiento no puede ser obvio, y a menudo, se observan lesiones físicas. Uno de los dilemas a que los profesionales deben enfrentarse es determinar quién inició los abusos en un principio, puesto que en muchos casos empezaron en la infancia, después se han invertido los papeles.

Ejemplo de casos:

Una mujer de 69 años, que asistía a un centro de día, estaba cada vez más desmemoriada y débil. Cuando la bañaban advirtieron contusiones en la zona genital y se decidió a hablar de las relaciones sexuales que mantenía con su hijo. El hecho de que en su casa existiera un solo dormitorio llevó a pensar que esta relación era duradera. Su condición física había empeorado y había desarrollado una acusada dependencia de su hijo. Tenía dificultades para afrontar sus problemas a nivel emocional. Tras asesorarla con mucho tacto, se hizo posible una relación más normal y no se observaron más abusos sexuales.

Un hombre de 70 años se mudó a la casa de su hermana viuda de 74, que tenía problemas con el alcohol. Él utilizaba el alcohol para sobornarla y meterse en la cama con ella, para reanudar una relación incestuosa que habían mantenido mucho tiempo antes. Ella se sentía tan afligida por esta situación que su alcoholismo alcanzó un punto en que hubo que ingresarla, lo que resolvió el problema. Se ha comprobado que el consumo excesivo de alcohol es un factor que muy a menudo acompaña a los abusos sexuales.

A la hora de considerar si se están produciendo abusos sexuales es útil observar las siguientes señales: evidencias de lesiones en el perineo, dolores al orinar y hemorragias y secreciones vaginales. No deben olvidarse consultas poco usuales. Entre ellas, consultas por

hematomas sin explicación ó visitas al médico de cabecera con sintomatologías leves en demanda de tranquilizantes ó del ingreso en un hogar residencial.

Ejemplo de un caso:

Se atendió a una señora de 74 años que sufría turbación y demencia crecientes. En el examen físico se detectaron secreciones vaginales y hemorragias en el perineo. Se encontró que su marido la forzaba a realizar el coito porque no sabía de qué otro modo expresarle su amor. Ella no comprendía lo que sucedía y las relaciones le ocasionaban sufrimiento físico. Asimismo, el trauma emocional también era importante.

A veces los mismos pacientes pueden intentar captar la atención sobre su problema al acudir a sus médicos con frecuentes consultas sobre males y dolores leves. No obstante, los ancianos pueden ser tachados de neuróticos ó seniles, incluso de paranoicos, si acusan abiertamente a sus allegados de abusar sexualmente de ellos.

Maltrato Psicológico:

Resulta evidente la falta de interés que demuestran los psicólogos por los ancianos. Los psicólogos del desarrollo evolutivo no se han planteado todavía el tema del maltrato a personas mayores porque primero tienen que estudiar el desarrollo propio de los ancianos. Sin embargo, el reconocimiento clínico de las señales y síntomas psicológicos del maltrato a ancianos precisa de una revisión tanto en lo que se refiere a las víctimas como en lo que atañe a aquellos que lo perpetran. La víctima se siente privada de apoyo emocional, sola, amedrentada, sin saber qué debe hacer al vivir en su hogar con un hijo ya adulto. A menudo la víctima padece un sentimiento de mido mucho más generalizado con, l temor ante la aproximación.

Ejemplo de un caso:

El señor y la señora A tenían 76 y 74 años respectivamente. Hacía cuarenta que estaban casados y totalmente dedicados el uno al otro. De jóvenes decidieron no tener hijos, para así poder ofrecerse toda su atención. Él era científico y ella ama de casa. Unos ocho años antes, la esposa había empezado a desarrollar una demencia senil; siempre parecía atolondrada, no podía concentrarse en sus actividades, como cocinar, trabajar en la casa ó vestirse y su marido tuvo que hacerse cargo de estas tareas. Las vacaciones siempre habían sido los momentos preferidos de su matrimonio, pero de modo gradual se convirtieron en un problema, porque la señora A se escapaba y se perdía. Cuatro años atrás, al señor A se le diagnosticó un cáncer en el intestino cuyo tratamiento quirúrgico superó con éxito. Durante su convalecencia aparecieron las primeras sospechas sobre los problemas de la pareja para afrontar la situación. Su esposa se trasladó provisionalmente a una residencia privada. Empezó a mostrarse atemorizada y comportarse de modo desagradable. Se quejaba continuamente de la residencia. Finalmente volvió a su casa y comenzó a asistir a un hospital de día. Tres años antes se había notado un cambio en su comportamiento. Se mostraba muy agitada y atemorizada, y lloraba por cualquier cosa. Se detectaron hematomas en su cara y en su cuerpo y, al mismo tiempo, su conducta demostraba un mayor malestar. Fue ingresada para una evaluación. El señor A se veía más débil y negó cualquier abuso fuera de sujetarla para vestirla. Incluso mientras permanecía internada, él permanecía todo el día y buena parte de la noche acompañándola. Después de unas sesiones de orientación aceptaron ayuda para cuidarla.

Muchos de estos pacientes se hallan inmóviles, incontinentes, afásicos y demenciados, se encontró que estas víctimas acostumbraban a ser mujeres, funcionalmente dependientes, y que presentaban un historial de enfermedades mentales, alcoholismo y conducta abusiva, a

menudo conjugado con un retardo acusado en su motricidad. Existen evidencias de conflictos intra e intergeneracionales, así como de un marco de conflicto familiar. Es habitual que la víctima conviva con la persona que ejerce el maltrato.

Se remarca un dato muy importante según el cual los hombres superan en número a las mujeres en la violencia ejercida dentro del matrimonio. Esto supone a menudo un conflicto de larga duración en matrimonios en los que la violencia y el maltrato psíquico masculinos aparecen con frecuencia muy pronto en la relación. Estos papeles de las pareja se invierten más tarde, en particular cuando estas circunstancias coinciden con discapacidades físicas, un poderoso elemento de control e incluso venganza y una pobre comunicación entre los cónyuges.

Ejemplo de un caso:

Un hombre de 76 años vivía con su mujer. Él sufría demencia alcohólica y le habían amputado la pierna derecha por debajo de la rodilla. Su mujer trabajaba; aunque ya había cumplido 65 años, rechazaba abandonar su empleo. Se observó que el marido le tenía miedo, lo que no se ajustaba en absoluto a su carácter, y se encogía atemorizado cuando ella se le aproximaba. Ella alardeaba de que, después de haberse tenido que someter a sus puños, en especial los sábados por la noche, al principio de su matrimonio, ahora le había llegado su turno. Éste era el lenguaje que él entendía. Le hizo soportar sus gritos y sus insultos, y finalmente se desentendió por completo de él para poder vivir su propia vida.

La víctima puede tener la sensación de que se la trata como si no fuera humana ó de forma infantilizada. Hay entre las víctimas una fuerte sensación de privación y pérdida sobre todo para aquellas que han tenido que abandonar su hogar para ir a vivir con otros miembros de su familia. Sufren una pérdida de independencia, de espacio y de propiedad que es reemplazada por el sentimiento de ser una carga, de no saber cuál es su sitio, e incluso de

tener que competir por el afecto. Si esta situación se deteriora aún más, la víctima siente disminuida su posición en la familia, se la recluye en el aislamiento, se la priva de elegir e incluso se la excluye de cualquier decisión, con la sensación de que ya no cuanta, y de que su familia sabe mejor lo que les conviene. Si el anciano está demenciado, sus allegados a menudo hacen comentarios delante de ellos. Esto genera fuertes sentimientos de menosprecio, depresión y, en algunos casos, conduce a agresiones.

El maltrato psicológico puede constituir un paso más cuando las víctimas son encarceladas en sus propios hogares, encerradas bajo llave en la casa ó en una habitación. Abundan las habitaciones que pueden cerrarse por fuera, frías ó mal acondicionadas, sin apenas muebles ó equipamiento; habitaciones sucias no provistas de baño y sin facilidades para la higiene personal. A menudo las personas encerradas en estos habitáculos durante la noche se vuelven incontinentes. De día la puerta cerrada adquiere el carácter de castigo. Cuando a los ancianos así tratados se les permite estar en el círculo familiar permanecen en absoluto silencio y relegados a una posición periférica. Se sorprenden si alguien se dirige a ellos y permanecen mudos, apartados y deprimidos.

Ejemplo de casos:

Tras recibir el alta del hospital, se decidió, un tanto precipitadamente, trasladar a casa de sus familiares a una mujer de 82 años que sufría de un grado leve de demencia. En la casa, vivía en una habitación de la parte trasera, sin calefacción ni alfombra, y sin más mueble que la cama. Se la encerraba en esta habitación durante más de seis horas al día. Cuando la sacaban de allí, la familia hablaba de ella como si no estuviera presente, discutiendo delante de sus nietos su supuesta incontinencia. Los nietos la trataban con indiferencia, del mismo modo que sus hijos, que la ignoraban como si fuese un mueble más. Aquella mujer se encerró en el mutismo, se mantuvo apartada y ya había perdido toda esperanza cuando

llegó al hospital de día, y cuando, finalmente, ingresó en una residencia. Allí la mujer se transformó completamente: sonreía y hablaba con sus amigos.

Una anciana de 84 años fue atendida en el servicio de urgencias por heridas en la cabeza. Una enfermera anotó su dirección y advirtió que la mujer convivía con una familia cuyo cariz violento era bien conocido. Había sido golpeada y tirada al suelo en el trascurso de una disputa familiar. Sus parientes utilizaban su dinero para sustentar el consumo abusivo de alcohol de la familia.

Una viuda de 84 años que vivía en un piso tutelado sufría de demencia grave. El encargado se negaba a suministrarle la medicación que necesitaba para su insuficiencia cardíaca. El médico de cabecera le preguntó a la paciente si deseaba ir a una residencia de ancianos, a lo que ella se negó. Entonces, aquel doctor intentó ingresarla en el hospital, para así confundirla de modo que no fuera consciente de que la llevaban a una residencia. El especialista del hospital no colaboró con él, hizo los cambios pertinentes en la medicación y proporcionó a esta señora asistencia de día. Tales medidas tuvieron éxito y permitieron a aquella mujer permanecer en el lugar donde deseaba estar, esto es, en su casa.

Cuando se valoran las presiones psicológicas que ejercen las personas que perpetran el abuso sobre la víctima, muy pronto se hace evidente que también ellas soportan una gran tensión. Se halló evidencia, especialmente entre la hijas, de que disponían habitualmente de mecanismos de afrontamiento pobres, y sufrían conflictos conyugales y problemas con el alcohol y las drogas.

Ejemplo de un caso:

Una mujer de 72 años, que sufría una demencia leve, vivía con una hija alcohólica, enfermera de profesión. Esta hija se sentía muy frustrada ante el comportamiento de su madre (la cual la criticaba, en especial en referencia a sus abusos con el alcohol y las

drogas). La hija mantenía a la madre confinada en su cama y le negó la comida y la bebida hasta que se quedó en los huesos. Tres fueron las ocasiones en que se la ingresó en urgencias por malnutrición para así poder salvar su vida. En la actualidad cuenta con la ayuda de un cuidados y asiste a un hospital de día. Sigue comiendo muy poco, y se ha convertido en una anoréxica de la tercera edad.

Al parecer se dan en muchos de estos casos tensiones de carácter psicológico en la relación, como conflictos paternifiliales. Algunos sugieren que la violencia y los malos tratos psicológicos se producen a raíz de conductas aprendidas. Algunos de los maltratadores son a su vez productos de la violencia doméstica e incluso, en ciertos casos, son patológicamente violentos. En un sentido formal, se hallaron enfermedades mentales entre las personas que ejercen malos tratos, siendo las más comunes la depresión y la neurosis de ansiedad. También se identificó otras formas menores de estrés, que incluyen un tipo de desesperanza, rabia y frustración acompañadas de maltrato verbal, que se da muy frecuentemente entre matrimonios mayores que viven con hijos adultos.

Se destacan dos características, concretamente que el maltrato se produce cuando las familias han convivido por un período de tiempo de diez años y que se traspasa de una generación a otra. Ello sugeriría que los factores que concurren en los malos tratos físicos y psicológicos son complejos y que, en estas situaciones nos enfrentamos a menudo a las consecuencias de insidiosas rupturas de relaciones. Aquellos que se hacen cargo de los ancianos que han perdido su independencia, sus intereses, su espacio y su sensación de autoestima al debilitarse física y psicológicamente, pierden a su vez su independencia, intereses, espacio y autoestima propios. Estos cuidadores se enfrentan a tales circunstancias. Si estas cuestiones no son identificadas y tratadas adecuadamente, es extremadamente probable que tengan lugar los malos tratos.

Abuso Material.

Se sugieren los siguientes indicadores de abuso financiero:

1. Repentina incapacidad para pagar las facturas.
2. Retirada repentina, ó no explicada, de fondos en las cuentas de las ancianos.
3. Diferencias entre los activos del anciano y las condiciones en que vive.
4. Un interés inusual de la familia por los activos de los ancianos.

Ejemplo de casos:

Un viudo de 76 años aquejado de demencia empezó a verse incapaz de hacer frente a sus facturas ó de atender sus asuntos, lo que acarreaba cada vez mayores problemas. Ante de ser declarado incompetente había extendido poderes notariales. En todo caso, su demencia iba progresando y él encontraba cada vez más dificultades para organizar su vida (sus facturas quedaban impagadas, le desconectaron la electricidad y el gas). Su familia se negaba a ayudarle. Sólo la amenaza de los servicios sociales de una acción legal permitió que la situación financiera de ese hombre se estabilizara.

Un viudo de 72 años ingresó de urgencia en un hogar de ancianos a causa de su creciente deambular, deterioro físico y malestar. En el momento del ingreso, se puso muy agresivo, insistiendo en que tenía que ir al banco a sacar dinero para sus cuidadores, ó si no se le castigaría. Resultó que esa situación se daba a diario. No fue posible determinar desde cuándo se producían estas extorsiones, pero se estima que hacía más de un año que tenían lugar. Estos casos se producen a menudo y llegan a conocimiento de la policía. Este hombre fue puesto bajo atención merced a una orden de protección de los tribunales. Más tarde se descubrió que su pensión y las ayudas asistenciales que recibía hubieran permitido a sus cuidadores atenderle adecuadamente, pero ese dinero no era utilizado en su beneficio.

Andaba pobremente vestido, mal nutrido y, a nivel emocional, atemorizado y trastornado.

Una viuda que sufría de psicosis maníaco-depresiva de carácter crónico y sujeta a recaídas, se hallaba en una situación de dependencia con respecto a su hijo. Ella era una mujer adinerada, propietaria de la casa en la residía. Él se trasladó a vivir con ella y, entonces, mediante presiones psicológicas, tales como amenaza de abandonarla ó de retirarle su apoyo emocional, intentó que le cediera dinero y propiedades. Finalmente, él terminó por abandonarla, de modo que la mujer tuvo que ingresar en un hospital y perdió su casa, ya que su hijo la vendió; como consecuencia, ella tuvo que trasladarse a una casa de renta limitada subvencionada por el Estado. Su hijo la dejó a su suerte, sin un céntimo. Ella, por lealtad familiar, impidió todo intento de reclamar legalmente su propiedad ó de ejercer acción alguna contra él. Ahora, ella vive sola y en la pobreza, y necesitada de asistencia.

Una mujer de 79 años de edad con una demencia senil leve consintió en que su familia se mudara a vivir con ella en su casa para así poder atenderla. Ellos pusieron su casa en alquiler y se llevaron también a los nietos sin el consentimiento de la anciana. Finalmente, se hicieron con el control de todos los ingresos de la mujer. Ella empezó a sospechar que la casa no tardaría mucho en dejar de ser suya..

La situación empeoró aún más cuando empezaron a someterla a continuos ingresos en el hospital por diferentes síntomas de poca importancia, con el fin de obtener un descanso de los cuidados que ella precisaba y de sacarla de su casa. Intentaron obligarla a quedarse en una plaza hospitalaria (que ellos no tuvieran que pagar) por tiempo indefinido.

Tampoco es infrecuente la negación de los recursos vitales más básicos de la atención que necesitan personas físicamente dependientes, y esto conduce a menudo a que deben ser acogidos en una institución que los atienda las veinticuatro horas.

Se encontró que el abandono activo es bastante frecuente. Una forma más sutil la constituye la eliminación de opciones disponibles en el cuidado de ancianos en orden a asegurarse la alternativa que menor gasto conlleve. Esto es muy común cuando existe disponibilidad de plazas residenciales gratuitas para atención continuada y por tiempo indefinido.

Se descubrió que tampoco resultaba infrecuente en los pabellones hospitalarios de pacientes de larga estancia el descuido, por parte de los cuidadores, en el suministro de equipamiento vital (como gafas, audífonos, dentadura ó ropa), con el consiguiente aislamiento involuntario ó incomunicación sensorial y deterioro del estado mental del anciano. Todo ello constituye una privación de las libertades civiles. A pesar de darse con gran frecuencia, es un área que se ha venido ignorando.

Ejemplos de casos:

El estado de ánimo de una anciana de 74 años con trastorno maníaco-depresivo se volvió ligeramente hipomaníaco y su conducta un tanto problemática e hiperactiva. Disponía de mucha energía y sólo podía dormir durante tres ó cuatro horas por la noche. Los demás residentes del hogar la criticaban, y se les dijo que podía sufrir un ataque de locura. Los encargados buscaban que la admitieran en algún hospital y se la llevaran de allí. Exageraron sus síntomas, los cuales afligieron a la familia, preocupada por las quejas de los vigilantes de noche, que protestaron porque no les dejaba dormir. El médico del complejo residencial aconsejó a la mujer sobre la conveniencia de un ingreso. Ella rechazó recibir tratamiento en su hogar. El resto del personal no quedó contento y trasladaron a la anciana al servicio de urgencias más cercano, donde presionaron a un doctor joven para que la admitiera durante el fin de semana. Su especialista se quedó estupefacto al encontrarla allí en la ronda de visitas de la sala. La anciana aceptó el tratamiento (que nunca había rechazado) y su familia encontró otro hogar donde recibió un trato mucho más cariñoso y

en el cual vivió felizmente. En su anterior residencia nunca entendieron ni se preocuparon lo más mínimo del motivo que la hizo mudarse.

Negligencia activa.

La negligencia activa se define como el incumplimiento ó el rechazo de obligaciones en los cuidados e incluyen el intento intencionado y consciente de infligir malestar emocional ó físico al anciano.

Esta es una situación que se presenta con frecuencia en la práctica clínica pero, a pesar de que el equipo multidisciplinar tenga pleno conocimiento de las situaciones de negligencia en las que se encuentran las víctimas, resulta muy difícil de probar legal ó prácticamente, bien para impedir los abusos financieros, bien para hacer algo en términos de intervención activa. Poco se ha escrito respecto a este tipo de abusos, en gran medida por la falta de claridad en las definiciones. Algunos autores afirman que la negligencia activa es la negligencia por parte de un cuidador de servicios que son necesarios al anciano para el mantenimiento de su salud mental y física. Se encontraron diferentes tipos de abusos, pero se hizo mención especial de algunos principios importantes:

1. El incumplimiento de las atenciones a la persona en el área donde reside.
2. No buscar atención médica.
3. El incumplimiento de proveer al mantenimiento del paciente, incluyendo higiene, ropa y comida.
4. Robo de recursos personales.

Se sugiere que cuando el estado de deterioro mental de la víctima es grave se da una mayor probabilidad de abusos. Se halla que los ancianos maltratados han estado enfermos durante un períodos superiores al año. A medida que el deterioro mental avanza, sobre todo en caso de demencia y depresión, se producen problemas en su funcionamiento y comportamiento.

Una posible explicación reside en las prácticas de los servicios asistenciales, que sólo se hacen cargo de los pacientes cuando éstos sufren un deterioro considerable. Para conseguir que la derivación se realice antes de llegar a ese punto, sería necesaria una extensa campaña de reeducación, acompañada de cambios sustanciales en la práctica clínica de los médicos de cabecera. Tampoco son infrecuentes los abusos médicos, tales como negar medicación a una persona para precipitar un trastorno psiquiátrico ó físico, urdir ingresos hospitalarios ó hacer que el enfermo exagere sus quejas ó síntomas. De igual modo pueden producirse abusos en la medicación, en especial si no existe una supervisión ó un suministro cuidadoso.

Ejemplo de un caso:

Un hombre polaco de 72 años de edad vivía con su mujer y con hijo que estaba físicamente impedido. El anciano sufría demencia, depresión, Parkinson severo e insuficiencia cardíaca crónica. Cada vez que se le visitaba, lo hallaban apartado en un dormitorio trasero, sin medicación ni apenas comida. Ingresó numerosas veces en el hospital, a causa de un fallo cardíaco, incapaz de moverse y en un grave estado de negligencia y malnutrición. Siempre conseguía restablecerse y recuperar la movilidad, pero al regresar a su casa volvía con rapidez a su desesperado estado previo. Tras una investigación más minuciosa se descubrió que su esposa le privaba de comida y medicación deliberadamente, con el fin de poder seguir manteniendo una relación incestuosa con su hijo impedido.

Negligencia pasiva.

Se define la negligencia pasiva como el rechazo ó el incumplimiento de la realización de obligaciones en los cuidados, excluyendo el intento intencionado y consciente de infligir malestar emocional ó físico al anciano.

Se trata de una situación mucho más común de lo que en un principio podría pensarse, sobre la que se ha escrito muy poco. El problema se inicia a menudo de un modo insidioso, especialmente cuando la persona desarrolla enfermedades como la demencia ó la esquizofrenia paranoide crónica. Es frecuente que vaya emparejado con un trastorno de personalidad que lleva al sujeto a una situación de aislamiento, ó bien que la enfermedad misma dañe la personalidad del paciente. En un primer momento las familias ó los cuidadores pueden estar dispuestos a ayudar pero las buenas intenciones pronto se agotan. Esto acarrea abandono, falta de aprovisionamiento de comida ó de servicios relacionados con la salud debido al desconocimiento, pereza, debilidad ó al cuestionamiento del valor de los servicios prescritos, dando lugar al tipo de negligencia pasiva.

Ejemplo de casos:

Un hombre soltero, demenciado, de 74 años que había sufrido varios infartos fue derivado después de un ataque de apoplejía que le dejó con problemas de comportamiento y afasia nominal. De lo único que se acordaba era de su nombre y de que trabajaba en un mercado de pescado. Había sufrido de esquizofrenia paranoide. Nadie se había preocupado por él y permaneció callado y deprimido durante la entrevista. No tenía otra familia que el personal del hogar donde residía y lo único que esperaba era que lo sacasen de allí porque no cooperaba. Murió en el hospital al sufrir una grave embolia. No pudo obtener obtenerse más información sobre su historia.

Un soltero irlandés de 72 años sufría de demencia y de lesión de un lóbulo frontal. Siempre había sido un hombre difícil, pero sólo empezó a mostrarse violento y agresivo debido a la negligencia del personal del hogar en que residía. Cuando lo vimos, no había tomado un baño ni se había mudado de ropa en seis meses. En el examen médico se le encontraron úlceras de decúbito por delante y detrás, alrededor del ombligo y en ambas nalgas, así como

carcinoma en el pene. Su agresividad era debida al dolor que le ocasionaban las llagas y desapareció con el tratamiento de éstas. Fue trasladado a otra residencia, donde finalmente murió a causa del carcinoma, pero donde pudo disfrutar pacíficamente de su excentricidad durante sus dos últimos años de vida.

Los primeros signos de alarma de otro tipo de negligencia se advierten cuando una persona mayor se queda sola y su familia no se compromete a cuidar de ella sino ocasionalmente y de modo superficial, ó cuando cambia la dinámica familiar, por ejemplo por enfermedad de la persona clave en proporcionar el cuidado, y el anciano queda desprotegido.

Ejemplo de un caso:

Una viuda de 78 años a la que siempre se le había descrito como de personalidad difícil sufría de demencia y había perdido parte de la visión. Sólo aceptaba recibir ayuda de una hermana que era deficiente mental y de dos cuidadores. Corría riesgo de provocar algún incendio, puesto que fumaba en exceso. Su hermana no se ocupaba adecuadamente de ella. Su médico de cabecera lo único que quería era ingresarla en un hospital para que no acudiera más a su consulta. La anciana había sufrido repetidos episodios de hipotermia porque su hermana se olvidaba de comprar carburante para la caldera de la calefacción. También sufría malnutrición, pues su hermana no le daba bien de comer. Finalmente desarrolló una psicosis paranoide y fue ingresada, ya que rechazó toda oferta de ayuda pues su hermana había fallecido. Cuando la ingresaron su estado se había deteriorado mucho y decidieron mantenerla allí por tiempo indefinido.

Muy a menudo, los médicos de medicina general o los servicios sociales no tienen noticia de la existencia de las personas ancianas. El panorama clínico y social dista mucho de reflejar la realidad en su totalidad. No es infrecuente para los cuidadores el tener que disputarse con los organismos de la administración responsables de servicios (como de

asistencia domiciliaria ó de comidas a domicilio) asuntos como quien debe administrar la medicación ó quien es la persona responsable de los cuidados del anciano.

Ejemplo de casos:

Una viuda de 72 años (la señora S), que vivía sola y sufría de esquizofrenia paranoide, desarrolló la creencia de que había utilizado la lápida de su marido en la construcción de la casa, así que cada noche desconchaba un poco de yeso tratando de encontrarla, y cada día su familia volvía a arreglar los desperfectos. Para comer, la hija le proporcionaba pan, bizcochos y poco más. Nadie más entraba en la casa. Dieciocho meses antes había tenido que quedarse con un pariente durante las vacaciones, y allí ocasionó los mismos destrozos en el dormitorio. Ni el médico de cabecera ni los servicios sociales tenían noticias de ella. El caso salió a la luz cuando su hermana sufrió un ataque de apoplejía y tuvo que ingresar en el hospital. Un nieto de la señora S tuvo que hacerse cargo de ella, pero no se molestaba en llevarle de comer. Los vecinos acabaron por avisarle a la hermana de la anciana, que alertó a los servicios psicogeriátricos. No se advirtió la gravedad de su situación hasta su ingreso en el hospital, donde finalmente murió después de ser operada de un carcinoma.

Una mujer de 94 años con un grado moderado de demencia se casó con un hombre de 96 años que aún trabajaba cada día. Él la alimentaba con bocadillos de comida para gatos, por lo cual ella contrajo una anemia severa y empezó a sufrir diarreas crónicas. Un joven inquilino que tenía la maltrataba físicamente. Cuando ingresó en el hospital su vida corría peligro por una anemia debida exclusivamente a su pobre alimentación. Durante su recuperación, la demencia que padecía se atenuó. Cuando regresó a su casa, se la colocó bajo la supervisión de unos cuidadores y empezó a acudir a un centro de día donde llevó una vida plena y satisfactoria. El joven inquilino fue acusado de asalto y robo, pero a pesar de que se impidió esa forma de maltrato, su marido empezó a agredirla físicamente y se

tuyo que volver a evaluar las medidas adoptadas y poner en marcha un nuevo plan de tratamiento clínico basado en la asistencia diurna en el hospital de día y la asistencia domiciliaria rotatoria.

El abuso de la medicación puede tomar distintas formas: a menudo los propios pacientes descuidan la ingestión de sus pastillas, ó toman dosis incorrectas de los fármacos que se les ha recetado, lo cual produce desastrosos resultados. También es frecuente que los cuidadores encuentren terriblemente engorrosa la administración de la medicación y terminen por no suministrarla ó por hacerlo de modo incorrecto. Muchas veces los ancianos se vuelven suspicaces y se desaniman al comprobar que esto supone un conflicto dentro de la familia, por lo que tienden a aislarse aún más, a volverse paranoicos y a rechazar todas las ofertas de ayuda. A menudo, esto produce una situación de impotencia que hace que los cuidadores claudiquen y precipita decisiones apresuradas tanto de la familia como de las instituciones.

Ejemplo de casos:

Una mujer recién casada de 63 años empezó a demenciarse, comenzó a mermar su memoria a corto plazo, desarrolló una afasia nominal y un estado de ansiedad difusa. Desarrolló ideaciones paranoicas según las cuales la estaban envenenando. El médico de cabecera recomendó al marido que mezclara un sedante con su comida, con lo que ella advirtió que tras ingerir cierto guiso con un sabor amargo había quedado inconsciente. Nunca volvió a confiar en su marido y su paranoia y agitación aumentaron hasta el punto de requerir hospitalización.

Una viuda de 74 años que habitaba un piso tutelado padecía una esquizofrenia paranoide crónica y principios de demencia. Durante muchos años había sabido sobrellevar su enfermedad e incluso iba a hacer sus compras en bicicleta. Ahora era una reclusa senil.

Durante un período de dos años una hermana ya anciana la ayudaba, muy pasivamente, haciéndole las compras una vez por semana, y en ese tiempo su estado fue degenerando. Los servicios sociales tomaron cartas en el asunto hasta donde ella les permitió, pues los encontraba demasiado entrometidos; empezó a correr el rumor de que era peligrosa e iba armada con un cuchillo (un cuchillo de cocina). Los servicios lo negaron. Tras las quejas de los vecinos, el médico alertó a los servicios psicogeriátricos. Se encontró en tal estado de deterioro que sus heces cubrían el suelo y las paredes. El piso se hallaba infestado de bichos, entre ellos miles de moscas. La mujer ingresó en un hospital donde su esquizofrenia recibió tratamiento. Ella aceptó la ayuda sin oposición y vivió independientemente hasta que le llegó la muerte cinco años después.

Maltrato institucional.

Muchas personas ingresan en un hospital ó en una residencia a causa de una "urgencia" y esta situación termina por convertirse en definitiva, de modo que el anciano ya no regresa nunca a su casa. Si la persona es tan frágil, física ó mentalmente, que requiere las veinticuatro horas, este procedimiento puede ser inevitable. Cuando el ingreso es resultado de una información médica ó social incompleta, el proceso puede entrañar graves riesgos. Hoy por hoy, este tipo de unidades son consideradas las más ventajosas y la gente mayor suele ser forzada a ingresar en las instituciones demasiado pronto, por cuyo motivo se siente abandonada, estafada y, a menudo, maltratada, sin que nadie se haya molestado en preguntarles qué es lo que ellos quieren. Muchos ancianos opinan que sus deseos han sido ignorados, y es habitual que sean víctimas de un chantaje moral para obtener su consentimiento. Con el fin de reducir la probabilidad de que se den estas situaciones, es de esperar que la administración regule la provisión de cuidados, de forma que permita elegir a los ancianos, fomentando la opción de permanecer en su hogar y organizando un sistema de

gestión de casos que permita a los profesionales responsables hacer el seguimiento de sus clientes.

Ejemplo de un caso:

Dos mujeres ingresaron a una residencia privada; ambas padecían demencia, y su deambular constituía un importante problema. Aunque no se utilizaron sillas, el personal inclinaba las sillas hacia atrás y las bloqueaba contra el muro de tal modo que el paciente quedara sentado en un ángulo que no le permitiera levantarse, lo cual resulta muy angustiante. También se vio que la última comida del día la efectuaban a las cuatro y media de la tarde, y que consistía en bocadillos y un vaso de té. Se acostaban a las seis ó a las siete de la tarde. La dieta era insulsa y no tenían posibilidad de elegir. En al inspección de la cocina sólo se hallaron almacenados una lata de pudín de arroz y un enorme paquete de palitos de pescado; eso, junto con un poco de leche, era todo cuanto había para doce residentes. Se dio como excusa que la comida se compraba fresca cada día en una tienda cercana. No pudo confirmarse que así fuera. Respecto del tema de las sillas de inmovilización, éstas no fueron retiradas hasta que la administración amenazó con cerrar la residencia.

Puede darse intentos de ingresar a pacientes en instituciones en contra de sus deseos, lo cual constituye una violación de sus libertades.

Ejemplo de un caso:

Una mujer de 74 años vivía en un piso tutelado. Se presionó a su médico de cabecera para que intentara que la paciente ingresara, en contra de su voluntad, en una residencia, pues estaba enloqueciendo y se pensó que correría peligro en caso de que hubiera un incendio en el edificio. Pero, de hecho, ésa no era toda la verdad. Los guardianes no querían hacerse cargo de una mujer con una demencia que iba en aumento. Se propuso que ingresara en un

hospital para despistarla y sedarla. Esta propuesta se hizo con el fin de que la mujer, sumida en una mayor confusión, no pudiera oponerse a su traslado a una residencia privada. La propuesta se rechazó, así como cualquier otra actuación en esa línea, y ella cooperó de buen grado con los cuidadores del centro de día y de la asistencia domiciliaria, que acudían cuando ella los necesitaba. Finalmente, aceptó recibir los cuidados residenciales que precisaba a tiempo completo cuando ella consideró que había llegado el momento.

La malversación de recursos financieros y propiedades en hospitales ó residencias y casas de salud tiene lugar más a menudo de lo que podría pensarse. Puede ser que el abuso lo ocasione uno ó más familiares ó miembros del personal. Éste es un ejemplo de los muchos casos de este tipo.

Ejemplo de un caso:

Un paciente de 76 años de edad y con demencia terminal fue ingresada en una sala de asistencia continuada. Los familiares responsables de los bienes de la mujer denegaron a ésta disponer de algún dinero para gastos de bolsillo. Uno de los miembros de su familia lo utilizaba para sí mismo, dando como excusa que lo necesitaba para sus desplazamientos en autobús. Esto suponía que la paciente no podía permitirse salir a comer fuera del centro, ó disponer de unos artículos de tocador propios, a menos que se los proporcionara el personal de la planta, y también significaba que no podía irse de vacaciones.

Resulta difícil evaluar de qué modo afectan a la difícil situación de los ancianos los constantes cambios en la regulación y pautas de la atención a este colectivo en el país. Los datos más recientes no son demasiado esperanzadores. Lo que es evidente es que es necesario diseñar un marco adecuado de supervisión provisto de los poderes que permitan garantizar a los ancianos un trato justo.

Ejemplo de un caso:

Una viuda de 78 años afectada de demencia grave planteaba serios problemas de comportamiento, entre los cuales se hallaban el hábito de pedir cigarrillos constantemente, unas veinte veces por hora. Se hacía cada vez más insistente y molesta. Se observó que, en más de una ocasión, una enfermera especializada que llevaba muchos años trabajando en aquel pabellón, chillaba y gritaba a esta mujer. A pesar de recomendarle estrategias de afrontamiento, tales como salir de la sala ó hacer salir a la paciente, la enfermera ignoró los consejos y, finalmente, acabó por golpear brutalmente a la enferma. La enfermera fue despedida. La paciente y el personal, con la ayuda de un equipo multidisciplinar, trabajaron para definir estrategias específicas de atención. El comportamiento de la anciana mejoró y el personal de la sala consiguió tratarla afectuosamente. No tuvieron lugar más incidentes.

Es necesaria una supervisión permanente de los cuidados, en la cual se preste una especial atención a formas inusuales de contención ó de inmovilización, a las horas de comida y las dietas inapropiadas, de baja calidad y que no permiten elegir diferentes opciones. Deben evitarse la falta de privacidad y la pérdida de la dignidad personal. Cuando el régimen es abusivo en sí mismo, la propia identidad se extravía con gran facilidad.

Ejemplo de un caso:

Un clérigo de 76 años vivía en una residencia. Era normal efectuar la higiene personal de los residentes con la puerta del pasillo abierta. Los auxiliares de enfermería eran chicas jóvenes. El anciano sufría por ello un gran embarazo, pero la institución mantenía que su actitud era exagerada. El clérigo acostumbraba a visitar de modo regular a sus antiguos parroquianos e incluso comía con ellos, comportándose de un modo absolutamente normal fuera de a institución.

Un factor clave es la necesidad de una formación continuada para todo el personal, sobre todo en lo que hace referencia a la calidad de los cuidados y prácticas de enfermería, además del aprendizaje de nuevas técnicas conductuales e identificación de situaciones de riesgo de abusos. La legislación no sólo es necesaria para hacer posible una supervisión adecuada de la calidad de atención, sino también para permitir al personal informar de los casos de abuso y maltrato sin miedo a la victimización.

El abuso cometido por individuos dentro de las instituciones es habitual, pero el más común de ellos es el abuso institucional, allí donde el entorno, las prácticas y los roles son abusivos en sí mismos. Históricamente, las casas de trabajo, asilos de pobres donde éstos debían trabajar a cambio de alojamiento y comida, constituyen un ejemplo de este tipo de situación, que se debe vigilar atentamente para que no se produzca. El abuso institucional no depende del tamaño de la institución.

Falsos signos de abusos.

Hay que tener en consideración que ciertas heridas sufridas por los pacientes no constituyen signos de abuso, sino que son consecuencia de su enfermedad. Ejemplo de eso son las quemaduras de cigarrillos en trastornos como la corea de Huntington y la demencia.

Ejemplo de un caso:

Una viuda de 56 años que padecía corea de Huntington vivía con un hijo que se hallaba totalmente dedicado a ella. A pesar de lo bien que estaba, le hallaron unas úlceras de forma circular en el vientre y las nalgas. Obviamente, eran debidas a quemaduras de cigarrillos y las enfermeras expresaron sus sospechas de que hubiera una agresión intencionada. Tras una cuidadosa investigación, que incluyó entrevistas confidenciales con el hijo, con la familia y con el paciente, se descubrió que las heridas se las había autoinfligido ella misma. Se tomaron medidas para supervisarla cuando fumaba.

A menudo, estos pacientes pueden presentar quemaduras ó huellas de frecuentes caídas y contusiones debidas a sus movimientos. Esto no quiere decir que sean objeto de maltrato activo. No obstante, debe prestarse atención para evitar que se produzcan por causa de maltrato pasivo, que se pongan bajo control y se tomen las medidas necesarias para prevenir y reducir estos incidentes.

Incluso los casos en que existen sospechas ó acusaciones de abusos sexuales deben ser cuidadosamente evaluados. Las pruebas injustificadas ó erróneas pueden tener trágicas consecuencias y destruir ó dañar seriamente las relaciones.

Ejemplo de un caso:

Una mujer casada de 82 años que vivía en una residencia privada presentaba disfasia y tan sólo podía repetir las palabras. Su marido la visitaba cada día y era muy afectuoso con ella; estaban muy unidos. No obstante, cada vez que se marchaba él la dejaba gravemente angustiada. El personal empezó a sospechar la existencia de posibles abusos sexuales, porque el marido hacía comentarios acerca de la incontinencia de la anciana. Esto, junto con la angustia sin explicación que sufría la esposa, hizo que sospecharan de la posibilidad de que la forzara sexualmente. Una evaluación cuidadosa no desveló evidencia alguna de abuso. Se encontró que ella sufría una depresión a consecuencia del ataque de apoplejía. Su humor mejoró bajo tratamiento; dejó de llorar. La relación de la pareja se hizo aún más profunda y la ansiedad del personal se disipó cuando desaparecieron sus sospechas.

Las llagas que se producen por permanecer en cama, también deben ser evaluadas en el mismo contexto, pues pueden ó no representar negligencia.

Teniendo en cuenta todos los ejemplos de casos y la clasificación de abuso clínico, se puede dibujar el perfil tanto de la víctima como de la persona que lleva a cabo el maltrato.

Perfil de la persona víctima de abusos.

1. Mujer.
2. Mayor de 75 años de edad.
3. Físicamente impedido/ a, a menudo en sillas de ruedas ó postrado/ a en cama.
4. Con disminución mental, comportamiento infantiloide.
5. Socialmente aislado /a.
6. Deprimido/ a, con actitud hipercrítica.
7. Predispuesto/ 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 independientemente.
11. Testarudo/ a, último intento de lograr cierta independencia.

Perfil de la persona que ejerce el abuso.

1. Familiares que han estado cuidando de un anciano durante muchos años, con un promedio de tiempo de nueve años y medio; de este grupo, el 10 por ciento han estado ocupándose de una persona mayor durante más de veinte años.
2. El 75 por ciento vive con la víctima.
3. Tipo de parentesco: 40 por ciento cónyuges; 50 por ciento hijos ó nietos. En el caso de los hijos, éstos tienen conflictos conyugales, carecen de mecanismos adecuados de afrontamiento y abusan del alcohol y las drogas.
4. El 75 por ciento ha cumplido más de 50 años; el 20 por ciento, más de 70.
5. Parientes extenuados por el estrés; el 48 por ciento necesita el dinero de sus víctimas; el 50 por ciento necesita su casa.
6. Socialmente aislados, desempleados.

7. Antecedentes de arrestos y delitos contra la propiedad.
8. Problemas económicos.
9. Salud mental: a menudo antecedentes de deterioro reciente, ó depresión, ansiedad u hostilidad; un 91 por ciento padecen depresión clínica; un 63 por ciento alcoholismo ó adicción a alguna otra sustancia.
10. Comunicación pobre entre las partes.
11. En la infancia, hostilidades entre padres e hijos.

Fuentes: Shell (1.982); Taler y Ansello (1.985); Mildenberger y Wessman (1.986); Pillemer (1.986); Wolf (1.988).

LOS MALOS TRATOS A LOS ANCIANOS Y LA LEY.

Existen notorias evidencias que nos indican que muchos ancianos sufren ó corren el riesgo de padecer diferentes formas de maltrato, cometido a menudo por aquellos que los tienen a su cuidado. Aun así, apenas se hace uso de procedimientos legales ó cuasilegales como medio de protección y corrección. Esto suscita una serie de cuestiones, a saber: ¿por qué se hace tan poco uso de los procedimientos legales?, ¿supondría un paso hacia delante la mayor utilización de tales procedimientos?. Si así fuese, ¿cómo podríamos establecer procedimientos que facilitasen su uso ó que estuviesen diseñados para proteger mejor de los malos tratos a los ancianos?.

Hay varias explicaciones posibles a la situación existente: Entre ellas está la resistencia de mucha gente mayor a iniciar procesos legales y verse envueltos en ellos, las actitudes de los distintos profesionales hacia las personas mayores y el modo en que se interpreta ó define el maltrato a ancianos. Un factor adicional lo constituye el hecho de que una buena

proporción de personas mayores sufre, en mayor ó menor grado, incapacidad mental. Cuando este tipo de personas es víctima de malos tratos es muy probable que surjan problemas particulares de gran complejidad. Con respecto a esto la ley es, desafortunadamente, "fragmentaria, complicada y, en muchos aspectos, desfasada".

Los datos sugieren que algunos ancianos víctimas de malos tratos rehúsan emprender acciones legales contra quienes presuntamente cometen los abusos porque temen represalias en el futuro ó porque quieren proteger a la persona maltratante del castigo ó la responsabilidad. La Policía y otras instituciones responsables del mantenimiento de la ley esgrimían estas mismas razones para justificar su no intervención en casos de violencia doméstica. Desde entonces, estas actitudes han cambiado y existen evidencias que sugieren que son muchas las víctimas de malos tratos en el hogar dispuestas a colaborar en el proceso judicial.

También se ha señalado que determinados procedimientos legales, en particular el procesamiento criminal, no resultan apropiados en muchos de los casos de malos tratos a ancianos, dado que la propia persona que los comete es, a su vez, víctima de las circunstancias. Puede haber factores en la situación que ocasionen un estrés considerable en la persona que ejerce el maltrato, que a menudo quien tiene a su cuidado al anciano, habitualmente un hijo ó hija de éste, y que apenas recibe apoyo de los servicios públicos. Del mismo modo, se podría argumentar que muchos de los profesionales contratados como cuidadores en el sector residencial pueden ser descritos como víctimas de la situación, en razón de que su ocupación tiene muchas de las características del subempleo, incluyendo situaciones laborales de estrés, bajas retribuciones, escasas oportunidades de promoción y un mínimo apoyo de la administración.

Otra posible razón de la infrautilización de los procedimientos legales podemos encontrarla en las actitudes y/o el nivel de experiencia de los profesionales de este campo, tales como abogados y trabajadores sociales. Esto refleja, en parte, la formación que reciben los miembros de estas dos profesiones en determinadas áreas de la ley. Existen evidencias, por ejemplo, de que los cursos de formación en trabajo social, al menos en el pasado, han variado mucho en el grado en que proporcionan a los alumnos un conocimiento sólido de las normativas legales que rigen la práctica del trabajo social. También hay pruebas de la existencia de una cierta indiferencia, e incluso declarada antipatía, hacia la ley y hacia los abogados, no sólo entre aquellos que planifican y proporcionan asistencia residencial, sino también entre quienes tienen por función regular su calidad.

Se ha visto que algunos servicios sociales y autoridades sanitarias son negligentes en el modo en que desempeñan sus funciones de inspección de la calidad de la asistencia residencial.

AGRESIONES, LESIONES Y RETENCIÓN ILEGAL.

La primera categoría de maltrato, esto es, el maltrato físico (y/ ó abuso sexual), puede dar lugar ó bien a un procesamiento criminal ó a una acción civil, que se basan normalmente en agravios ó violaciones de los derechos de la persona, ó bien en ambos. Esto no tiene que ver con el orden con el cual se dan los procedimientos, si bien se acostumbra a paralizar las acciones civiles hasta que se completan los procesamientos criminales. Una condena por lo penal puede utilizarse como evidencia en la consiguiente acción civil.

En los delitos de agravio, como agresiones, golpes y retenciones ilegales, es necesario que la amenaza ó el acto de daño físico se haya producido directamente sobre el demandante.

En los casos en que se constate un daño real (sea físico ó psicológico) en el demandante, también puede ser posible iniciar una demanda por delito de agravio por negligencia, que tanto puede basarse en una actuación como en una omisión, como negligencia activa y pasiva. No obstante, para que ello se lleve a cabo con éxito, es preciso establecer que el acusado tiene una obligación de cuidar al demandante. Probar la obligación de proveer de cuidados no suele suponer un problema cuando atañe a un cuidador de profesión, pero causa considerables, si no insalvables, problemas cuando se trata de cuidadores informales.

Hay que señalar que en el contexto de los malos tratos a ancianos el concepto de responsabilidad indirecta puede tener importancia. Esto significa que cuando se alega que se ha cometido un delito de agravio por parte de un empleado, es posible emprender acciones no sólo contra ese empleado, sino también contra los empleadores.

También pueden hallarse ejemplos de posible negligencia en relación con cuidadores informales.

LOS MALOS TRATOS A LOS ANCIANOS: PERSPECTIVAS SOCIOLÓGICAS.

La desatención a los ancianos, dentro de la comunidad y en las instituciones, ha constituido una característica permanente en la historia de nuestra sociedad. En el peor de los casos, toma la forma de una persecución categórica de aquellos que, faltos de recursos de cualquier tipo, dependen de la caridad de sus conciudadanos.

Por ejemplo se señala que la situación de dependencia de las mujeres ancianas originó una serie de tensiones que jugaron un importante papel en la caza de brujas que azotó muchas zonas del mundo occidental en los siglos XVI y XVII. A otro nivel, la desatención puede expresarse a través de varios tipos de conflictos intergeneracionales: a través del control por

parte de los ancianos de la propiedad y el bloqueo de las aspiraciones de los parientes más jóvenes; a través de las presiones que soporta una hija no casada destinada al cuidado de sus padres; a través de las crisis generadas por la recesión económica y las familias que se debaten entre las necesidades encontradas de atender tanto a las viejas como a las nuevas generaciones.

Ahora bien, la significación y la preocupación que se concede a la desatención a los mayores ha variado enormemente de una generación a otra. Sólo en las últimas décadas se han hecho intentos de traducir el interés generalizado por el sufrimiento de los ancianos a un concepto de abuso mejor definido. Pero la transición ha sido difícil, y ha presentado problemas complicados referentes a cómo definir las relaciones sociales en los últimos años de la vida y las razones esgrimidas para centrarse en un determinado problema a expensas de excluir otros.

Violencia doméstica.

La mayor preocupación en relación con los malos tratos a los ancianos se centra sobre todo en el tema de la violencia en el seno de la familia. Esto se refleja en el lenguaje que se emplea, por ejemplo, en la descripción inicial de los abusos en términos como "síndrome de la abuela golpeada", así como en la ansiedad que despierta el cambio de costumbres en la vida familiar y en los efectos que tienen sobre grupos como el de la gente ya mayor.

Peter Townsend define el núcleo central de las relaciones familiares del modo siguiente: "Si quieren entenderse muchos de los procesos y problemas del envejecimiento, debe estudiarse a los ancianos como miembros de familias (que normalmente son familias extensas con tres generaciones), y si aceptamos entonces que aquellos que se ocupan de administrar los organismos de salud y de protección social deben, en cada momento, considerar a los ancianos como parte inseparable de unidades familiares que son algo más

que meras unidades de residencia. No son simplemente individuos, ni mucho menos "casos" que ocupen sillas ó camas. Son miembros de unas familias y de que se les considere como a tales dependerá en gran parte su seguridad, su salud y su felicidad".

Pero aún la inquietud que se generó en los ochenta procedía, precisamente, del sentimiento de que la familia se despreocupaba cada vez más de la difícil situación de sus miembros de mayor edad. A pesar de la profusión de trabajos y documentos que se produjeron en torno a la importancia del papel desempeñado por los cuidadores no profesionales, hacia el final de la década se reavivó la polémica, reflejada en los debates en torno al conflicto intergeneracional, sobre la divergencia de intereses concernientes al apoyo financiero y social del cuidado a los ancianos. Paralelamente a esta debate va creciendo la evidencia de que las familias pueden infligir daño a sus miembros más débiles y vulnerables y del modo en que esto sucede.

Los cambios en la asistencia pública promueven el retorno de los ancianos hacia un sistema de cuidados no profesionales, pero por otro lado, parece ser que este mismo sistema es el que más perjudica su calidad de vida, y en especial la de los muy viejos. Al mismo tiempo, podría argumentarse que situar el abuso ancianos dentro del espectro de la violencia doméstica acarrea más dificultades de las que soluciona.

El alcance de la violencia familiar.

Linda George en 1.989, en una revisión de las políticas sobre violencia doméstica, ha cuestionado la opinión de que, en comparación con el pasado, los problemas actuales en esta área son de mayor gravedad (ó se dan en una proporción sin precedentes).Sugiere que el interés por la violencia ha sufrido durante el pasado siglo alzas y bajas, y que la incidencia ha variado mucho menos que su visibilidad.

Argumenta que es posible considerar la violencia familiar como una construcción de la historia y la política y que esto puede entenderse en dos sentidos: primero, la misma definición de lo que constituye una violencia doméstica aceptable y de las reacciones que se consideran apropiadas se desarrolla y varía de acuerdo con el clima político y la fuerza de ciertos movimientos políticos. Segundo, la violencia entre miembros de una familia viene generada por conflictos en su seno, que no sólo están influenciados por el contexto histórico, sino que en sí mismos tienen una naturaleza política, en el sentido de la palabra ligada a las relaciones de poder. La violencia familiar surge de luchas de poder en las cuales los individuos compiten por recursos y beneficios reales. Estas disputas no sólo se producen debido a aspiraciones personales, sino también a cambios en las normas y en las condiciones.

George deja claro que la polémica corre paralela a, y está influida de por sí por, un debate más amplio sobre los recursos de una población que va envejeciendo. Por lo tanto, el factor clave en el "incremento" aparente de los malos tratos, más que un crecimiento en el número de los muy ancianos, los constituye sustancialmente el contingente de recurso que se debe asignar a las personas mayores y las relaciones entre los diferentes grupos que proporcionan estos recursos.

Durante los últimos diez años, el centro de interés ha sido el maltrato físico a los ancianos por parte de sus cuidadores no profesionales.

Los malos tratos en particular los domésticos, han aparecido en el orden del día de los gobiernos locales y central. Añadidos a los problemas asociados a la privación de servicios de primera necesidad para la gente mayor, los problemas resultantes de la escasez de vivienda en la década de los ochenta y el problema más general de la discriminación por la edad, la focalización en los malos tratos parece un tanto selectiva.

El maltrato a los ancianos y las obligaciones derivadas del parentesco.

La gente mayor busca cada vez más evitar una situación de dependencia de los hijos, en especial si implica la responsabilidad continuada que una enfermedad crónica ocasiona ó la necesidad de proporcionar cuidados personales.

Las relaciones de parentesco no operan sobre las bases de un conjunto definido de reglas morales claramente explícito para los ancianos y sus cuidadores. El "sentido de la obligación" en particular, que determina el carácter distintivo de las relaciones de parentesco, no sigue en camino coherente y fiable en términos de práctica social. Se afirma que es mucho menos fiable que esto. Se alimenta y crece entre algunas personas de modo más fuerte que entre otras, y sus consecuencias prácticas son altamente variables. Tiene una característica de vinculación, pero deriva de unas relaciones que se construyen entre gente real a través de los años y no de un conjunto abstracto de valores morales.

Este argumento prescinde de una tendencia habitual en la política de atención comunitaria, a saber, que las familias actúan con la idea de que existen unos guiones morales y culturales a seguir para proporcionar ayuda a sus mayores en tiempos de dependencia ó crisis. El argumento permite dar un paso más y concluir que los propios ancianos siguen este camino al acudir, por una tendencia casi instintiva, a sus familias antes que a las instituciones burocráticas.

Una investigación realizada demuestra que no sólo existe más atención por parte de la familia, sino que la mayor parte de la gente piensa que es en ella en quien reside la responsabilidad. Pero este argumento descansa en una perspectiva histórica que prácticamente ha dejado de ser vigente en el panorama actual del tipo de atención que la gente desea recibir. Las respuestas que las familias dan a las solicitudes de ayuda son muy variadas y, en cualquier caso, la atención prestada siempre se gestiona dentro de un

contexto social y biográfico. El maltrato, que, de hecho, supone una experiencia real vivida por algunos ancianos, también puede constituir una metáfora del modo en que han cambiado las familias y la gente mayor en términos de preferencias asistenciales.

El cuidado a los ancianos no está definido por unas normas sociales claras (en contraste con el cuidado de los niños).

El poder y la familia.

Es importante hacer referencia al lugar que ocupan los ancianos en términos de las diferentes formas de violencia familiar. Es necesario distinguir cuidadosamente el maltrato a ancianos de otras formas de violencia doméstica. Resulta engañoso argumentar que: "El maltrato a los ancianos es simplemente una forma más del espectro de la violencia doméstica que afecta a todas las edades". El maltrato a ancianos es similar, pero también muy diferente. A diferencia de otros tipos de maltrato, en él puede no haber una distinción clara entre víctima y agresor. Dado que muchos de los ancianos son legal y realmente seres humanos, la responsabilidad del maltrato puede ser difícil de determinar. Un tema complejo es la situación que se enfrentan los profesionales que trabajan en el campo del maltrato a los ancianos. Generalmente se da una situación confusa, en la que los actos de acción y omisión se entremezclan y en la que los propios ancianos pueden estar en parte involucrados en la construcción de las situaciones de maltrato. Se tiene una visión estereotipada de la gente mayor, como personas relativamente impotentes, poco exigente y a los que invariablemente no se puede responsabilizar en términos de las consecuencias de la dinámica familiar.

Por otro lado existen familias en las que pueden identificarse diversos "factores de riesgo", que varían desde psicopatologías por parte del agresor a diferentes formas de estrés. También es importante el reconocimiento de que hasta qué punto las propias situaciones de

maltrato han sido creadas socialmente, a causa de unos niveles bajos de ingresos, de una atención comunitaria inadecuada y de los perjuicios hacia los ancianos. Se ha seguido la tendencia de centrarse en la "patología familiar" en la aparición de ciertos tipos de maltrato. Pero, al resaltar el funcionamiento individual de las familias, se ignoran temas más amplios que conciernen a los prejuicios sobre la gente mayor y a los recursos de que disponen para defenderse de los malos tratos.

Maltrato institucionalizado.

La identificación del maltrato a ancianos como una forma de violencia familiar ha acarreado un problema adicional: el impedir valorar el peso real de los malos tratos que tienen lugar en el contexto institucional. Esto debe resultar sorprendente visto el largo historial de los malos tratos a los ancianos en las instituciones legales de menguados recursos, las residencias de la tercera edad y los hospitales geriátricos de larga estancia. No es difícil hallar la existencia de malos tratos. La agresión verbal es la característica principal de cierto número de ellos. El maltrato también puede producirse cuando las residencias niegan unos niveles básicos de intimidad a sus usuarios. Un estudio descubrió que un 70 por ciento de estas instituciones pretenden que los ancianos hagan uso de sus orinales dentro de sus dormitorios ante sus compañeros de cuarto. Una gran proporción de las residencias esperan que sus internos utilicen los inodoros en cuartos compartidos en los que no se dispone de cortinas de separación. Este estudio también encontró una alta proporción de hogares asistenciales que no permiten que sus pacientes puedan cerrar sus habitaciones ni desde el interior ni desde el exterior. Una gran parte de residencias no proporciona a sus inquilinos un lugar para guardar sus objetos personales que pueda cerrarse con llave.

Las actitudes negativas hacia los ancianos pueden resultar más patentes en los servicios asistenciales de larga estancia, dada la mayor concentración de personas de edad en un solo lugar. Se agrupó las denuncias más frecuentes sobre abusos del personal de las instituciones en cuatro categorías:

1. *Infantilización:* tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.
2. *Despersonalización:* proporcionar servicios de acuerdo con unos criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente.
3. *Deshumanización:* ya no sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad y de su capacidad para asumir responsabilidades en su propia vida.
4. *Victimización:* ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales; robo, chantaje ó castigos corporales.

Las categorías identificadas se corresponden directamente con las formulaciones desarrolladas en el área de la violencia doméstica. Parece importante ampliar el espectro de la atención inadecuada a los ancianos para que abarque desde el interior de los domicilios privados a las instituciones públicas. Resulta injusto seleccionar uno de estos ámbitos para concentrarse en él, es necesaria una perspectiva que conceptualice el maltrato como una cuestión no limitada a un determinado contexto ó relación.

Perspectivas teóricas.

Un camino para ampliar el tema sobre los malos tratos a ancianos pasa por una integración más clara de la teoría social y la observación. Dos perspectivas teóricas contrastadas pueden ilustrar este punto: la teoría interaccionista y la perspectiva de la economía política. Cada uno de estos enfoques identifica los complejos temas que subyacen al debate sobre el maltrato a los ancianos.

El primero plantea cuestiones que hacen referencia a las relaciones de los ancianos con los trabajadores y cuidadores; el último, a la construcción social de relaciones de dependencia en la etapa final de la vida.

La teoría interaccionista, sugiere que el estilo social de vida viene produciendo desde el interior de la sociedad misma y fuera de los procesos de interacción entre sus miembros. En este enfoque, el maltrato y la negligencia se contemplan como una consecuencia de la interacción, sea dentro de las familias ó dentro de las instituciones. La teoría predice que estos procesos surgen debido a que el envejecimiento biológico y social suele cambiar la definición del papel de los ancianos dentro de los grupos sociales en los que interactúan. Tales alteraciones pueden cuestionar la identidad personal, hasta ese momento estable, generando estrés en sus relaciones sociales. Esto se resolvería mediante la negociación de una nueva identidad válida para uno mismo. En este proceso podrían emerger determinadas formas de maltrato (tales como la infantilización) que conducirían, posiblemente, a situaciones de malos tratos ó negligencia de otros tipos.

La adopción de la perspectiva interaccionista implica que la comprensión del maltrato, debería aceptar el modo en que los procesos de envejecimiento afectan, a nivel personal, a trabajadores y cuidadores. El contacto con los ancianos puede resultar difícil (ó inclusive evitarse), pues se percibe como no gratificante y hace pensar a los cuidadores sobre su propio envejecimiento. En parte, esto es debido a que no tienen una experiencia directa de lo que es hacerse viejo y, por consiguiente, deben guiarse por estereotipos sociales. Cómo estos son predominantemente negativos, afectan a la percepción de la vejez futura propia como un tiempo de dependencia, mala salud, pobreza y vulnerabilidad, incluso aunque esto pueda tener poca relación con la experiencia vital de muchos ancianos ó con la vejez que cada uno espera vivir.

Lo probable es, sin embargo, que aquellos más vulnerables al maltrato puedan vivir a su vez cierta experiencia de aquellas enfermedades crónicas ligadas a la vejez. La edad se asocia de modo particular con cambios en la apariencia física y el funcionamiento del cuerpo humano. Ésta es la forma más obviamente visible de identificar la vejez, así como al vínculo de conexión más palpable con los trabajadores y cuidadores. Las actitudes discriminatorias respecto de la edad y los comportamientos maltratantes surgen porque los ancianos son percibidos como el fracaso que acarrea los efectos de las enfermedades crónicas. La prevalencia de la invalidez aumenta desde un 12 % en edades comprendidas entre los 65 y los 69 años, hasta un 80 % alrededor de los 85.

Estos cambios físicos generan importantes cuestiones en cuanto a cómo se ven a sí mismos los ancianos y cómo los percibe la sociedad. Las personas poseen plena acreditación como seres humanos sólo si han alcanzado un nivel de desarrollo cognitivo, emocional y biológico relativamente alto. La concepción que se tenga del desarrollo humano es un aspecto con unas aplicaciones importantes para la gente mayor.

Los cambios que experimenta el cuerpo humano, pueden constituir un factor crucial en la creación de las condiciones de aparición de los malos tratos y negligencia y el entorpecimiento de las relaciones entre la gente mayor y los restantes miembros de su familia.

La perspectiva interaccionista se focaliza en la manera en que los individuos se adaptan y responden a la etapa de la vejez. La perspectiva crítica ó la de la economía política, por el contrario, examinan la influencia de la sociedad en las personas de edad avanzada, también en el interior de sus hogares como fuera de ellos. Las perspectivas críticas conciben la vejez como un status constituido tanto de forma biológica como social. En este contexto, muchas de las experiencias que afectan a los ancianos se pueden considerar producto de una

determinada división del trabajo y una estructura de desigualdad más que como un resultado natural del proceso y envejecimiento. Se resume esta perspectiva dentro de la noción de "construcción social de la dependencia en la vejez" ó "dependencia estructural" de la gente mayor. Esta dependencia se considera consecuencia de la exclusión forzada de los ancianos del trabajo, de las experiencia de pobreza, institucionalización y restricción de las funcionas domésticas y ciudadanas.

El mérito del enfoque de la economía política es situar las luchas de los cuidadores y los ancianos dentro del marco de las ideologías y los recursos políticos y sociales. Este enfoque defiende que el maltrato surge a partir de las vías por las que la sociedad (y los servicios que se ocupan de los ancianos) margina a sus miembros de más edad. Si la gente tiene predisposición a maltratar a los ancianos a causa de su dependencia biológica, la posibilidad de que esto ocurra se incrementa a través de las fuerzas sociales que discriminan tanto a los ancianos como a aquellos que se ocupan de su cuidado. Esta sugiere que la solución al problema del maltrato debe considerarse tanto un asunto de política social como un problema relacionado con las disfunciones familiares.

Principios para atajar los malos tratos.

No se pretende sugerir que no se deban "afrontar" (y, como sería deseable, entender) los malos tratos ó la negligencia en la tarea cotidiana de los servicios sociales. Pero es necesario establecer ciertos principios básicos para diseñar las estrategias de actuación.

EL MALTRATO A LOS ANCIANOS Y LAS ÁREAS PRIORITARIAS EN EL TRABAJO SOCIAL.

Existen tres áreas del ejercicio del trabajo social en el maltrato a ancianos.

En primer lugar, se abordará el papel que desempeñan los asistentes sociales en el proceso de detección. Éste puede darse en el nivel de la derivación, donde se requiere una habilidad de comunicación muy desarrollada, ó en el nivel de la denuncia ó de la sospecha.

En segundo lugar, se hablará del trabajo social en la intervención, identificando cuáles son los recursos disponibles y cómo se pueden movilizar. En este contexto se discutirá el enfoque de la gestión de casos y la obligatoriedad de la denuncia. También se hablará de los cambios de perspectiva necesarios en el ámbito facultativo, incluyendo el desarrollo de nuevas habilidades y formas de apoyo, así como de las implicaciones de las decisiones administrativas que determinarán que un médico en particular se sienta ó no capacitado y seguro de sí mismo en esta área de trabajo.

El maltrato no es nuevo; es la respuesta profesional lo que está cambiando.

Los asistentes sociales pueden trabajar con los ancianos que viven en su "comunidad" o en varios tipos de instituciones de atención.

Detección.

Los problemas que enfrentan los asistentes sociales para identificar el maltrato se pueden dividir en tres categorías: la derivación, la recogida inicial de información y la investigación.

La derivación.

Un médico especialista,, los servicios sociales, la policía y los especialistas en medicina legal rara vez son los primeros en tomar contacto con los casos de maltrato ó negligencia a personas mayores; es más probable, en cambio, que sean el médico de cabecera, la enfermera, la trabajadora familiar ó el médico de urgencia los primeros en sospechar la existencia de una situación de maltrato.

Las denuncias a los departamentos de servicios sociales pueden provenir de muy diversas fuentes, pero, sólo una minoría de ellos ha aprobado directrices sobre el procedimiento a seguir.

La recogida de información.

Aquí se resumen los aspectos que deben alertar a un médico sobre un posible caso de atención inadecuada. Su relevancia para el trabajo social radica en que, aunque los asistentes sociales no realizan reconocimientos físicos exhaustivos, sí pueden advertir con cierta facilidad magulladuras, hematomas, desgarros, rozaduras y quemaduras, sobre todo en la cara, los labios, la boca y las manos. Los asistentes sociales pueden tomar nota de la explicación que se les ofrece de tal modo que sea tan precisa como útil para otros profesionales. En la formación de los trabajadores y asistentes sociales se presta poca atención a los aspectos físicos del envejecimiento. Esta falta de conocimiento puede acentuar el problema que supone diferenciar entre los factores sospechosos, y los procesos normales. Éste es el caso sobre todo con las magulladuras, los huesos rotos y las heridas de la piel, donde el conocimiento de los cambios en la piel y los tejidos podrían ayudar a determinar si se trata ó no de un accidente. Sin embargo, en la formación de los asistentes sociales se enseñan muchas habilidades para ayudarles a obtener una visión holística. Éstas incluyen el fomento de una relación de confianza y empatía con los ancianos.

La investigación.

En el caso de que una denuncia implique un peligro inminente, sea éste de muerte ó de lesiones graves, es necesario informar a los servicios de urgencia, tales como la policía ó el servicio de ambulancias. Si los servicios de urgencia no aclaran lo ocurrido, quizá sea necesario tomar medidas adicionales. Será conveniente establecer quien va a ser el profesional responsable ó el coordinador para el individuo y limitar el número de personas implicadas, sobre todo si, por ejemplo, el sujeto en cuestión está representado por otro ó dicha persona es capaz de elegir por sí misma y tomar sus propias decisiones. Cuando se lleve a cabo una investigación los principios del trabajo social incluyen el desarrollo de la comunicación, el establecimiento de una relación y el ejercicio de la negociación, la mediación y las aptitudes para conciliar posturas.

Elementos claves de la entrevista indagatoria:

- Se debe realizar la visita acompañado de otro asistente social,
- Se expongan los motivos de las visitas,
- Se entreviste al anciano dependiente a solas,
- Se entreviste al cuidador después y por separado,
- Si es necesario, se contrate los servicios de un intérprete.

Estilo de una buena entrevista general:

- Un estilo de conversación informal,
- Un ambiente relajado,
- Evitar preguntas formuladas de tal manera que sugieran la respuesta deseada,
- Observar, además de escuchar,
- Evitar emitir juicios,

- Evaluar la capacidad mental del entrevistado en la medida de lo posible.

Cuando existan problemas para comunicarse con personas que padecen demencia de tipo Azheimer, existen pautas para ayudar a compensar, parcial y temporalmente, algunas de las deficiencias de la memoria:

- Optimizar el ambiente, buena iluminación, poco ruido, asientos cercanos unos a otros,
- Prestar atención a la presentación personal, contacto ocular, contacto corporal (tacto),
- Se valide el sentimiento que pueda haber suscitado un comentario aparentemente inapropiado,
- Cuando sea necesario, se reoriente a la persona,
- Se tome el tiempo necesario y, si hace falta, repita sus palabras,
- Se siga el "hilo" de la conversación.

El maltrato institucional.

Son una minoría los departamentos de servicios que abordan específicamente el problema del maltrato en instituciones ó entornos no domésticos. En estos entornos, la opción entre seguir las pautas procedimentales sobre el maltrato doméstico y aplicarlas de forma conveniente, ó bien seguir un camino alternativo de denuncia, es posible que se decida en el plano administrativo ó incluso en al ámbito individual del profesional.

La respuesta general al maltrato en instituciones privadas, sean lucrativas ó de beneficencia ha consistido en derivar estos asuntos al inspector de las autoridades locales ó al cuerpo de inspectores de centros residenciales de los servicios de salud locales. A menudo el contacto que el asistente social mantiene con los residentes de instituciones privadas desde su

ingreso en adelante es mínimo. No se sabe con qué frecuencia, si es que los reciben, reciben ayuda ó asesoramiento durante las investigaciones los residentes de un hogar en el que se han producido denuncia de malos tratos. Lo ideal sería que los procedimientos de reclamación ayudasen a los individuos y sus representantes a mejorar la calidad de los servicios ofertados por todos los sectores.

A un profesional del trabajo social, el maltrato institucional le puede parecer un problema ajeno, ya que muchos de ellos dejan de ser responsables del sujeto en cuestión después de su admisión a la institución. Será interesante considerar la posibilidad de vincular las cuestiones de control de calidad con los mecanismos de protección contra el maltrato y de este modo quizá la cuestión de la negligencia cobre importancia en el contexto de los cuidados institucionales.

La cooperación.

Cuando se investigan los malos tratos, las relaciones entre el asistente social y la mayoría de las restantes personas implicadas pueden ser complejas, disuasorias, estresantes y problemáticas. Por eso es muy importante la línea divisoria entre los servicios de salud y los servicios sociales. Se sugiere que hay problemas en el funcionamiento interpersonal tanto en términos de organización como prácticos, junto con las cuestiones de orientación, cultura y actitudes que rigen las perspectivas políticas y morales de los profesionales. Parece que las cuestiones de colaboración ó coordinación también podrían afectar a las percepciones de los individuos implicados.

La intervención.

Con respecto al maltrato de ancianos en el ámbito doméstico, se dedujo que, por lo general, la meta principal de la intervención es mantener a la persona maltratada en su casa, con la ayuda externa ó la supervisión de los servicios reglamentarios. Esta clase de apoyo está

limitada por las opciones disponibles en la localidad. Las intervenciones ofrecidas a adultos minusválidos ó vulnerables tomaron la forma de servicios tradicionales, como la sustitución temporal en los cuidados y los servicios de atención y comidas a domicilio. La estrategia de intervención menos preferida es internar a los ancianos en instituciones residenciales, es decir, alejarles del peligro potencial ó real, ya que para los asistentes sociales esto supone reconocer su fracaso. Las víctimas, a menudo, responden a los malos tratos y tienen problemas para comunicarse. Es importante, tanto en el pasado como en el presente, de la relación dinámica entre el cuidador y la persona mayor, por lo tanto se debe revisar la separación entre paciente y cuidador. En algunos casos, hay que hacerlo con tacto, sin que el asistente social lo vea como un fracaso personal.

Por lo tanto, la intervención del trabajo social se ha de basar en los principios de una evaluación, planificación, supervisión y valoración correctas.

La prevención.

Entre las funciones que desempeñan los organismos de ayuda, así como otras agrupaciones sociales, se debería incluir la de cooperar para evitar las situaciones de maltrato y negligencia.

La prevención del maltrato a menudo se concibe en diferentes escalas: la provisión general de recursos, un cambio de actitud hacia los ancianos y las personas mayores, la creación de redes de seguridad, la capacidad para presentar una reclamación efectivamente y el desarrollo de sistemas de supervisión para abogar por personas que tienen algún grado de discapacidad.

En el contexto institucional, donde no se asigna tanta importancia a los niveles de recursos en lo que se refiere al maltrato, la prevención se ha centrado en el desarrollo y

sistematización de medidas de inspección de calidad que permitan a los residentes ó al personal expresar sus quejas y preocupaciones.

Dentro de los organismos sanitarios y de atención social, los asistentes sociales tienen la oportunidad de profundizar y verificar sus conocimientos tomando nota de la experiencia de otros profesionales, sobre todo de aquellos que tienen contacto directo con personas mayores vulnerables. Otro aspecto importante en este contexto sería conocer las limitaciones de los poderes del trabajo social, mientras que la prevención en términos de comprender cómo los cuidadores profesionales resuelven conflictos ó desarrollan estrategias de intervención tendrá efecto de profundizar en el entendimiento y el respeto mutuo.

Es difícil demostrar el papel que desempeñan los recursos en la prevención del maltrato, a no ser que se identifiquen claramente las necesidades no satisfechas y se recojan y se comuniquen las deficiencias de provisión de forma sistemática.

LA DETECCIÓN DEL MALTRATO: UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA.

El trabajo de las enfermeras, se desarrolla tanto en el hospital como en la comunidad. No cabe duda que el maltrato de ancianos se produce tanto en la comunidad, en el propio lugar de residencia, como en instituciones de atención sanitaria.

Las enfermeras, bien en los hospitales, bien en la comunidad, se encuentran en una posición ideal para detectar el posible maltrato. No obstante, para poder desempeñar esta función necesitarán una formación y una orientación específicas que aumenten su grado de conciencia del problema.

Actitudes hacia los ancianos.

La manera en que se percibe a los ancianos puede ser un indicador importante de la calidad de los cuidados que reciben. La mayoría de los pacientes ingresados en hospitales y unidades de atención para ancianos presenta un estado de salud precario, sea físico, psicológico ó social, si bien en muchas ocasiones presentan los tres factores juntos. La mayoría de ellos son especialmente propensos a la pérdida múltiple, que se asocia con un proceso gradual de envejecimiento.

Pérdida de:

- Ingresos;
- Funciones corporales;
- Salud;
- Independencia y hogar;
- Atracción sexual;
- Compañía (cónyuge, amigos, mascotas);
- Vida.

A todo ello hay que añadir la pérdida de movilidad, las incapacidades físicas y a menudo el penoso vivir que produce la demencia. Las tendencias demográficas indican que es probable que se incremente el número de estos pacientes. La actitud general hacia los ancianos, sobre todo, en el ámbito de la atención sanitaria, es invariablemente negativa.

Estas actitudes negativas se producen a raíz de:

- La percibida falta de futuro personal;

- La falta de personal y un desequilibrio de especialidades, lo que hace que el personal elija constantemente procedimientos de atención que a veces son incompatibles con el ideal de buen ejercicio ó su código de conducta personal;
- La impresión de que los fondos siempre se asignan a las áreas de alta tecnología, a expensas de la atención a los ancianos;
- Escasas posibilidades de patrocinio.

Las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia los ancianos no son más positivas que las que las de los estudiantes de secundaria. También los médicos de medicina general pueden reaccionar del mismo modo. El peligro surge cuando la edad cobra una importancia inapropiada en la toma de decisiones en detrimento del paciente y se restringen las opciones terapéuticas. Este es un asunto serio que cada vez se hará más evidente a medida que la población envejezca.

En los hospitales es muy frecuente que la especialidad de geriatría, el cuidado de ancianos ó de ancianos con deficiencia mentales, mantenga aún una pobre imagen. La medicina geriátrica es una especialidad de segunda clase, consistente en cuidar de pacientes de tercera en instalaciones de cuarta categoría. Aunque esto pueda parecer exagerado, y en y en algunos lugares anticuado, no cabe duda de que las actitudes hacia la atención a los ancianos siguen siendo negativas y de que para el personal de enfermería joven, como también para el más maduro, es una opción de especialidad nada atractiva que no figura a la cabeza de su listado de preferencias.

El camino hacia delante.

Es muy importante mejorar la imagen de la atención a la tercera edad; pero la formación de los profesionales por sí sola no es la panacea, pues también son necesarios cambios en las

actitudes sociales. La calidad de vida de los pacientes está estrechamente relacionada con la del personal que comparte con ellos la necesidad humana de obtener el reconocimiento de su valía y amor propio. Todas las personas que trabajan con ancianos han de sentirse capacitadas y seguras de sí mismas y se les debe dar todo tipo de oportunidades para introducir mejores métodos de atención y trabajo. La labor de apoyar a los pacientes junto a sus familiares y amigos para que acepten una discapacidad irreversible ó la muerte puede ser gratificante en sí misma. El personal necesita comprender su labor y creer en ella y, sobre todo saber que se aprecia su contribución. Los trabajadores también tienen derecho a una gestión y una dirección efectivas, a un sistema de comunicación eficaz, a un ambiente laboral enriquecedor y a contar con oportunidades de formación profesional continuada. Cuidar de los ancianos, aunque es una labor encomiable, resulta, no obstante, agotador, física y emocionalmente. En el ejercicio cotidiano de su trabajo, los cuidadores profesionales se encuentran bajo presiones cada vez más fuertes. En ocasiones, pueden sentirse enfadados, frustrados y hostiles. Es una respuesta normal a la presión.

Se realizó una identificación de las áreas clave que contribuían a la posible negligencia y maltrato a ancianos por parte del personal, que son: las actitudes negativas hacia los ancianos, la falta de comprensión del proceso de envejecimiento, la deficiente preparación del personal y la falta de oportunidades de promoción profesional.

La evaluación.

Las herramientas de evaluación tendrían como objetivos principales la identificación del maltrato potencial a los pacientes en el momento del ingreso y la capacitación del personal de enfermería para que reconozca los indicadores de estos posibles abusos.

Implicaciones para el ejercicio de la enfermería.

La necesidad de mejorar la detección y prevención del maltrato a ancianos tiene implicaciones directas en el ejercicio de la enfermería. Los enfermeros y las enfermeras han de ser conscientes de la importancia de recoger un historial clínico asistencial global. A la hora de ayudar al personal de enfermería a identificar a las personas mayores en situaciones de riesgo se debe ser muy meticuloso en el procedimiento. Es patente la necesidad de diseñar y aplicar una herramienta válida y fiable que ayuda al personal de enfermería a identificar los casos de negligencia ó de malos tratos. Éste debe ser el núcleo de un sólido conocimiento de los indicadores de situaciones de "alto riesgo" y de cuáles son los sistemas de apoyo disponibles que se pueden emplear en el caso de que la intervención sea necesario. El mayor problema que plantea la valoración del alcance de una situación de maltrato consiste en que, en ocasiones, la persona maltratada no se atreve a denunciar el incidente por miedo a las represalias. Esto también podría explicar por qué los profesionales de la atención sanitaria son reacios a denunciar casos en los que son testigos del maltrato infligido a personas mayores por parte de sus colegas. Para que sigan desempeñando el papel de defensores del paciente, los enfermeros han de estar dispuestos a actuar para evitar el maltrato a uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad.

La detección.

La detección a menudo es problemática debido a que la víctima es reacia a admitir que está padeciendo malos tratos. Puede actuar así por orgullo, vergüenza, desconcierto ó confusión, ó porque el anciano depende en gran medida de su agresor, culpándose a sí mismo de la situación.

En casos de maltrato físico, la labor de evaluación de la enfermera empieza con su primer contacto con la persona mayor y continúa con cada una de las posteriores interacciones.

Durante el examen físico rutinario, la enfermera ha de permanecer alerta para reconocer aquellos síntomas clínicos que no concuerdan con la información recogida en la historia clínica del paciente. Esto se vuelve difícil cuando el anciano padece defectos cognitivos y está confuso ó desorientado. En tal caso se recomienda localizar al cuidador principal ó, si procede, a otros profesionales que hayan estado implicados en los cuidados del paciente, para confirmar los detalles. Los vecinos y familiares a menudo pueden proporcionar información adicional que aclare la naturaleza de la lesión ó su causa.

La capacidad de observación de la enfermera es de extrema importancia en todos los casos, tanto si el estado mental del paciente es fundamental como si no. Los indicadores se deben considerar en grupo porque, aunque no prueben la existencia del maltrato, desde luego indican un riesgo. Una parte importante del proceso de detección consiste en comprobar si los "síntomas" desaparecen en el hospital ó la institución y aparecen de nuevo al volver a casa ó en casos de "internamiento provisional" para que el cuidador descanse, cuando se vuelve a ingresar al paciente. Por lo tanto es esencial que haya una buena comunicación con el equipo multidisciplinar de apoyo para personas mayores.

Los indicios del maltrato físico y negligencia a menudo no son evidentes, y aunque aún es más difícil detectar los aspectos psicológicos y materiales del maltrato, puede que se observen escasos signos que indiquen una clara sospecha. No obstante, las enfermeras deben ser conscientes de los indicadores potenciales que podrían sugerir la existencia de abusos. Éstos incluyen:

- Ansiedad ó agresividad excesiva por parte del anciano;
- Sentimientos de depresión, desamparo y desesperación;
- Miedo: "¿qué va a hacer conmigo?", ó miedo a la soledad;

- Adornos en el pelo, juguetes y habla infantil;
- Se encoge atemorizado cuando alguien se aproxima;
- Expresión de sentimientos ambivalentes hacia los familiares;
- Cansancio inexplicable, confusión, insomnio, llanto;
- Interés inexplicable de los demás por las posesiones de la persona mayor, en especial por su dinero;
- Necesidades que no satisfacen los cuidadores, por ejemplo, dinero para comprar jabón, bombones, periódicos, a pesar de que la persona mayor tenga el control sobre sus ingresos;
- Angustia del paciente ante la idea de ser "obligado" a firmar documentos cuya naturaleza no conoce, etc.

En los casos en que están presentes estos indicadores, es recomendable implicar a otros profesionales de la salud, por ejemplo, las enfermedades de distrito, las trabajadoras familiares ó los asistentes sociales que hayan tenido algo que ver con los cuidados del individuo, puesto que estarán en mejores condiciones de confirmar cualquier sospecha, pues es posible que hayan observado factores relevantes en el ámbito doméstico/ institucional.

Los cuidadores.

Cuando las enfermeras evalúan a sus pacientes, han de ser conscientes del papel vital que desempeñan los cuidadores. Siempre que pueda haber motivos para creer que se han producido malos tratos, la evaluación ha de implicar al cuidador ó los cuidadores principales y ha de ser realizada con mucha delicadeza. En los casos en los que parece "haber" indicios de negligencia, es importante evaluar el grado de comprensión del

cuidador, los recursos de los que dispone y la buena disposición del anciano para aceptar sus atenciones. Las personas mayores tienen derecho a la autodeterminación y puede que rechacen deliberadamente los cuidados necesarios para mantener su salud. A menudo, los propios cuidadores son ancianos, y las enfermeras tienen la obligación de "cuidar de cuidadores", y no sólo de aquellas personas mayores que reciben la atención de aquellos. Muchos cuidadores se ven en una situación insostenible, con la obligación de atender otros compromisos familiares y laborales que requieren mucho tiempo, energía y lealtad.

La observación de cuidadores en busca de indicios de maltrato físico no es fácil, puesto que también pueden ser reacios a ofrecer información. Pero, no obstante, si queremos obtener una visión de conjunto que nos permita acceder a la resolución del problema, no podemos desatender la evaluación del cuidador.

El mejor indicador de que el cuidador está en dificultades son, probablemente, los signos de estrés, pero la mayoría de los cuidadores suelen manifestar estos signos, y la enfermera asumirá el papel de apreciar si la intensidad de este sentimiento está relacionada con lo que normalmente se podría esperar.

Estos indicadores podrían incluir:

- Peticiones de ayuda frecuentes (por parte del cuidador ó del paciente), que incluyen el ingreso en una institución de cuidados;
- Agresión: frustración ó desesperación a menudo dirigidas hacia los profesionales;
- Síntomas evidentes de enfermedad física ó mental, de agotamiento;
- Solicitud de información fuera de las entrevistas concertadas ó telefónicas;
- Falta de participación en los planes de alta del paciente;

- Ansiedad y preocupación, sensación de aislamiento, soledad, baja autoestima, depresión;
- Alcoholismo ó drogodependencia evidente;
- Crítica excesiva hacia ciertos aspectos de los cuidados del paciente.

La capacitación de las enfermeras para detectar los posibles indicios, la recogida de información en unos protocolos de evaluación necesarios debidamente rellenados, aunque se consideren procedimientos engorrosos y que llevan mucho tiempo, proporcionarán datos definitivos en relación a posibles casos de maltrato. Esto en sí podría bastar para iniciar las actuaciones ó al menos alertar a los profesionales médicos sobre la necesidad de realizar una investigación más detallada.

Protocolo de evaluación para ancianos maltratados.

Esta herramienta de evaluación se podría emplear siempre que una enfermera sospeche que el paciente es víctima de malos tratos. El proceso puede durar varios días y debe implicar tanto al personal del turno de día como al del turno de noche. Muchos de los "signos" que podrían alertar al personal sobre la posibilidad del maltrato físico se pueden observar durante los procedimientos rutinarios de ingreso.

Los ejemplos de estos procedimientos incluyen:

- Aspecto general, estado de nutrición, actitud mental y conciencia del paciente;
- Aspecto de la piel, úlceras, llagas de decúbito, necesidad no cubierta de aparatos ortopédicos, dentadura postiza, aparatos para sordos, gafas;
- Actividades cotidianas, incluyendo la movilidad.

Protocolo de evaluación para cuidadores maltratados.

Está diseñado para detectar posibles indicios de estrés y para medir su intensidad. Podría ser útil para evaluar a un cuidador siempre que los profesionales consideren que está soportando un alto grado de estrés y no sólo cuando se sospeche que se están produciendo malos tratos.

EL MÉDICO DE CABECERA Y EL MALTRATO A LOS ANCIANOS.

El contexto de la medicina general.

Recientemente, se informó, que más de cuarenta médicos de cabecera asistieron a una reunión sobre el maltrato a personas mayores. Sólo una pequeña minoría admitió haber tenido constancia de este tipo de casos en el ejercicio de su profesión. A la mayoría les sorprendió conocer que pudiera tratarse de un problema grave, y unos pocos se mostraron incrédulos ante esta posibilidad. Por lo general, no se enseña a los médicos a reconocer cuándo una persona mayor sufre malos tratos. No tienen la costumbre de examinar sistemáticamente a sus pacientes para identificar los síntomas del maltrato y también puede que les pasen desapercibidos los factores de alto riesgo de los ancianos.

Los médicos de cabecera deberían realizar una evaluación a todos los pacientes mayores de 75 años que debe incluir:

- Estado general de salud;
- Grado de autosuficiencia;
- Funciones sensoriales;
- Movilidad;
- Condición mental;

- Estado físico, incluyendo el entorno social.

Este debe consistir en un examen sistemático a pacientes mayores de 75 años. El examen debe durar alrededor de una hora por persona que incluya la obtención de un historial médico y social completo, junto con un reconocimiento físico y análisis de sangre y orina.

Los chequeos.

Se recomienda a os médicos de cabecera y al personal sanitario observar seis puntos para realizar correctamente los chequeos obligatorios a sus pacientes. La lista incluye la identificación de los factores de alto riesgo (existentes y futuros): la implicación de familiares y cuidadores (entrevista por separado y no en presencia del anciano), la disposición a ver a la persona mayor más de una vez, el cumplimiento de los requisitos de procedimiento, si los hay, la colaboración estrecha con otros organismos, y la introducción de mecanismos de registro para la detección de cambios significativos en el anciano.

Una cuestión espinosa es la del seguimiento de los casos de aquellos pacientes que rehusan el ofrecimiento del médico de cabecera a someterse a chequeos regulares. En muchas ocasiones, puede hacerse una evaluación de modo fortuito, cuando se ha solicitado una visita a domicilio para tratar otro problema médico casual.

En otros casos puede ser un trabajador del servicio de asistencia domiciliaria, un asistente comunitario ó un familiar quien llame la atención del médico de cabecera sobre sus sospechas de malos tratos. En los casos en que no existen prueban ó ni siquiera sospecha de malos tratos, es muy difícil no violar los derechos y la intimidad de las personas mayores.

El papel del médico de la familia.

Es esencial solicitar la cooperación del médico de cabecera cuanto antes, y considerar cuidadosamente la función que desempeña en la detección y el control del maltrato a ancianos.

Debido a la posición privilegiada como médico, asesor y a veces mediador en los asuntos de la familia relacionados con la salud, es probable que la participación del médico de cabecera sea crucial en los casos de maltrato ó abandono a personas mayores.

Por una parte, cuando tanto la víctima como el maltratante son pacientes del mismo médico de cabecera, es muy posible que surja un conflicto de intereses. Por otra parte, el médico de cabecera experimentado está muy acostumbrado a enfrentarse con situaciones que ponen a prueba su profesionalidad. En algunos sitios los médicos de familia siguen gozando de un cierto grado de influencia y de una posición que les permiten mediar con éxito en disputas domésticas en las que otros profesionales quizá no se encuentren en condiciones de hacerlo. No obstante, es posible que esta misma objetividad profesional del médico tenga un efecto negativo, al ser menos probable que el anciano maltratado, ó un tercero que sospeche la existencia de malos tratos, se dirija a él ó ella.

Debido a su larga relación con la familia, el médico de cabecera también está en condiciones de evaluar el estrés del cuidador y su repercusión sobre el anciano.

Reuniones de casos.

El sistema de reuniones de casos debe asegurar que los ancianos maltratados ó en situación de negligencia reciban atención desde el mismo enfoque que los equipos profesionales sanitarios que se ocupan de los niños maltratados. Los problemas que plantea la situación y los conflictos potenciales implicados pueden ser mayores en el maltrato a ancianos que en el infantil. Los servicios sociales se pueden hacer cargo del niño y llevarle a un lugar seguro. Puede que una persona mayor maltratada decida quedarse con el cuidador, a pesar de los malos tratos ó de la falta de cuidados. También es posible que el cuidador rechace la ayuda y el apoyo aún cuando al profesional le parezca evidente que dicha ayuda es necesaria.

Puede suceder que la responsabilidad continuada del control y seguimiento de un caso de maltrato ó negligencia a ancianos resulte excesivos para un solo coordinador. Quizá sea mejor la creación en la reunión de equipos de un subgrupo de profesionales que realice el control y seguimiento de los progresos de los casos. Un posible subgrupo podría estar compuesto por (el anciano, el cuidador), el asistente social clave, un enfermero comunitario y el médico de cabecera.

Unos encuentros breves, celebrados una vez al mes entre las reuniones de equipo, permitirían al grupo comparar y modificar tácticas. En caso de necesidad, este grupo podría convocar (ó adelantar) una reunión de equipo. Un miembro del grupo, probablemente el asistente social coordinador, sería responsable del registro dela información durante estas reuniones.

Para el médico de cabecera, un importante punto práctico es la periodicidad de las reuniones de equipo. En el pasado, los médicos de cabecera han sido objeto de críticas por no asistir a las reuniones de equipo cuando existían sospecha de maltrato infantil, conyugal ó a ancianos. No obstante, a menudo se convocan estas reuniones de casos con insuficientes antelación y se celebran a una hora que coincide con una consulta previamente concertada.

Ejemplos de casos.

Se describen cuatro casos de malos tratos físicos. Representan las manifestaciones más obvias del maltrato a ancianos. Los casos ocultos de maltrato psicológico, sexual, económico y de otros tipos son aún más complejos y difíciles de controlar.

Ejemplo de caso 1.

Una mujer de 73 años acudió a la consulta de su médico de cabecera aquejada de una demencia senil caracterizada por el deterioro de sus habilidades personales; la que antes era una excelente ama de casa y una persona servicial, se convirtió en alguien que descuidaba

su propia persona y sus tareas domésticas. Su memoria a corto plazo se deterioró. Empezó a esconder cosas por la casa y era incapaz de tomar de cisiones. Su marido, que tenía 74 años, era un profesional de carácter marcadamente obsesivo que, a medida que perdía el apoyo de su mujer, iba cambiando el papel que desempeñaba, pues debía tomar decisiones por ella y hacerse cargo de tareas domésticas que antes no realizaba.

Un psiquiatra confirmó el diagnóstico. Para el marido fue difícil aceptar ayuda, pero se le asignó un enfermero psiquiátrico comunitario y asistencia diurna. En menos de un año la familia empezó a informar al médico de cabecera sobre malos tratos físicos (bofetones) y psicológicos (gritos) a los que el marido la sometía.

Otro diagnóstico psiquiátrico reveló que el comportamiento de la paciente había empeorado aún más; su estado de ánimo era inestable, su comportamiento imprevisible y ya no era capaz de realizar las tareas más sencillas. Los mecanismos obsesivos del marido para enfrentarse con la situación le obligaban a mantener el control en todo momento y le inducían a creer que la única persona capaz de proporcionar a su mujer los cuidados adecuados era él. Una evaluación final realizada por un psiquiatra y un asistente social le proporcionó apoyo adicional y unos mecanismos más efectivos para enfrentarse con la situación, como "tiempos muertos" para relajarse ante el estrés. Todavía rechaza la ayuda temporal para poderse ir de vacaciones y los servicios asistenciales diurnos, pero juntos están sabiendo enfrentar la situación y sólo hay episodios aislados de gritos por parte del marido.

Comentarios generales.

Este caso ilustra los siguientes factores de riesgo e indicadores del maltrato;

- Cierto grado de aislamiento de la persona mayor y del cuidador;
- Deterioro cognitivo relativamente grave del anciano;
- Cierto grado de dependencia de la persona respecto al cuidador;
- Personalidad obsesiva del cuidador;
- Mención de violencia física por parte del cuidador;
- Rechazo de los servicios exteriores.

Revisión del caso 1.

Este caso demuestra muchas de las dificultades que surgen para equilibrar la provisión de cuidados y el riego de maltrato. Los factores predisponentes de la esposa a sufrir malos tratos son: su edad es superior a 73 años, su demencia y debilidad física, su dependencia del marido, y su pérdida de capacidad como ama de casa y su autonomía. Su marido (el agresor) es obsesivamente rígido, tiene problemas para enfrentarse al cambio ó a la intromisión y necesita sentir que controla la situación. Cuando tenga que hacer frente a un comportamiento irracional ó amenazador, se descompensará y tendrá una reacción paranoica, que a menudo desembocará en violencia.

El médico de cabecera está en condiciones ideales para ayudar. Es muy posible que su relación con ambas personas haya sido prolongada y, puesto que éstas confían en él, le da capacidad para ser más directivo, dando instrucciones prácticas de cómo ayudar a la persona maltratada y al agresor, mediante la derivación a un especialista ó poniéndolas en contacto con organizaciones de apoyo, para que el marido pueda dar salida a sus sentimientos de frustración. Los servicios sociales pueden ofrecer ayuda con el apoyo social, los servicios asistenciales diurnos, el servicio de asistencia domiciliaria y el

asesoramiento económico, pero siempre y cuando el marido sienta que controla la situación y que esas personas sólo quieren aconsejarle y no controlarle.

Su mujer necesita el apoyo de los servicios sanitarios y sociales para hacer frente a sus propias necesidades emocionales y a su frustración. Así, el médico de cabecera es fundamental para asegurar que esta pareja pueda seguir junta y reciba apoyo. Es esencial celebrar una reunión de equipo para asegurar que los diferentes profesionales y miembros de la familia del paciente conozcan su función y lo que deben hacer.

Ejemplo caso 2.

Una mujer de 88 años tenía un largo historial de enfermedad maníaco-depresiva y autoenvenenamientos. Padecía insuficiencia cardíaca y tenía que cuidar de su marido, al que habían diagnosticado un trastorno degenerativo de las funciones mentales, bronquitis crónica y ceguera parcial. Como resultado, él se había vuelto agresivo, física y verbalmente. El enfermero psiquiátrico comunitario identificó la problemática situación del marido e informó de que manifestaba deterioro personal, apraxia para vestirse y una desorientación creciente. El médico de cabecera descubrió que, como resultado del estrés producido a raíz de la situación, la esposa estaba deprimida, tenía tendencias suicidas y no tomaba su medicación. Basándose en la evaluación del psiquiatra y de los servicios sociales, se llegó a la conclusión de que era necesario proporcionar a la pareja asistencia social diurna y un servicio de asistencia y comidas a domicilio. El médico de cabecera supervisaba que la esposa tomase su medicación antidepresiva mediante visitas de control. Al poder hacer frente a la situación, el estado mental de la mujer mejoró y cesaron los malos tratos. La hijastra empezó a prestarle apoyo. Desafortunadamente, su marido se volvió tan débil físicamente que tuvo que ser hospitalizado. La esposa se siente ahora apenada y sola, pero, poco a poco, se va adaptando a la nueva situación.

Comentarios generales.

Este caso ilustra los siguientes factores de riesgo e indicadores de maltrato:

- Depresión y temor del anciano;
- Inversión de roles debido al deterioro del estado mental del cuidador que padece un deterioro cognitivo;
- Tratamiento inadecuado de los problemas médicos;
- Dependencia económica del anciano.

Revisión del caso 2.

Este caso ilustra cómo el maltrato se puede producir en la persona de alguien que está perdiendo la razón y su capacidad para enfrentarse a la situación. La persona maltratada es, en este caso, el anciano que ejerce de cuidador y que, debido a una enfermedad depresiva, pierde su capacidad para hacer frente a la situación. Fue la enfermera comunitaria quien dio la alarma. El médico pudo identificar, sin dar lugar a confusión, los profesionales que eran necesarios para asumir tareas específicas. El psiquiatra evaluó el estado mental de ambas personas, sugirió un tratamiento, organizó los servicios de asistencia diurna y, finalmente, ordenó el ingreso del paciente; los servicios sociales proporcionaron ayuda práctica mediante asistencia y comidas a domicilio; la hijastra ofreció apoyo emocional en sus visitas semanales.

Como antes, el médico de cabecera desempeñó un papel fundamental en este caso, vigilando cualquier cambio, revisando la medicación antidepresiva con regularidad y proporcionando apoyo, todo lo cual tuvo como resultado el cese de los malos tratos y la reducción del riesgo de suicidio, que es bastante común en estas situaciones. El médico de cabecera pudo ayudar a la esposa a adoptar una actitud positiva hacia su depresión,

empezar a cuidar de su marido y hacer frente al trauma emocional que le supuso la hospitalización de su marido. En casos con este perfil son bastante comunes las actos suicidas y homicidas, a veces combinados.

Ejemplo de caso 3.

La señora C tiene 81 años, es viuda desde hace seis y vive con su hijo soltero de 41 años. Padece hipertensión desde hace mucho tiempo y sordera grave, lo que hace imprescindible el uso de un aparato, y acude a su médico de cabecera con regularidad. Su hijo, que sufre de migrañas agudas, tiene problemas de personalidad, y un psiquiatra diagnosticó que presentaba problemas de inadaptación e inmadurez. No abusa del alcohol y tampoco fuma. La hija casada de la señora C informó al médico de cabecera de que su hermano maltrataba, física y emocionalmente, a su madre. Añadió que su padre había maltratado a su madre de modo similar antes de su muerte. El médico atendió al hijo para tratar su migraña y le hizo una serie de preguntas sobre su madre que revelaron la depresión, la frustración y la sensación de fracaso que padecía.

Admitió haber perdido los estribos y haber maltratado a su madre. El empeoramiento de las migrañas y su situación de desempleo fueron factores desencadenantes importantes. El médico de cabecera resolvió el problema revisando y tratando su migraña con éxito, remitiéndolo además al grupo de control de estrés y proporcionando apoyo positivo para el hijo. Los malos tratos cesaron.

Comentarios generales.

Este caso ilustra los siguientes factores de riesgo e indicadores de maltrato:

- Depresión del anciano;
- Dependencia física y social;

- Trastorno de personalidad y problemas sociales y médicos del cuidador;
- Antecedentes familiares de violencia.

Revisión del caso 3.

Este caso ilustra el problema de una persona mayor competente que padece problemas físicos crónicos y deficiencias sensoriales. Esta anciana ha sido víctima de dos agresores (padre e hijo), lo que sugiere que el comportamiento del hijo es una respuesta aprendida. Su hijo, el cuidador principal, tiene problemas de personalidad, está deprimido y padece migrañas. Tiene una disposición cognitiva negativa, empeorada por el desempleo.

No es un maltratante nato y su madre le importa mucho, lo cual es muy positivo, ya que está totalmente dispuesto a hablar de sus problemas con el médico de cabecera.

La hija que identificó los malos tratos permanece en un segundo plano y en una posición bastante acusatoria y parcial, pero no está dispuesta a implicarse de forma práctica.

Esto es bastante común y aumenta el estrés del cuidador. El médico de cabecera es el primer y único contacto. Todas las partes confían en él. Identifica los factores de estrés de la migraña, que trata, ayuda al hijo a hacer frente a la situación mediante la derivación a un grupo de control de estrés, y le presta su apoyo. Al confirmar su papel de cuidador, elimina la culpabilidad que siente el hijo por su situación de desempleo. Gracias a todo ello la situación termina por resolverse felizmente.

Ejemplo de caso 4.

La señora D, una viuda de 78 años, acudió a la consulta de su médico de cabecera aquejada de depresión y temores. En 1.984 sufrió una perforación de tímpano traumática, y como consecuencia tuvo que acudir a un especialista. En 1.991 le diagnosticaron un cáncer de mama y también sufrió un ataque al corazón. Vive con su hija de 41 años, a la que varios

psiquiatras han diagnosticado que padece psicopatía histriónica e inmadurez. La hija de la señora D era muy inestable y la policía pidió a la madre que la denunciara por agresiones cuando los vecinos informaron de los incidentes. La madre era muy protectora con su hija e insistía en que estaba enferma. Con el apoyo comunitario y el tratamiento psiquiátrico de la hija, los malos tratos se han hecho menos frecuentes y la personalidad de la hija ha madurado. La relación entre madre e hija es ahora más estrecha y siguen viviendo juntas.

Comentarios generales.

Este caso ilustra los siguientes factores de riesgo e indicadores de maltrato:

- Lesiones recurrentes a la persona mayor;
- Su temor depresivo;
- Trastorno psiquiátrico del cuidador.

Revisión del caso 4.

Este caso nos muestra cómo a veces es necesario trabajar en situaciones potencialmente muy peligrosas e identificar aceptar los riesgos.

Los aspectos positivos de este caso son:

a) La fuerte relación madre e hija;
b) La cooperación continua de la hija con el tratamiento psiquiátrico y psicológico, que finalmente conduce a una mejoría de la salud mental de la misma y a una relación más estrecha con su madre;
c) La negativa de la madre a denunciar los episodios de violencia, asegurando así la fidelidad de la hija.

La madre hubiera sentido que había fracasado como tal. Es muy posible que el estrés emocional asociado a este maltrato desempeñara un papel en los problemas físicos de esta

anciana. Los servicios comunitarios y psiquiátricos, coordinados por el médico de cabecera, condujeron finalmente a una mejoría de este caso crónico, en el que fue impredecible que el médico ejerciera una estrecha vigilancia, ya que el incumplimiento podría resultar fatal.

Conclusión:

De los cuatro casos descritos, en dos de ellos el médico tuvo conocimiento de la situación de maltrato en el transcurso de una consulta; en otro fue un familiar preocupado el que informó al médico de cabecera, y en el último fue una enfermera psiquiátrica comunitaria.

A menudo los médicos reciben información importante, de segunda mano, sobre pacientes de todas las edades, transmitida por otros profesionales de la salud, por familiares preocupados ó por otras personas.

En muchos casos, el aura tradicional de respetabilidad y autoridad que rodea a los médicos de cabecera puede impedir la revelación directa de información delicada. Es posible que una mujer que siente demasiada vergüenza para informar al médico de cabecera de sus problemas de incontinencia, lo reconozca en cambio ante su enfermera. Puede que una mujer mayo que acude desde hace un mes a la consulta de su médico de cabecera para tratar su artritis, revele a una trabajadora familiar comprensiva, mientras toman una taza de té, que su marido le ha gritado porque no llegó a tiempo al cuarto de baño.

Un cuidador puede decidir no informar a nadie de una situación por miedo a las consecuencias. La conclusión clara es que existe una falta de comunicación que es necesario remediar. Los cuidadores no profesionales necesitan saber cómo pueden conseguir la ayuda y el apoyo que a menudo les hace falta. Los cuidadores profesionales, los asistentes sociales, las enfermeras comunitarias, las trabajadoras familiares y los voluntarios también necesitan orientación y dirección.

Además, se ha de reconocer que los médicos de cabecera afrontan distintos conflictos de intereses y, en ausencia de unas pautas aceptadas de ámbito nacional, soportan una marcada incertidumbre respecto a su posición legal.

Tal como están las leyes en este momento, no está claro sobre quién recae la responsabilidad de actuar e intervenir y, aunque sea evidente que ocuparse de la víctima y del agresor podría ser positivo médica, psicológica ó socialmente, los médicos de cabecera no se sienten en absoluto seguros de su posición, en términos legales y éticos, en relación a las líneas de acción que serían más recomendables. Éste es el principal motivo por el que tantos médicos de cabecera quieren implicarse.

Otra cuestión se deriva del cambio de imagen del médico de medicina general y el médico de familia. La gran mayoría de los médicos de cabecera necesitan ayuda para comprender que en el mundo contemporáneo de la atención comunitaria, aunque encabecen el equipo de atención primaria, representan sólo una de las diversas disciplinas que contribuyen al bienestar del paciente.

La negativa a reconocer un posible caso de maltrato a ancianos, cuando hay pruebas tangibles que apoyan esa posibilidad, supone descartar los resultados de otro profesional de una disciplina sanitaria ó del trabajo social, ó el riesgo de ignorar información aportada por un cuidador informal ó un familiar. Los médicos de familia han de aprender a compartir sus conocimientos y la toma de decisiones. Su elitismo tradicional se puede convertir en una pantalla tras la que ignorar lo que prefieren no oír.

Se afirma que el médico de cabecera desempeña una función clave en la detección del maltrato a personas mayores. Una misión de estas características conlleva la implicación de que es el médico de cabecera el que tendrá que coordinar la evaluación de los restantes profesionales, prestando atención especial a la naturaleza y el grado de las lesiones físicas ó

daños mentales que se hayan denunciado, y decidir cómo proceder para evitar, en la medida de lo posible, que vuelvan a ocurrir, normalmente consultando a los profesionales implicados.

Es necesario tener en cuenta los aspectos legales de cada caso, pues, a falta de una legislación efectiva, hay que proteger los derechos de los ancianos vulnerables respetando la confidencialidad, pero sin evadir responsabilidades.

Esto tiene consecuencias obvias en lo que a recursos se refiere. A no ser que los médicos de cabecera cuenten con apoyo y orientación en esta área, no se esforzarán en buscar activamente signos de maltrato en sus pacientes ancianos. Si tales casos llegan a su conocimiento, puede que no actúen, y si no actúan, continuarán los malos tratos. Aún es más, se les podría llegar a exigir responsabilidades contra terceros.

Aparte de estos asuntos legales y orientativos fundamentales que sólo se pueden resolver en un nivel nacional, los médicos de cabecera necesitan formación universitaria y de postgrado adicional sobre medios de detección precoz del maltrato y la negligencia.

LAS RELACIONES CUIDADOR-PERSONA DEPENDIENTE Y LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO A LOS ANCIANOS.

Se destaca el papel vital que desempeña la relación entre el cuidador y la persona a su cargo, y la necesidad de examinar los casos de maltrato potencial en el contexto más amplio de la situación en la que efectúa la provisión de cuidados.

Se da una falta conceptual acerca de lo que constituye la provisión de cuidados, y las definiciones aceptadas hacen excesivo hincapié en los aspectos del papel del cuidador relacionados con la acción de proporcionar cuidados físicos (los llamados cuidados

instrumentales), hasta el punto de excluir elementos más difusos y sutiles, pero potencialmente más importantes que tienen que ver con sentimientos, emociones y relaciones (los cuidados afectivos).

Además, las publicaciones sobre el tema de los cuidados se han centrado casi exclusivamente en el estrés que comporta cuidar de alguien, hasta el punto de casi excluir las satisfacciones y recompensas que también implica.

Algunos autores sostienen que la atención es un concepto mixto que gira en torno a unas tareas de naturaleza asistencial, que implican relaciones tanto sociales como familiares. También se constata la existencia de una diversidad de cuestiones afectivo-emocionales complejas referentes a la naturaleza de la interacción entre el cuidador y la persona a su cargo y los sentimientos que generan las interacciones de esta clase. En orden a una mayor claridad, es mejor separar estos elementos afectivos de los aspectos físicos del papel de cuidador y sugiere que se emplee el término "atención" para la dimensión emocional y "provisión de cuidados" para los afectos físicos.

Dunlop sigue una línea de razonamiento similar cuando destaca los elementos tanto físicos como emocionales de la atención, pero considera que predominan los elementos emocionales y que la atención, ante todo, es una relación de preocupación por la persona que recibe los cuidados.

Las pruebas empíricas sugerirían que, aunque el afecto no es una condición previa de la atención, en su ausencia la situación es más frágil y propensa a deteriorarse. Cierto es que ya se acepta más la importancia de la calidad de la relación cuidador-persona cuidada para entender el complejo abanico de interacciones que ocurren en el cuidador y la persona a su cargo. Además, recientemente se ha comenzado a prestar cada vez más atención a las recompensas potenciales de la atención, lo cual es interesante tanto por motivos teóricos

como pragmáticos. Cada vez hay más pruebas empíricas que indican que la satisfacción de los cuidadores está relacionada positivamente con la mejoría de la salud emocional, con un mayor compromiso en la relación entre el cuidador y la persona a su cargo y con la reducción de las posibilidades de que la persona dependiente sea ingresada en una institución.

Hay un argumento que perfila la necesidad de examinar la complejidad de la provisión de cuidados y de considerar las interacciones dispares que se pueden producir con consecuencias potencialmente positivas y negativas tanto para la persona que recibe los cuidados como para la que los proporciona. Se sostiene que, dentro de este marco, se han de desarrollar modelos que sean lo suficientemente flexibles para tener en cuenta la diversidad y las dimensiones múltiples de atención.

Se hace hincapié en la naturaleza dinámica y cambiante de la relación de atención, en contraste con la visión de la relación de cuidado como una situación esencialmente estática. Así la mejor manera de desarrollar este tipo de modelos consiste en vincularlos con la teoría general de estrés. Al criticar los modelos de atención que se han desarrollado hasta la fecha, se afirma que: "Por lo general, tanto la teoría como la investigación sobre la provisión de cuidados se han centrado en las necesidades instrumentales de los ancianos débiles y la asistencia instrumental proporcionada por el cuidador".

Se aboga por el desarrollo de un marco conceptual amplio, con un énfasis especial en lo que ellos denominan modelos dinámicos y relacionales, es decir, aquellos que toman en cuenta la naturaleza cambiante de la atención y que dan prioridad a la calidad de la relación entre el cuidador y la persona a su cargo. Se usa el término "modelo de congruencia" para referirse a un enfoque centrado en el grado de acuerdo al que han llegado el cuidador y la persona a su cargo sobre el reparto de funciones y responsabilidades relativas a la atención.

Hay también, un enfoque que es esencialmente cognitivo y se centra en un número de variables clave que dan significado a la situación del cuidador y la persona su cargo. Este significado determina en gran medida el comportamiento posterior. El modelo destaca la naturaleza dinámica e interactiva de la relación de cuidado y se subraya la importancia de la autoevaluación del cuidador de su propio comportamiento.

Se sugiere que el cuidador tiene una imagen de la atención que determina tanto su rol en la relación con la persona a su cargo como la calidad de la atención proporcionada. Los factores que se cree que influyen en la creación de esta imagen son la percepción del cuidador de su relación anterior con la persona a su cargo y el grado de conciliación de la situación actual con esta imagen anterior.

Cuando un cuidador tiene la perspectiva normalizada de su relación anterior (en la que se reconocen los factores tanto positivos como negativos, pero que se valora como positiva en su conjunto) y cuando las interacciones actuales son coherentes con ella, es más probable que el cuidador acepte ciertos comportamientos y menos probable que adopte estilos de atención que giran en torno del conformismo de la persona. Contrariamente, si un cuidador ha tenido una relación anterior "estigmatizada" (sólo tiene percepciones negativas) ó "deificada" (sólo ve los aspectos muy positivos) y si la perspectiva estigmatizada perdura y la relación deificada se ha echado a perder, el cuidador es menos tolerante y mayor es su expectativa de conformidad de la persona a su cargo.

También influyen las creencias del cuidador sobre lo que constituye una vida sana, una buena calidad de vida y la naturaleza de las relaciones y responsabilidades familiares. Cuando las creencias del cuidador son congruentes ó encajan con el comportamiento de la persona a su cargo se dice que el cuidador adopta un estilo de atención más abierto y protector y se rebajan sus expectativas de conformismo respecto a la persona a su cargo.

Cuando los comportamientos y las creencias son incongruentes ó chocan, es más probable que el cuidador adopte un estilo punitivo y espere que la persona dependiente adopte una posición dócil y suplicante. En estas últimas circunstancias los autores sugieren que es más probable que ocurra el maltrato.

En términos generales se reconoce que los enfoques "transaccionales" son en la actualidad la mejor manera de encuadrar las respuestas individuales. Un modelo transaccional se basa en la creencia de que cada individuo emite una respuesta diferente ante eventos potencialmente estresantes y que el grado de capacidad estresante de cualquier evento se determina por la forma en que cada persona concibe dicho evento.

Por lo tanto, lo que resulta estresante para una persona no tiene por qué ser estresante para otra. De hecho, lo que parece estresante para una persona un día determinado puede no parecérselo al día siguiente. Las percepciones subjetivas del cuidador, en oposición a las circunstancias objetivas de la atención, son esenciales para la generación de estrés en el modelo transaccional.

ABUSO Y MALTRATO LABORAL.

ACOSO MORAL.

Se entiende por acoso moral la manifestación permanente y sublime de una conducta abusiva y especialmente de desgaste psicológico, que incluye comportamientos, palabras, actos, gestos y escritos que puedan atentar contra la personalidad, la dignidad ó la integridad física ó psíquica de un individuo.

Se trata de un fenómeno circular, de una serie de comportamientos deliberados por parte del agresor que están destinados a desencadenar la ansiedad en la víctima, lo que provoca en ella una actitud defensiva que a su vez genera nuevas tensiones.

El primer acto del agresor consiste en paralizar a su víctima para que no pueda defenderse, de modo que por mucho que ésta intente comprender qué ocurre, no tiene herramientas para hacerlo. La víctima no se da cuenta de esta manipulación perversa y no reacciona cómo lo haría en un proceso normal y corriente. Mediante un proceso de acoso moral, ó de maltrato psicológico, un individuo puede hacer pedazos a otro. La perversidad no proviene de un trastorno psíquico ó psicológico, sino que de una fría racionalidad que se combina con la incapacidad de considerar a los demás como seres humanos de igual a igual.

Cada una de las personas puede utilizar puntualmente un proceso perverso. Esto sólo se vuelve destructor con la frecuencia y la repetición a lo largo del tiempo. Un individuo perverso es permanentemente perverso. Se encuentra fijado a ese modo de ser, de relacionarse con el otro y no se pone en tela de juicio a sí mismo jamás. Respetar al otro supondría considerarlo en tanto que ser humano y reconocer el sufrimiento que se le aflige.

Estos individuos necesitan rebajar a los demás para adquirir autoestima y mediante esta, adquirir poder, pues están necesitados de admiración y aprobación.

El agresor suele engrandecerse a costa de rebajar a los demás y evitar cualquier conflicto interior al descargar sobre el otro la responsabilidad de lo que no funciona. Las técnicas perversas utilizadas son rechazar la comunicación directa, descalificar, desacreditar, aislar e inducir a error. La negación de la comunicación directa es el arma principal de los perversos. El acosador es frío y malvado pero no de una forma ostensible que pudiera traerle problemas, sino que simplemente hace uso de pequeños retoques desestabilizadores que son difíciles de identificar. Suele utilizar técnicas de desestabilización como las insinuaciones, las alusiones malintencionadas, la mentira y las humillaciones. Por medio de estos métodos y palabras aparentemente anodinas y de cosas que no se dicen, es posible desestabilizar a alguien ó incluso destruirlo sin que su círculo de allegados se percate de ello y puedan llegar a intervenir.

Las víctimas, al principio y contrariamente a lo que los agresores pretenden hacer creer, no son personas afectadas de alguna patología ó particularmente débiles. Al contrario, el acoso empieza cuando una víctima reacciona contra el autoritarismo de la otra parte y no se deja avasallar. El acoso se hace posible porque viene precedido de una descalificación de la víctima por parte del perverso. Esta depreciación de la víctima justifica posteriormente la crueldad que se ha ejercido contra ella y conduce a pensar que se merece lo que le ocurre. Cuando un proceso de acosos se instaura, la víctima es estigmatizada. Se dice que el trato con ella es imposible, que tiene mal carácter ó que está loca. Se considera que su manera de ser es la responsable de las consecuencias del conflicto, y la gente se olvida de cómo era antes ó de cómo es en otros contextos.

Una vez que la víctima se saca de las casillas, no es extraño que se convierta en lo que se pretende convertirla. Para que esto resulte creíble, hay que descalificar al otro con el fin de empujarlo a comportarse de un modo reprensible.

La violencia perversa puede darse en cualquier ámbito de nuestra vida, puede darse en la pareja, en la familia, en el ámbito laboral, etc. Aunque se trate de contextos distintos el funcionamiento es similar. El punto común de todas las situaciones de acoso moral es que son indecibles. Se trata de una violencia probada, aunque se mantenga oculta, que tiende a atacar la identidad del otro y a privarlo de toda individualidad. La violencia perversa aparece en momentos de crisis, cuando un individuo que tiene defensas perversas no puede asumir la responsabilidad de una elección difícil. Se trata de una violencia indirecta que se ejerce esencialmente a través de una falta de respeto.

Los procedimientos perversos aparecen con mucha frecuencia en los casos de separación y divorcio. Otras veces, el acoso es suscitado por sentimientos d envidia de alguien que posee algo que los demás no tienen. En la vida cotidiana, las personas no se atreven a hablar de perversidad. Corresponde a un juicio de valor. Nombrar la perversidad el grave. La mayoría de las veces se reserva este término para actos de gran crueldad. Dejar de nombrar la perversidad es un acto todavía más grave, pues supone tolerar que la víctima permanezca indefensa, que sea agredida y que se le pueda agredir a voluntad. Parece como si la sociedad no percibiera esa forma de violencia indirecta. Con el pretexto de la tolerancia las personas se vuelven indulgentes ante ciertos ataques de perversidad. El contexto sociocultural actual permite que la perversión se desarrolle porque la tolera.

No se trata de procesar a los perversos, los cuales ya se defienden bien por sí solos, sino de tener en cuenta su nocividad y su peligrosidad con el fin de que las víctimas puedan defenderse mejor.

Este fenómeno se está estudiando en muchos países. La manipulación perversa genera trastornos graves tanto en niños como en adultos. Los métodos terapéuticos clásicos no son suficientes para ayudad a estas víctimas. Son necesarias herramientas más adaptadas que tengan en cuenta la especificidad de la agresión perversa.

Quizá no se escucha a las víctimas cuando solicitan ayuda. Es necesaria la intervención de un interlocutor válido. No han de considerarse responsables de la agresión que padecen ni han de pensar que lo han buscado ó merecido inconscientemente.

Cuando la víctima acude a una psicoterapia individual, lo hace por otras razones, alegando inhibiciones, falta de confianza en sí misma, incapacidad para tomar decisiones, ansiedad, por un estado depresivo permanente resistente a los antidepresivos. La víctima se puede quejar de su compañero ó de su círculo de relaciones, pero no suele tener conciencia d la existencia de esta terrible violencia subterránea y no se atreve a quejarse de ella. Es difícil entonces, incluso para el terapeuta, ver que se trata de una situación de acoso moral.

El acoso moral – Sutiles formas de maltrato en la empresa.

El "acoso moral", bautizado por la psiquiatra y psicoanalista Marie-France Hirigoyen, es un problema que millones de trabajadores sufren diariamente en sus lugares de trabajo. Se trata, según su propia definición, de "procedimientos abusivos, palabras ó sobreentendidos, gestos y miradas que, por su frecuencia y sistematización, afectan la integridad psíquica ó física de una persona".

El acoso moral proviene de individuos con características perversas. La perversión puede adoptar distintas formas y representaciones. Una de las más comunes es la sexual. Pero en el acoso moral se trata de la utilización de la víctima como un objeto destinado a satisfacer la propia necesidad de ejercicio del poder.

El acosador moral es una persona con características narcisistas, cuya perversión no llega a derivar en enfermedades mentales de la gravedad de una persona psicótica. Por el contrario, suelen desarrollarse exitosamente en su carrera profesional mediante una gran ausencia de escrúpulos, que les facilita el abuso a las personas que les rodean, especialmente a aquellas que se encuentran en un lugar de subordinación.

Y sus estrategias abusivas suelen pasar desapercibidas para quienes están afuera del círculo víctima/ victimario porque, por un lado, el abusador narcisista desarrolla una gran habilidad para "mentir y falsificar con gran aplomo", como explica Hirigoyen, mientras que las víctimas suelen refugiarse en el silencio, por temor ó por vergüenza.

Si bien Irigoyen advierte que cualquiera puede ser víctima de un perverso, y que no existe un perfil determinado que se predisponga a ocupar el rol de víctima, si puede observarse que las víctimas frecuentemente son personas con una baja autoestima. Por eso muestran frágiles ante acusaciones del tipo "eres un inútil", "esto está hecho mal", "no puedes hacer nada bien", etcétera.

Víctima y victimario: ¿perfiles que confluyen?.

El círculo víctima/ victimario se cierra entre aun persona que se niega a asumir las culpas de sus propios errores y fracasos, y otra que asume demasiado rápidamente culpas que no necesariamente le pertenecen. Ó que, en última instancia, jamás acreditan un status tal que justifique el maltrato y la humillación.

Cuando una persona no cumple con eficacia las funciones que le son asignadas, la empresa, a través de sus niveles de supervisión y, eventualmente con la intervención de su área de recursos humanos, debe implementar las medidas que se desprenden de las evaluaciones periódicas: un coaching adecuado para ayudar a la persona a mejorar su rendimiento, una reasignación de funciones y, en última instancia, un despido. Por el trato indigno y

deshumanizante siempre debe ser visto y evaluado como una falta grave de parte de quien lo practica como forma de ejercicio de la autoridad.

¿Cómo debe actuar una persona cuando cae en las redes de un abusador moral? Lo primero es reconocer que suele ser una situación bastante compleja, en la que las distintas posiciones que ocupan él ó ella, dentro de la estructura jerárquica de la organización, con respecto al supervisor abusador, lo coloca en una situación de desventaja inicial.

En primer lugar, porque tiene menos facilitado el acceso a los niveles superiores en la escala jerárquica. Y en segundo lugar, porque el abusador tiene tener gran facilidad para mostrar distintos rostros: uno en la soledad del encuentro con su víctima, y otro diferente frente a la mirada de terceros.

Ayuda externa para salir del círculo.

Es importante reconocer, en esta instancia, la necesidad de ayuda porque, como observa Hirigoyen, "cuando alguien está en una posición de víctima, está bajo el dominio de otro y pierde la noción de normalidad". Pero no suele ser una buena estrategia involucrar a sus pares en una suerte de "cruzada solidaria", porque éstas derivan, rápidamente en un enrarecimiento del clima de trabajo, que terminará favoreciendo negativamente la búsqueda de una solución. Y lo más probable es que la víctima sea percibida como una persona que "genera ruido".

La familia y los amigos más íntimos son el principal apoyo en estas situaciones. Pero también apoyos psicológicos y legales pueden ser importantes. Si bien el acoso moral adopta formas muy sutiles y disimuladas, que hacen muy difícil reunir "pruebas" en el más estricto sentido jurídico del término, puede ser importante, cuando una persona reconoce que ha caído en las redes de un abusador, comenzar a tomar nota en un cuaderno de cada agresión, cada insulto, cada mensaje humillante de la que es víctima.

Entonces, si toda la "evidencia" acumulada no logra convencer ó conmover a quienes tienen la responsabilidad dentro de la empresa de encontrar una solución, eventualmente podrá ser información de valor en manos de un buen abogado. Pero si la solución no llega en ninguna de estas instancias, es importante reconocerlo y no persistir luchando contra molinos de viento. El legítimo anhelo de reparación moral, como advierte Hirigoyen, puede ser "totalmente ilusorio".

Y las consecuencias de no salirse a tiempo de una situación de estas características pueden, a largo plazo, ser muy dañinas. "El acoso – dice Hirigoyen – puede producir enfermedades psicosomáticas, estrés y depresión, pero también la humillación puede, a largo plazo, generar estrés postraumático como el que sufren las víctimas de atentados, agresiones ó de violaciones".

La violencia en el trabajo.

La OIT preparó un informe sobre este tema llamado "Violence at Work", del cual surgieron conclusiones reveladoras.

Los brotes de violencia que se producen en los lugares de trabajo de todo el mundo permiten concluir que este problema rebasa en efecto las fronteras de los países, los ámbitos de trabajo ó cualesquiera categorías profesionales. En algunos lugares de trabajo y ocupaciones, como los taxistas, el personal de los servicios sanitarios, el personal docente, los trabajadores sociales, el servicio doméstico en países extranjeros, el trabajo solitario, sobre todo en los turnos de la noche, existe un grado de riesgo ante la violencia mucho mayor que el correspondiente a otros ámbitos u ocupaciones.

Dicho riesgo es considerablemente mayor para las mujeres, dado que se concentran en las ocupaciones más expuestas, como la enseñanza, el trabajo social, la enfermería y el comercio minorista. Tanto los trabajadores como los empleadores reconocen cada vez más

que las agresiones psicológicas son una forma grave de violencia. La violencia psicológica incluye amedrentamiento de grupo ó "mobbing", es decir, la intimación y el hostigamiento psicológico colectivos.

Violencia Psicológica.

En los últimos años, se han conocido nuevos antecedentes que demuestran las consecuencias y daños resultantes de la violencia no física, que suele denominarse "violencia psicológica". En esta quedan comprendidos los siguientes comportamientos:

Amedrentamiento:

El amedrentamiento en el lugar de trabajo está siendo citado con mucha frecuencia en las quejas sobre violencia laboral. Se trata de todo comportamiento ofensivo de un miembro del personal que, mediante actos revanchistas, crueles, malintencionados ó humillantes, busque debilitar la condición de otro trabajador ó un grupo de trabajadores. Concretamente, puede tratarse, de:

- Crear dificultades cotidianas a toda persona que pueda desempeñar mejor las funciones profesionales del "amedrentador",
- Alzar la voz ó gritar sistemáticamente al dar instrucciones al personal subalterno.
- Imponer el "amendrentador" sus puntos de vista como única manera correcta de realizar las tareas.
- Negarse a delegar responsabilidades argumentando que nadie merece su confianza.
- Mortificar a otros miembros del personal con críticas negativas incesantes ó privar de responsabilidades a los trabajadores que muestren grandes competencias ó aptitudes profesionales.

Intimidación y hostigamiento colectivo:

Es un problema que se agrava cada vez más. Es la práctica conocida como "mobbing" ó intimidación y hostigamiento psicológico que un grupo de trabajadores ejerce sobre otro trabajador que convierten en blanco de su hostilidad. Entre las formas que reviste este comportamiento figuran, por ejemplo: la repetición de comentarios negativos sobre una persona ó las críticas incesantes en su contra; "hacer el vacío" a un trabajador, desalentando todo su contacto social con éste; ó la propagación de chismes ó de información falsa acerca de la persona que se quiere perjudicar. Se ha estimado que el hostigamiento psicológico es un factor coadyuvante en 10 a 15 % de los suicidios en Suecia.

Los nuevos modelos de análisis de la violencia en el trabajo se ponen en un pié de igualdad sus manifestaciones físicas y las psicológicas, y se reconoce plenamente la importancia que tienen loa actos de violencia menos graves.

Se reconoce al investigador sueco Heinz Leymann como el primero en acuñar el término "mobbing", que en castellano se conoce como acoso psicológico en el trabajo, hostigamiento laboral ó psicoterror.

Consiste en una sucesión de episodios de maltrato psicológico en el ambiente laboral por parte de una persona (habitualmente un superior jerárquico) ó varias, durante un período continuado (varios meses). El objeto es aniquilar a la víctima, a la que considera una amenaza porque se destaca. No hay maltrato físico; sólo existe ataque psicológico: insultos y críticas sistemáticas a todo su trabajo. También se ataca la reputación personal mediante calumnias y rumores falsos con vistas a eliminar a esa persona del puesto que ocupa, acabando con su resistencia psicológica.

Según Iñaki Piñuel, profesor titular del Departamento de Ciencias Empresariales de la Universidad de Alcalá de Henares, las víctimas suelen ser profesionales brillantes que

despiertan admiración entre sus compañeros, bien considerados dentro de la organización. Por eso despiertan celos en los mediocres.

Para que un comportamiento de agresión psicológica sea considerado como mobbing requiere que el acosador (el jefe ó un compañero con poder en la empresa) siga una pauta concreta: lanzan ataques directos – critican el trabajo del/ la acosado/ a de forma injustificada – y, sobre todo, indirectos – hablan mal de el/ ella en el ámbito personal y profesional.

Los expertos tienen registradas hasta 45 formas distintas de ejercer el hostigamiento: desde no hablar a la víctima (se la hace "invisible"), no adjudicarle trabajo ó darle más del que puede realizar, hasta ridiculizar su aspecto ó hacer circular calumnias sobre su vida privada. Para que sea efectivo, se requiere:

- Los ataques se producen en privado ó ante "testigos mudos".
- La víctima desarrolla un sentido de culpabilidad a fuerza de ser atacada en su quehacer diario, que es el origen de las somatizaciones: insomnio, ansiedad, alteraciones fisiológicas, etc.
- Nadie quiere declarar a favor de la víctima por miedo a ser objetivos futuros. El acosado se encuentra en una situación de abandono que lo aboca a tomar bajas laborales cada vez más continuadas.

La Administración y las empresas públicas son territorios proclives. Las organizaciones carradas y muy reglamentadas – hospitales, escuelas, ejército, - son propicias al acoso institucional según el profesor González de Rivera, catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica y director del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática: el elemento innovador ó distinto es percibido como una amenaza a la colectividad.

Según el profesor González de Rivera, la persona acosada pasa por varias fases:

1) *Fase Inicial del Desconcierto*: el trabajador acosado no entiende lo que ocurra, no puede creer lo que está pasando. Le niegan el saludo al llegar al trabajo, le suspenden de improviso una reunión, le dan más trabajo que el que puede realizar ó le deniegan un permiso que le corresponde.
2) *Período de Auto-Recriminación:* percibe que no le hacen caso, que el jefe no lo recibe ó que los argumentos que expone se tergiversan para dejarlo en peor situación. Se produce una pérdida de la confianza en sí mismo, disminuyendo su autoestima, por lo que comienza a cometer errores, decae su interés por el trabajo, incumple sus obligaciones y estalla emocionalmente.
3) *Fase de Rebeldía*: que puede oscilar entre la depresión y la rebelión, llegando incluso a la agresividad. En ocasiones, realiza una huida hacia delante y se esfuerza más en un intento desesperado de demostrar su valía a sí mismo y a los demás.
4) *Estado depresivo*: No se debe olvidar que uno de los rasgos de la persona acosada es su interés por el trabajo, por lo que sufre enormemente cuando no puede desarrollar su labor ó cuando no se valora lo que está haciendo.

Cuando nos encontramos con una situación de acoso laboral, la doctora Sánchez Carazo, Vicepresidenta de la Asociación Moral en el Trabajo (Acoso-SOS-Mobbing) recomienda notificarlo al Delegado de Prevención de Riesgos Laborales, así como interponer una denuncia ante los Servicios de Salud Laboral. También puede denunciarse a la Inspección de Trabajo.

Repercusiones en la Salud.

El daño psicológico resulta evidente: desde la irritabilidad y ansiedad hasta estrés postraumático (ataques de pánico, ansiedad, hipervigilancia, sueños repetitivos, insomnio, etc.).

Loa daños fisiológicos han sido valorados por Elisa Boberg, técnico de Prevención de Riesgos Laborales:

- La tensión emocional aumenta el riesgo de infarto de miocardio.
- Subidas bruscas de tensión, con riesgo de accidente vascular.
- Agravamiento de diabetes.
- Reduce la producción de andrógenos y estrógenos, así como el interés sexual.
- Inhibe el sistema inmune, lo que puede propiciar el desarrollo de enfermedades como el cáncer.
- Estimula comportamientos poco saludables: tabaco, alcohol, anorexia.

Perfiles.

En una situación de acoso laboral se enfrentan dos personalidades (acosador y acosado) que presentan unos rasgos bien definidos.

Acosador:

Presenta tres posibles perfiles:

- Trastorno narcisista de la personalidad: Tiene un concepto absolutamente inflado de sí mismo y cuando se encuentra ante personas que de verdad valen mucho, se ve confrontado con su realidad, percibe una amenaza enorme y piensa que tiene que eliminar a esa persona

- Psicópatas organizacionales: Son personas con una enorme capacidad de seducción; no tienen norma moral y sólo consideran lo que les beneficia ó les perjudica. Si un competidor les hace sombra, no dudan en "cargárselo".
- Trastorno paranoide de la personalidad: Vive permanentemente a la defensiva pues piensa que todos están contra él y quieren su puesto: por eso actúa contra los brillantes, contra los que no aceptan ser manipulados, contra los que lideran a sus compañeros.

Acosado:

Suele ser una persona a la que le gusta trabajar y rendir. Durante años, su actividad ha sido notablemente buena y, de repente, cae porque el acosador deja de darle trabajo con el fin de desprestigiarle.

Aunque son personas brillantes, suelen ser confiados, piensan que todo el mundo es bueno, van por la vida con el corazón abierto. Frente a un psicópata organizacional, un paranoico ó un narcisista son carne de cañón.

El trabajo solitario.

En todo el mundo se observa un aumento del número de personas que trabajan por sí solos, fenómeno originado por la creciente automatización de los procesos de trabajo, la subcontratación de tareas, el teletrabajo, el trabajo en redes y las nuevas formas de empleo independiente. El trabajo individual no es necesariamente más peligroso que otras formas de empleo, pero en efecto pone a los trabajadores en situaciones de vulnerabilidad particular. Así ocurre, por ejemplo con:

- Las personas que trabajan solas en pequeñas tiendas, estaciones de servicios y kioscos. Estos trabajadores suelen ser considerados "blancos fáciles" por los

delincuentes. Quienes trabajan solos fuera de los horarios habituales: el personal de limpieza, mantenimiento y reparaciones; está particularmente expuesto al riesgo de agresiones físicas.

- Los conductores de taxi, categoría de trabajadores individuales, es sobradamente la más expuesta a la violencia. Los turnos de noche son los más peligrosos para los choferes, así como para otras profesiones, y la ebriedad de los clientes es un factor que favorece y precipita los actos de violencia.

El caso del estrés.

El ser humano se encuentra constantemente sometido a fuertes influencias externas. Estas influencias ó "factores psicosociales condicionantes", cuando son negativas comprometen su salud psicofísica y alteran su dinámica social, profesional y laboral, en forma temporal y a veces por períodos prolongados que obligan a licencias ó reconstrucción ó reingeniería psicológica.

La medicina ha incorporado el término estrés para designar ese desajuste que se produce entre el individuo y su entorno.

Las presiones sociales y profesionales, el aumento de responsabilidades, etc., pueden someter al individuo a una gran sobrecarga psicofísica que obliga al organismo a poner en marcha sus mecanismos biológicos y fisiológicos para la adaptación y defensa de las agresiones de este entorno.

Si esas respuestas no son adecuadas y las demandas del medio son excesivas, intensas y/ ó prolongadas en el tiempo y superan la capacidad de resistencia y adaptación del sujeto, se llega a la situación de estrés.

Sin embargo, en todas las actividades existe siempre un nivel de estrés que forma parte de la vida, y que incluso resulta indispensable para el desarrollo, el funcionamiento del

organismo y la adaptación al medio, actuando como factor de motivaciones para vencer y superar obstáculos. Pero si ese nivel es superado por un estrés muy intenso ó prolongado que excede el umbral óptimo de adaptación de un sujeto, se vence su resistencia y el organismo se agota provocando las llamadas enfermedades de adaptación de Hans Selye ó enfermedades del estrés.

El estrés es entonces, la reacción de un sujeto a las agresiones sociales, psicológicas ó profesionales de su entorno.

En el ámbito laboral, ese desajuste que se produce entre las exigencias y la respuesta adaptativa del trabajador ubica al estrés como una enfermedad profesional ó laboral. La repercusión del estrés laboral sobre la salud psicofísica del trabajador alcanza una magnitud tal que puede llegar hasta incapacitarlo física y psíquicamente en forma permanente e irreversible.

Estos conceptos involucran la interacción del organismo con el medio en el que nos desenvolvemos. El estrés es una inadaptación, un desequilibrio entre nuestras necesidades y nuestras potencialidades, entre lo que el ambiente ofrece y lo que el organismo exige.

El estrés se presenta así entonces como una consecuencia del deterioro de las condiciones adecuadas psicológicas, económicas y sociales del trabajo.

Se citan alguna de las causas que provocan el estrés:

- *Sobrecarga de trabajo*: La actual situación económica lleva a que el ser humano deba abarcar cada vez más tareas, a veces de mayor complejidad que aquella para la que se encuentra capacitado, por lo que, al superar los límites de su propia eficacia, provocan una mayor tensión y fatiga psíquica. Su actividad se sobrecarga en una forma sostenida y prolongada en el tiempo, sin pausa, sometiéndolo a una

fuerte presión y esto requiere de una mayor exigencia intelectual, atención ó de toma de decisiones de urgencia en muy escaso tiempo.

- *Mayores niveles de responsabilidades de toma de decisiones*: Es el estrés frecuente, en quienes ocupan cargos jerárquicos ó de dirección y mando, que implican la responsabilidad por la actividad ó las decisiones de otros profesionales. Es el caso de un jefe de servicio ó de un equipo, etc. Sobre quienes se centra la responsabilidad del acto.
- *Alteración de ritmos biológicos*: En los trabajos nocturnos, al alterarse los ritmos del sueño, el organismo demanda de un alto esfuerzo adaptativo, produciendo disminución en la concentración, trastornos del sueño, fatiga, etc.
- *Condiciones de trabajo inadecuadas*: A la falta de recursos humanos y tecnológicos, no acordes con los requerimientos y exigencias del actual desarrollo científico, se suma la inobservancia de las elementales normas de condiciones de bioseguridad, que exponen al ser humano a sufrir accidentes, que incrementan sus temores.
- *El conflicto de roles y valores éticos*: Se produce como resultado de la contradicción entre los propios valores y las órdenes que debe cumplir de sus superiores en la empresa. Esto sucede cuando el dependiente trata de respetar sus propios valores que entran en contradicción con los intereses empresarios, lo que puede violentar la libertad moral y las convicciones personales.

De igual modo, la permanente frustración, insatisfacción ó angustia que origina la carencia de recursos económicos para el desarrollo de la calidad de vida.

En el plano del desorden de conducta, la enorme presión emocional y psicológica, hace que las personas, ante la imposibilidad de modificar el estrés, busquen como válvula de escape adicciones diversas, como asimismo el consumo de analgésicos, estimulantes, etc. Investigaciones realizadas señalan la vinculación entre la actividad laboral ó profesional y esas adicciones, depresiones e incluso conductas suicidas.

Es más, en el ámbito laboral, las alteraciones producidas asociadas a la fatiga precoz para el esfuerzo tanto como mental, además de producir una disminución del rendimiento laboral, predisponen al trabajador a sufrir accidentes inexplicables y repetitivos (individuos accidentógenos), que dan lugar a reparación en sí mismos.

Cabe recordar, que el estrés es entonces el efecto ó consecuencia del sistema, es decir, el resultado de las condiciones laborales y presiones ejercidas por las estructuras de estas organizaciones empresariales, en la que se configuran situaciones muy similares a la coacción, a la violencia, y que al afectar sustancialmente la libertad e intención del dependiente, le hace emprender actos que pueden resultar dañosos, e incluso para sí mismo.

El estrés expresa un desajuste que se produce entre el ser humano y su entorno que, al someterlo a una sobreexigencia psicofísica, vence su umbral de resistencia y ocasiona fallas de las defensas psíquicas. Ello ubica al estrés como en fenómeno eminentemente psicológico, económico y social, y no sólo individual.

Causas y costos de la violencia en el lugar de trabajo.

Se indica que la violencia en el lugar de trabajo se deriva de una combinación de causas, relativas a la personas, el medio ambiente y las condiciones de trabajo; así como a las formas de interacción entre los propios trabajadores, entre los clientes y los trabajadores y entre éstos y los empleadores.

Asimismo, los actos de violencia provocan una alteración inmediata y a menudo duradera de las relaciones interpersonales, la organización del trabajo y el entorno laboral conjunto. En los empleadores recae el costo directo del trabajo perdido y de la necesidad de mejorar las medidas de seguridad. Entre los costos indirectos se pueden citar la menor eficiencia y productividad, la reducción de la calidad de los productos, la pérdida de prestigio de la empresa y la disminución del número de clientes.

Los que miran con recelo, los que eleven su voz más de lo saludable, los que niegan la información necesaria de mal modo, los que encuentran que todo trabajo es defectuoso, los que propagan chismes, los que no confían en los demás. Todos ellos forman parte de la misma fauna laboral que parece reproducirse y mutar hacia formas más violentas.

El informe de la OIT "Violence at Work", revela exhaustivamente el aumento de la violencia en los lugares de trabajo en la mayor parte del mundo, siendo especialmente indicado la violencia no física ó psicológica, adoptando la misma diferentes máscaras, como se ha observado; propagándose en distintas tácticas operativas.

Si bien no se puede apunta a un solo factor como causante del brote violento, distintas fuentes coincidieron en que la falta de trabajo es un importante impulsor de conductas coactivas. Es una hipótesis, pero el desempleo y los altos niveles de competitividad incrementan la violencia en el trabajo, sosteniéndose que su ritmo obedece al aumento de la violencia social. Sin embargo, a su turno la Dirección de Administración de Recursos Humanos y Capacitación del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en Argentina, aclaró que la relación entre prácticas de atropello y el desempleo no es vinculante.

Paradójicamente, un ámbito laboral feroz podría llevar a la pasividad de los trabajadores.

Según Julio Godio, sociólogo y ex funcionario de la OIT afirma que : "Crece la precarización de los empleos y no hay relación entre empresarios y sindicalistas que

permitan la humanización de la tarea. Esto provoca que los empleos no se involucren tanto y, como contrapartida, aumenta el autoritarismo laboral". Para Godio, esta realidad empresarial marca el fin del compañerismo "se produce la ruptura de la cadena de solidaridad de los trabajadores y aumentan las actitudes más individualistas".

El incremento de la violencia en los lugares de trabajo parece ser una realidad cotidiana, pero obviada. ¿Poseen las empresas políticas formales establecidas para tratar el tema?. No, se inclina a pensar que no. Se cree que es un hecho muy nuevo y no tratado. ¿Se la deja de lado porque es una realidad sorpresiva ó porque molesta?. Tal vez, podemos convenir que es nueva, y que ante altos niveles de desempleo y competitividad, la violencia es una expresión de conflicto. Hoy una persona conflictiva en las organizaciones es separada.

En la búsqueda de soluciones para el tema de la violencia en el trabajo, los empresarios tienen la responsabilidad de concienciar sobre que nada bueno puede salir del maltrato; asimismo el empleado debe cumplir la tarea encomendada con los niveles y requisitos exigidos, para así poder exigir respeto.

También es importante el papel de la negociación colectiva, mediante conductas responsables de los actores sociales comprometidos, que sin duda actuarán con sentido común.

Sea la violencia vertical, horizontal, de amedrentamiento ó de aislamiento, parece que el primer paso para combatirla se reduce a saber quien es uno mismo. El comportamiento de uno habilita ó inhabilita el comportamiento de otro aunque la relación sea dispar.

El acoso sexual en el escenario laboral.

El acoso sexual en el trabajo es un problema viejo con una historia breve. Situaciones análogas a las tipificadas actualmente como acoso sexual han sido documentadas desde mucho tiempo antes de la Revolución Industrial, pero es a partir de los últimos años de las

décadas del ´70 y del ´80 cuando el tema aparece en la agenda pública y se convierte en un objeto de interés para científicos sociales.

El acoso sexual es inseparable de otros problemas ligados a la violencia que aquejan a las mujeres, como el maltrato doméstico y la violación. La toma del estado público de todos ellos es, a su vez, inseparable de tres ejes de visibilidad: la cotidianeidad, la política y el trabajo académico, que permitieron pensar a las mujeres como nuevos sujetos sociales a partir de los años ´50.

Dichos ejes, comprenden por un lado, a las miles de mujeres anónimas en centros urbanos de diferentes países occidentales que fueron instituyendo prácticas transformadoras en su vida cotidiana; por otra parte y en estrecha relación con lo anterior, se despliega la práctica política de los movimientos de mujeres, con su denuncia permanente de la discriminación de género tanto en sus formas más evidentes como en las más invisible; finalmente, a las mujeres académicas, que desde hace unos veinte años se presentan en los más importantes centros universitarios analizando la ausencia de la dimensión de género en sus respectivas disciplinas.

La expresión comenzó a emplearse como equivalente a "coerción masculina" en el sentido de que el acoso sexual era entendido como una serie de conductas a menudo planteadas en formas de iniciativa sexual y con frecuencia respaldadas por la fuerza de un rango superior en el trabajo. En otras palabras, el acoso se reconocía como una agresión masculina en el ámbito laboral, que asumía la forma de una conducta masculina indeseada y no correspondida, que afirmaba el "rol sexual" de una mujer por encima de su función como persona y como trabajadora.

Incluía las citas amorosas y los actos de mirar el cuerpo de una mujer, así como tocar ó hacer comentarios sobre el mismo, y la violación.

Los escritos delas primeras feministas referidos al acoso sexual planteaban con suma claridad que los sindicatos y los hombres sindicalistas debían ser considerados un componente básico del problema y no una parte de la solución.

Durante varios años, el acoso sexual se definió como la imposición indeseada de requerimientos sexuales en el contexto de una relación de poder desigual, en la que el poder procedente de una esfera – el derivado de la posición de un hombre como patrón, gerente ó supervisor – se utilizaba para transferir beneficios ó imponer privaciones.

Estas nociones feministas del acoso sexual han sufrido cambios considerables con el correr del tiempo. El enfoque feminista inicial interpretaba el acoso sexual expuesto y puede ejemplificarse con la obra de Lyn Farley, cuyo título es "Sexual Shakedown" (1.978), en el que la autora definía el acoso sexual como una serie de conductas en las que los hombres utilizan el sexo entre otros medios, para lograr poder.

El enfoque posterior fue plasmado en las páginas de "Sexual Harassment of Working Women" (1.979) de Catherine MacKinnon, para quien el acoso sexual consiste en una serie de conductas en las cuales los hombres utilizan el poder para conseguir sexo.

Actualmente se está más cerca de la segunda postura: se afirma que el acoso sexual consiste en el empleo de la autoridad ó el poder en el ámbito laboral para exigir satisfacciones sexuales.

Se denomina a la persona acosadora como "el acosador" y a la persona acosada como "la acosada ó la víctima del acoso". Esto no significa desconocer el acoso sexual por ejemplo, femenino a los hombres, sino que las principales destinatarias del acoso sexual son mujeres y que las mujeres perciben la presencia de acoso sexual donde no lo perciben los hombres.

El origen de la expresión.

La expresión *acoso sexual* (Wise y Stanley 1.992) tuvo su origen en una particular serie de acontecimientos en los que intervinieron feministas norteamericanas pertenecientes ó cercanas al ámbito universitario (Universidad de Cornell, Estados Unidos).

La mayoría de las fuentes acuerda que el fenómeno fue bautizado alrededor de 1.974 por un grupo de mujeres interesadas en analizar sus experiencias con los hombres en los lugares de trabajo. Dichas mujeres buscaron una expresión que sintetizara ciertos comportamientos masculinos, esencialmente la adopción de conductas que superficialmente aparentaban ser sexuales pero que de hecho constituían un ejercicio de poder.

Acoso sexual les pareció el término que más adecuadamente simbolizaba el problema que estaban tratando. Mantenían el supuesto de que género, sexo y poder se entrelazan en la base de este problema.

La expresión comenzó a ser abundantemente usada a partir del año 1.975 por las mujeres que se enfrentaban con la falta de pago de beneficios por despido cuando habían renunciado "voluntariamente" a su trabajo como consecuencia del acoso sexual. Desde entonces, muchas más mujeres se organizaron en "charlas abiertas", las cuales marcaron los comienzos de una organización de base de mujeres trabajadoras dedicadas a combatir el acoso sexual masculino en el lugar de trabajo.

Desde los primeros estudios y declaraciones de las feministas norteamericanas a la actualidad, una profunda investigación empírica ha demostrado que el acoso sexual está relacionado con variables pertenecientes a quién acosa, a quién se acosa y al marco institucional en el que tiene lugar.

Tres modelos de análisis.

Se identificaron tres modelos explicativos del acoso sexual en el ámbito laboral:

- El *modelo natural/ biológico* entiende el acoso sexual como una expresión natural de la atracción entre hombres y mujeres. Se estudió este problema basándose en los principios de la sociología evolutiva. Se trata de una postura que "naturaliza" las situaciones de acoso sexual, abstrayéndolas del contexto normativo facilitador en el que surgen.
- El *modelo organizacional* sostiene que la ocurrencia del acoso sexual se vincula con la estructura de las instituciones. Debido a la estratificación vertical sobre la cual se asientan las organizaciones laborales, esas jerarquías institucionales proveen oportunidades para la explotación (sexual y de otros tipos) de los subordinados. Los individuos pueden así usar su poder y su status para obtener gratificación sexual. Si bien es más probable que los hombres acosen a las mujeres, lo inverso es también posible, y si esto es menos probable, lo es por el hecho de que habitualmente las mujeres son empleadas en trabajos subordinados a los hombres en la sociedad actual. Existen otros factores facilitadores del acoso sexual en el ámbito laboral, a saber: visibilidad y contacto, proporción entre los sexos en los empleados, normas ocupacionales, funciones del trabajo, procedimiento de denuncia establecidos y alternativas de ocupación.

Según este modelo, las predicciones que se pueden formular son las siguientes:

Víctimas esperada:: ambos sexos, siempre que se trate de personas con bajo poder económico ó legal en la organización.

Rasgos del acosador: mayor status en la organización que la víctima, ó con más respaldo de los compañeros de trabajo del mismo sexo.

Conductas esperadas: a mayor poder diferencial entre la víctima y el acosador, formas más severas de acoso sexual.

Reacciones de la víctima: cuanto más bajo sea el status en la organización y menores las posibilidades alternativas de otros trabajos, mayores consecuencias negativas tendrá el acoso sexual para la autoestima de la víctima.

Resultados esperados de la resistencia al acoso: cuanto más bajo sea el status de la víctima en la organización, más riesgos tendrá de pérdidas de status ó inclusive del empleo.

Características del escenario laboral: el acoso sexual es más probable en organizaciones altamente jerarquizadas y estructuradas, donde existen posibilidades ó requerimientos de horas extras y adonde se alientan conductas "sexys" en el ámbito laboral. El grado de privacidad existente puede afectar también la probabilidad de ocurrencia del acoso sexual.

El modelo de interacción persona – entorno, para quien el acoso es el resultado de una permanente predisposición individual a acosar en un contexto de normas organizacionales que permiten ó facilitan dicho comportamiento. De acuerdo con este modelo, el acoso sexual es una función de dos variables exógenas: características organizacionales y contexto de trabajo y se plantea la hipótesis de que afecta a tres variables endógenas: los resultados vinculados con el trabajo; los resultados a nivel psicológico y los resultados vinculado con la salud.

Se supone que el efecto del acoso sobre los tres últimos aspectos varía con el estilo de respuesta y con la vulnerabilidad personal de la víctima del acoso.

Algunas de las predicciones de este modelo: se supone que los mayores niveles de acoso sexual se dará en los trabajos realizados por un género no tradicionalmente dedicado a ese trabajo y en un contexto laboral tolerante al acoso.

- El *modelo sociocultural:* sostiene que el acoso es una manifestación de un sistema patriarcal más abarcativo, o sea, es un abuso del poder masculino sobre las mujeres en una sociedad dominada por hombres. De acuerdo con este modelo, son los hombres quienes regulan los patrones de convivencia, apoyados en el conjunto de creencias sociales que legitiman la regulación. En este sentido, la función del acoso sexual sería dirigir y controlar las interacciones hombre – mujer en los escenarios laborales, de acuerdo con las normas socialmente aceptadas que regulan el status sexual, manteniéndose la dominación masculina en lo laboral y económico a través de la intimidación y la desmoralización de las mujeres.

Las predicciones extraídas del modelo son:

Víctimas esperadas: el género es el mayor predictor, siendo por tanto las mujeres víctimas más probables que los hombres, y entre ellas especialmente las que tienen aspiraciones de promoción en la organización.

Rasgos del acosador: el rol de acosador está asentado exclusivamente en el sexo masculino.

Conductas esperadas: todas las formas de acoso sexual sirven al mismo propósito.

Reacción de la víctima: daños a su autoestima. De acuerdo con el modelo, y en razón del proceso de socialización diferencial sufrido por las mujeres, es poco probable que ellas lleven acción asertiva frente al acoso, ó esperen ayuda de la organización.

Resultados esperados de la resistencia al acoso: sanciones de tipo económico que acentúan la situación de dependencia de las mujeres.

Características del escenario laboral: los ambientes de trabajo en los que predominan los hombres son más propicios para la ocurrencia del acoso sexual.

Desde esta perspectiva se hace un replanteo de la definición del acoso sexual como una actividad vinculada meramente con la sexualidad.

La legislación sobre acoso sexual en la Argentina:

Antecedentes de la legislación.

Loa antecedentes en la legislación laboral parten del artículo 16 de la Constitución Nacional, en el cual se establece el concepto constitucional de igualdad. Por otro lado, en la Ley de Contrato de Trabajo se encuentran los elementos relativos al trato discriminatorio. Así, el artículo establece que:

"El empleador debe dispensar a todos los trabajadores igual trato en identidad de situaciones. Se considerará que existe trato desigual cuando se produzcan discriminaciones arbitrarias fundadas en razones de sexo, religión ó raza, pero no cuando el diferente tratamiento responda a principios de bien común, laboriosidad ó contracción a sus tareas por parte del trabajador".

Con respecto al trabajo de las mujeres, el artículo 172 de dicho instrumento jurídico dispone que:

"La mujer podrá celebrar toda clase de contrato de trabajo, no pudiendo consagrarse por las convenciones colectivas de trabajo, ó reglamentaciones autorizadas, ningún tipo de discriminación en su empleo fundada en el sexo ó estado civil de la misma, aunque éste último se altere en el curso de la relación laboral. En las convenciones colectivas ó tarifas de salarios que se elaboren se garantizará la plena observancia del principio de igualdad de retribución por trabajo de igual valor".

La bibliografía sobre el acoso sexual discute acerca de las modalidades de combatirlo. Una línea apunta a la preservación a través de campañas educativas y otra a lograr mejoras en la legislación. Dentro de esta última perspectiva, Riger (1.991) plantea que los mecanismos de queja implementados en las empresas son poco usados por las mujeres porque ellos no toman en cuenta ciertas particularidades del género: dificultad para hacer valer los derechos y disímil atribución de acoso sexual que los hombres.

Esta autora estima que es necesario mejorar la legislación existente teniendo en cuenta esas particularidades del género.

En cambio, otras autoras colocan en el frente del tema a la educación – que Riger coloca en un lugar secundario – y aún a la propaganda, en la forma de una amplia e intensiva publicación de la legislación, videos, días de estudio, lecturas explicativas para hombres y mujeres y otros instrumentos comunicacionales.

En nuestro país, a los antecedentes de legislación mencionados previamente se sumó el Decreto 2385/93 firmado por el presidente Carlos S. Menem.

Con respecto a la prevención no se encuentra material correspondiente a empresas privadas.

La Subsecretaría de Empleo del Ministerio de Trabajo elaboró un manual denominado: "Acoso sexual en el lugar de trabajo", en cuyos capítulos se encuentra una definición: "El Acoso Sexual sea física ó verbal, explícita ó implícita, no deseada por quien la sufre, ejercida por cualquier persona en virtud de la relación de empleo y que arroja como resultado un ambiente de trabajo hostil afectando la dignidad del trabajador/ a, sus condiciones de ascenso y su permanencia en el mismo".

Las características: El acoso es deliberado; es impuesto, no solicitado; genera un ambiente de trabajo desagradable y de gran tensión; influye en la atención y concentración que el trabajador presta en el desempeño de sus tareas; se puede producir entre compañeros y

compañeras de la misma categoría ó nivel, como también entre el personal jerárquico/ subordinado; cualquier persona puede ser acosada – si bien mayoritariamente son mujeres – y cualquier persona puede acosar.

Recomendaciones: "El empleador debe manifestar su rechazo al acoso sexual en el trabajo y hacer saber a los trabajadores su derecho a denunciarlo. Debe implementar los medios necesarios para que los trabajadores conozcan el procedimiento a seguir cuando sean objeto de acoso sexual. Este procedimiento deberá garantizar un trato serio, eficaz y confidencial, protegiendo a trabajadores contra las persecuciones y represalias de que sean objeto por haber presentado la denuncia".

Si bien el manual tiene por objeto proporcionar una orientación a los trabajadores, los empleadores y los sindicatos, lo único que logra es hacer una síntesis conceptual del tema sin aclarar cuáles son los pasos a seguir por una persona que padece acoso sexual. El manual informa pero no previene. Más aún, es elocuente la doble negación en la que incurre la introducción:

"Al hablar de acoso sexual se apunta a evitar que esto no se produzca y, si ocurre, garantizar que se disponga el procedimiento adecuado para tratar el problema y evitar que se repita".

Otro material analizado es el folleto preparado por el Consejo Nacional de la Mujer. Este parte de una definición de acoso similar a la transcripta previamente, corresponde al manual del Ministerio de Trabajo, y se estructura en base a preguntas: ¿qué es el acoso sexual?, ¿cómo se manifiesta?, ¿quiénes lo sufren?, ¡qué hacer ante el acoso?.

Tiene dos diferencias fundamentales con respecto al material previo: su lenguaje es más claro y directo; también se hace mayor hincapié en las conductas a seguir (qué hacer,

adónde concurrir por la denuncia, adónde para informarse) ante la presencia de este fenómeno social.

La tematización del Acoso Sexual en la Prensa.

El acoso sexual es un problema sin fronteras. Argentina no es una excepción al respecto. Si bien se carece de estimaciones estadísticas sobre la prevalencia de este problema en los ámbitos laborales público y/ ó privado, el Programa Mujer y Estado de la Secretaría de la Función Pública había recibido más de veinte denuncias hasta el año 1.993. Desde el ámbito político, a instancias de los organismos vinculados con la mujer, comenzaron a verse algunas acciones: el Presidente Carlos S. Menem firmó el decreto 2385/93 por el cual se tipifica en la legislación laboral argentina la figura del "acoso sexual" en la administración pública; existe un proyecto en la Cámara de Diputados para extender la legislación a las empresas privadas; el Ministerio de Trabajo y el Consejo de la Mujer se han propuesto hacer circular sendos manuales de prevención.

Los casos de acoso sexual comenzaron a tomar estado público en nuestro país en la década del '90, especialmente después de la firma del mencionado decreto presidencial. Podría afirmarse que el tratamiento del acoso sexual por parte de la prensa local tiene un corte preciso: antes y después de dicho decreto presidencial, previamente a esta fecha hay pocos artículos periodísticos.

Principales puntos del decreto 2385/93:

- Cualquier agente que ejerza sobre otro la conducta definida como acoso sexual será pasible de las sanciones previstas en el "régimen disciplinario", que establece medidas que llegan hasta el despido.

- El decreto contempla los casos de acoso sexual entre hombres y mujeres ó entre personas del mismo sexo.
- La persona acosada podrá elevar su denuncia ante la Dirección de Recursos Humanos u organismo de similar competencia del lugar de trabajo.
- La denuncia tendrá carácter de confidencial.
- Se iniciará un sumario de investigación.
- Se tomará declaración a eventuales testigos.
- De acuerdo con el tipo de acoso, la pena para el acosador puede ir desde la suspensión hasta el despido. Las sanciones serán administrativas.
- El equipo que trabaje en las denuncias funcionará como un tribunal de ética evaluando la conducta de los involucrados.
- En ningún caso peligrará la estabilidad laboral de la persona acosada.
- En caso de mujeres acosadas, podrá intervenir el programa Estado y Mujer.
- Para comprender los alcances del decreto se entregará un manual que orientará a trabajadores, sindicatos y empleadores sobre la protección de la dignidad en las relaciones laborales y sobre la forma correcta de tratar este tipo de denuncias.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.

Bibliografía sobre la violencia hacia los ancianos.

Nugarten B.

Dinámica de la transición desde la mediana edad a la vejez. – 1.989

Pichon Riviere, Enrique.

Teoría del Vínculo – 1.979

Vallery, Masson y otros.

La jubilación y el curso de la vida. – 1.989

Lessa A.

El tiempo, cuarta dimensión del hombre – 1.990

Andres, Horacio.

Mujeres viejas, solas y pobres, un alto costo a pagar. – 1.993

Havighurs, N. y Sheldon, Tobin.

Desapego y pautas de envejecimiento: Violencia y vejez. – 1.994

Odonne, José.

Vejez y Pobreza. – 1.994

Wolf, Rosalie.

El problema de los abusos de los ancianos, una tragedia familiar, Revista de Gerentología, Madrid. – 1.994

Mannoni, N.

Lo nombrado y lo innombrable, Ed. Nueva Visión – 1.995

Lukawieki, Teresa.

Abuso y negligencia con los adultos ancianos. – 1.992

Vogelfang, Diana V.

Maltrato a nuestra ancianidad, Revista Actualidad Psicológica – 1.998

Bibliografía sobre el abuso y maltrato laboral.

Sánchez Gallardo, Antonio.

El derecho a la readaptación Social. – 1.990

Krotoschi, Ernesto.

Acotaciones sobre el abuso del derecho en materia laboral. – 1.991

Lopez, Justo.

El exceso y el abuso en el ejercicio de los derechos, en el derecho del trabajo. – 1.992

Capon, Filas.

El abuso del derecho en la relación laboral. – 1.994

Valenciano, Zunilda

Violencia contra la mujer: Acoso sexual, violencia laboral. – 1.995

Revista Enlaces, Octubre 2.000

Violencia laboral en Argentina: El acoso sexual en el lugar de Trabajo. – 2.000

Revista OIT, Ginebra Marzo 1.997

Desagradable, no deseado y cada vez más ilegal: el acoso sexual en el lugar de trabajo.

1.997

Caravajal, Mariana.

Sobre la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

CONCLUSIONES.

La Violencia en la Familia.

La dinámica del poder es una de las características comunes de las diversas formas de la violencia familiar. Como punto de partida para la búsqueda de una definición del problema, resulta insoslayable. De ahí que no se considera, cuando se habla de violencia familiar, los golpes de puño que un niño pequeño le da a su madre cuando ella lo priva de algo que él quiere. Se considera a la violencia como una situación en la que una persona con más poder abusa de otra con menos poder: la violencia tiende a prevalecer en el entorno de poder. Los dos ejes de desequilibrio de poder dentro de la familia están dados por el género y por la edad.

El término *violencia familiar* alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia.

Se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes, por acción ó por omisión, ocasionan daño físico y/ ó psicológico a otro miembro de la relación.

Es necesario subrayar que, para poder definir una situación familiar como un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente ó periódica. Por lo tanto, no están incluidas en la definición la situaciones de maltrato aisladas, que constituyen la excepción y no la regla dentro de las relaciones familiares.

Cuando se habla de violencia familiar, se hace referencia, pues, a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente ó cíclico al vínculo intrafamiliar.

Esta definición, tomada en sentido amplio, muestra que cualquier miembro de a familia, independientemente de su raza, sexo y edad, puede ser agente ó víctima de la relación abusiva. Sin embargo, las cifras estadísticas son elocuentes: es el adulto masculino quien con más frecuencia utiliza las distintas formas de abuso (físico, sexual ó emocional), y son las mujeres y niños las víctimas más comunes de este abuso.

Si bien existen los casos de hombres maltratados por sus esposas ó compañeras, representan el 2 % del total de casos de adultos víctimas de abuso.

La violencia familiar representa un grave problema social, ya que se estima que alrededor del 50 % de las familias sufre ó ha sufrido alguna forma de violencia.

Comprenderlo como un problema social implica cuestionar la creencia bastante común de lo que sucede dentro del ámbito de una familia es una cuestión absolutamente privada.

Esta afirmación deja de tener validez si se considera que cualquier acto de violencia de una persona contra otra constituye un crimen, independientemente de que ocurra en la calle ó dentro de cuatro paredes de una casa. Pero, además, hay otras razones para dejar de considerarlo como un "problema privado":

1. Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento de los problemas de salud (enfermedades psicosomáticas, depresión, etcétera).
2. También se registra una marcada disminución en el rendimiento laboral (ausentismo, dificultades de concentración, etcétera).
3. Los niños y adolescentes, que son víctimas ó testigos de la violencia intrafamiliar, frecuentemente presentan trastornos de conducta escolar y dificultades en el aprendizaje.

4. Los niños, que aprenden en su hogar modelos de relación violentos, tienden a reproducirlos en sus futuras relaciones, perpetuando así el problema.
5. Un alto porcentaje de menores con conductas delictivas proviene de hogares donde han sido víctimas ó testigos de violencia crónica.
6. Un alto porcentaje de los asesinatos y lesiones graves ocurridos entre miembros de una familia son el desenlace de situaciones crónicas de violencia doméstica.

Esta son algunas de las razones por las cuales el problema de la violencia familiar no puede seguir siendo entendido como una "cuestión privada", ya que la salud, la educación, el trabajo, la seguridad son cuestiones públicas y comunitarias. Por lo tanto, un factor potencialmente perturbador para todas esas áreas debe ser considerado como un problema que afecta a todos, en cuanto integrantes de una comunidad.

Formas de Violencia Familiar:

Maltrato Infantil.	*Violencia Conyugal.*	*Maltrato a ancianos.*
1. *Formas Activas:* - Abuso físico, - Abuso emocional, - Abuso sexual. 2. *Formas Pasivas:* - Abandono físico, - Abandono emocional. 3. *Niños testigos de violencia.*	1. *Maltrato hacia la Mujer:* - Abuso físico, - Abuso emocional, - Abuso sexual, - Otras formas de abuso. 2. *Violencia Cruzada.* 3. *Maltrato hacia el hombre.*	1. *Formas Activas:* - Maltrato físico, - Maltrato emocional, - Abuso financiero. 2. *Formas Pasivas:* - Abandono físico, - Abandono emocional.

A modo de Síntesis:

¿Por qué la violencia?.

Un modelo integrativo para la comprensión de la violencia familiar.

A partir del momento en que el maltrato y la violencia dentro de la familia fueron "descubiertos" y definidos como graves problemas sociales, se han llevado a cabo, en diferentes países, numerosas investigaciones tendientes a conocer mejor el fenómeno. La mayoría de ellas pronto alcanzaron coincidencias en lo que respecta a QUÉ y al CÓMO:

- Se definió la relación de abuso como toda conducta que, por acción ó por omisión, ocasionan daño físico y/ ó psicológico a otro miembro de la familia.
- Se estableció que las víctimas más frecuentes de abuso intrafamiliar son las mujeres, los niños y los ancianos.
- Se describieron las distintas formas de abuso: físico, psicológico, sexual.
- Se describieron las secuelas físicas y psicológicas que presentan quienes han sido víctimas de abuso.

Si se consulta abundante bibliografía existente sobre el problema de la violencia familiar, la mayoría de los autores coincide ampliamente en la descripción del fenómeno. La dificultad comienza cuando esos mismos investigadores se formulan la pregunta del *porqué*, es decir, cuando buscan una explicación al fenómeno.

En los últimos 20 años, diversas teorías han intentado determinar las causas de la violencia familiar. Durante mucho tiempo, la psicopatología fue el principal recurso explicativo utilizado. La hipótesis era que las personas que ejercen violencia sobre un miembro de la familia sufren algún tipo de trastorno mental. Ese punto de vista es muy raro de encontrar en la literatura especializada actual, a la luz de las investigaciones realizadas. La mayoría

de los autores señalan que, si bien algunos agresores padecen efectivamente trastornos psicopatológicos, la proporción de enfermos mentales no es mayor que entre la población en general.

Un segundo elemento explicativo que se ha intentado utilizar en el campo de la violencia familiar es el alcoholismo y el uso de drogas. Durante cierto tiempo, se asociaron insistentemente ambos problemas (adicción y violencia), por la simple razón de que eran los casos más accesibles para la investigación clínica y sociológica. Por estudios más profundos demostraron que el abuso de sustancias, más que causar violencia, contribuye a facilitar ó se transforma en una excusa atenuante. El alcohol ó las drogas tienen la propiedad de suprimir las inhibiciones; por lo tanto, se relacionan con la envergadura, el momento y la forma de la violencia, pero no con la predisposición a recurrir a ella.

Una hipótesis que ha alcanzado gran popularidad es aquella que afirma que la violencia es provocada por la víctima. Esta hipótesis cobra cuerpo en dos tendencias principales: una es la teoría del masoquismo; la otra es la teoría de la familia disfuncional.

En ambos casos, con elementos provenientes de distintos marcos conceptuales, se consigue un mismo resultado: culpar a la víctima.

En los últimos años, el incremento del contacto de los teóricos con grandes cantidades de casos de violencia familiar permitió que muchos de ellos fueran revisando críticamente esta hipótesis.

Los criterio mencionados se derivan de lo que genéricamente podemos llamar "modelo médico". Éste es un modelo que busca cuál es el "microbio" que explique las causas de la violencia familiar. Este "microbio" puede ser el alcohol, la locura ó el comportamiento de la víctima.

La inadecuación de este modelo radica en el hecho de aplicar una metáfora biológica a un problema social.

Tanto la explicación según el modelo médico, como la explicación según el modelo psicológico resultan reduccionistas y tienden a simplificar un fenómeno social de extraordinaria complejidad, atravesando por innumerables mitos y estereotipos culturales, que dificultan su adecuada comprensión.

Desde la perspectiva del modelo sociológico, se ha intentado dar respuestas al interrogante acerca de las causas de la violencia familiar, recurriendo a variables tales como clase social, estrés económico, distribución del poder dentro de la sociedad y dentro de la familia, violencia institucional y política, etcétera.

Se puede considerar a las anteriores como respuestas parciales a la pregunta de la cual se partió. No se puede decir que alguno de los factores analizados esté desvinculado por completo del fenómeno de la violencia en la familia, pero ninguno de ellos por sí mismos puede explicar la totalidad del fenómeno.

Es por eso que surge la necesidad de recurrir a un modelo que permita comprender en su especificidad el problema del maltrato y la violencia familiar, sin intentar reducirlo a esquemas previstos ya conocidos.

Hay un modelo que postula que la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas como un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica.