

## **PERFIL ANTROPOLÓGICO DE LA VIOLENCIA EN LOS MAYORES.**

### **AUTORES:**

**Profa. Dra. Mercedes Martínez León.**

**Académica Corresponsal**

**Prof. Dr. Daniel Queipo Burón**

**Académico Corresponsal**

**Dra. María Concepción Astruga Tejerina**

**Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Doctora por la Universidad de Valladolid**

**Dra. Camino Martínez León**

**Licenciada en Derecho y Doctora por la Universidad de Valladolid.**

**Dra. Pilar Martínez Fernández**

**Licenciada en Ciencias Biológicas y Doctora por la Universidad de Vigo.**

**Prof. Dr. Pelegrín Martínez Baza.**

**Académico de Número.**

**"¿Cómo es posible que en lugares a donde acuden las personas para ser cuidadas, puedan ser maltratadas?. La terrible realidad es que en esas residencias no hay menor garantía de que el residente no sea maltratado por otros residentes o por el propio personal. Es difícil comprender cómo y por qué suceden estas cosas y el motivo por el que no se erradican".**

**(Roger Clough, 1996)**

### **CONSIDERACIONES CULTURALES.**

Por primera vez en la Historia, el número de MAYORES de 65 años supera al de NIÑOS.

El reto consiste en saber si este "Envejecimiento Poblacional" se ha asociado a un aumento paralelo en los Servicios Sanitarios, con la respuesta obviamente es no.

El perfil social de nuestros Mayores es con tendencia hacia la mejoría en el nivel cultural y educativo y, también con una alta tasa de soledad, y con discriminación por la edad, ante una SOCIEDAD que envejece.

El Plan Gerontológico Nacional de 1993 tiene una expresión de un alto grado de incumplimiento, no haciendo referencia al lema del Año Internacional del Mayor de "UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES".

La Institución del MAYOR la tomó nuestra legislación de Francia y, en el S. XVII es cuando en Francia aparece EL MAYOR con funciones específicas.

En el Derecho, el concepto de MAYOR tiene referente en el "Juicio Declarativo de MAYOR CUANTÍA".

Las derivaciones de MAYOR tienen homologación de ANCIANIDAD, ANCIANISMO, ANCIANO, etimológicamente del latín antianus y de ante, que significa “antes”.

En la Historia Bíblica del pueblo judío se conocía una Institución que implicaba 1º la idea de edad avanzada, y segundo la de autoridad.

Los Hebreos depositaban el gobierno en un Consejo formado por los ancianos, como Jefes de Familia y Patriarcado, y por este sistema patriarcal se gobernaron en EGIPTO bajo los Faraones, y a él fue asociado MOISÉS al recibir la misión gubernativa de parte de JAVEH.

También fueron los ancianos los mediadores entre MOISÉS y el pueblo. Y cuando MOISÉS, por consejo de su suegro JEIRO instituyó los Jueces, muchos de ellos fueron escogidos de entre los ancianos.

En tiempo de CRISTO, los ancianos tenían funciones a la cabeza de las tribus. Y en la APOCALIPSIS, veinticuatro ancianos rodean en el cielo, el trono y rinden homenaje al Rey de los Siglos.

CHINA, tierra que venera a los MAYORES, y son conocidos “los elefantes blancos”, a los mandatarios políticos.

En la Literatura, D.PEDRO CALDERÓN, en la comedia mitológica “MAYOR ENCANTO EL AMOR”, inspirándose en la fábula de la encantadora Circe y el fondo de la Odisea; Y también el drama “EL MAYOR MONSTRUO, LOS CELOS”, escrita antes de 1635, siendo el protagonista HERODES, como víctima de sus celos de su esposa MARIANNE.

LOPE DE VEGA, en “EL MAYOR IMPOSIBLE”, relata una fiesta poética, donde el mayor imposible es guardar a una mujer.

Otro drama de muchas coincidencias con la obra de Calderón, es “OTELLO” de SHAKESPEARE.

“EL VIEJO CELOSO”, entremés de CERVANTES de 1615, en el que más se admira la profundidad de observación del VIEJO y su destreza descriptiva.

“EL VIEJO Y LA NIÑA”, comedia de LEANDRO FERNÁNDEZ DE MORATIN, escrita en 1786 satirizando la satisfacción de seniles antojos.

Y por último, “EL TRATO DE ARGEL”, comedia en verso de CERVANTES con relación a los sufrimientos del cautiverio y los inclementes castigos más llamativos y degradantes en los Mayores.

Los derechos fundamentales de la CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA como **la libertad, la igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación** constituyen la obligación de adoptar medidas de acción positiva.

La violencia debe tratarse de un modo integral y multidisciplinar, comenzando por un proceso de socialización y educación, y comprende “todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”.

La realidad de los hechos nos lleva a la idea de que no todos los MALTRATADORES son iguales, son distintos en sus causas, orígenes, intereses y métodos de actuación.

El artículo 5° de la DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, de diciembre de 1948, dice que “nadie será sometido a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Los redactores de este CÓDIGO MORAL BÁSICO no se atrevieron a incluir que “nadie será ajusticiado” porque sabían que si mencionaban ese “enojoso asunto”, las dificultades para su ratificación serían importantes, por ello, hasta 1976 no adquirió valor jurídico y ya en 1980 los derechos civiles fueron establecidos.

El MALTRATO siempre implica un quebranto, con tradición en algunas sociedades para hacerse obedecer, con lo cual responde al concepto utilitario, aunque todo esto ha evolucionado mucho.

Por ello, la EDAD, etimológicamente del latín aerum, significa tiempo. Las Edades en la Antigüedad se llamaron Edad de Oro, Edad de Plata, Edad de Cobre y Edad de Hierro, y así se dice Edad de Nuestros Mayores.

LA HISTORIA DEL TIEMPO, está en relación con los peritos de observación que se consideren, dando criterio de valor al RELATIVISMO DE EINSTEIN.

Los Romanos llamaron así algún tiempo, a la edad de cuarenta y un años.

Edad de la Ley de Gracia, es la que comienza con la venida de Jesucristo y se perpetuará hasta la consumación de los tiempos.

Edad de la Ley Natural, es el comprendido desde Adán hasta Moisés.

Edad de la Ley Emita, es el espacio de tiempo transcurrido desde Moisés hasta la venida del Redentor del mundo.

MAYOR EDAD O EDAD MADURA, es la edad civil, cuando se acerca a la ancianidad.

La Edad Civil es aquella en que la persona ha adquirido todo el rigor de que es capaz.

Mayor edad y Menor edad, es concepto de la ley y variable conforme a la capacidad jurídica in potentia por el solo hecho de su existencia, pues para la capacidad in actu o de obrar requiere conciencia, libertad, inteligencia y voluntad consciente, condiciones que se desenvuelven a tenor de la edad; ya que todas las facultades humanas se desarrollan hasta llegar a su máximo, y decaen en el transcurso del tiempo, y con el desarrollo intelectual y moral suele ir paralelo el físico.

LOS PERÍODOS DE LA VIDA EN RELACIÓN CON LA EDAD son:

A. PERÍODO DE CRECIMIENTO:

Infancia.  
Puericia.  
Pubertad.  
Juventud.

B. PERÍODO INTERMEDIO O DE VIRILIDAD:

Creciente.  
Confirmada.  
Decreciente.

C. PERÍODO DE DECRECIMIENTO:

Vejez.

Decrepitud.

En realidad sólo existen dos períodos: el creciente y decreciente; el primero comprende desde el nacimiento hasta alcanzar el grado culminante de desarrollo, o sea, la plenitud de las fuerzas morales y físicas; y el segundo desde aquí hasta el ocaso de la vida; El tránsito de uno a otro no es brusco y definitivo, pues la naturaleza no procede por saltos, sino que existe un período intermedio en el cual perdura el pleno desarrollo y se inicia el decrecimiento.

**SUCINTAS MOTIVACIONES APLICATIVAS.**

El concepto de SEVICIA, etimológicamente del latín saevitia, crueldad excesiva, estrictamente son los malos tratamientos y las injurias graves sobre quién se tiene potestad o autoridad más o menos legítima. Es Homologable a la dureza excesiva en el trato dado por los padres a los hijos, de los hijos a los padres, y el menoscabo de palabra u obra.

Hace falta que se considere al ANCIANO en su dignidad de persona, dignidad que no merma con el pasar de los años y el deterioro de la salud física y psíquica. Es evidente que esta consideración positiva sólo puede encontrar terreno fecundo en una CULTURA capaz de superar los estereotipos sociales en parte de la sociedad actual, que hacen consistir el VALOR DE LA PERSONA 1ºen la juventud, 2ºla eficiencia, 3ºla vitalidad física y 4ºla plena salud. La experiencia, cuando falta esa visión positiva, es fácil que se margine al anciano y se le relegue a una sociedad comparable a una MUERTE SOCIAL.

LA GERONTOCRACIA con criterios de sabiduría se contraponen a la Gerontofobia de algunas sociedades actuales, carentes de experiencia, como virtud de los MAYORES. Los PRINCIPIOS ÉTICOS tienen sus raíces en el mismo Juramento de HIPOCRÁTES: “no existen vidas que no merezcan ser vividas”.

En suma, **“LA TERCERA EDAD NO DEBE SER JAMÁS CONSIDERADA UNA EDAD DE TERCERA”.**

**IMPORTANCIA DEL PROBLEMA**

Las primeras publicaciones a cerca de los abusos en los ancianos aparecieron en la literatura médica hace unos 20 años, y no porque no existieran, sino porque siempre ha sido un problema “oculto”. La expresión que se utilizó inicialmente para describir este fenómeno en las revistas científicas británicas fue la de "granny bashing", que podríamos traducir como "abuelo vapuleado", y en los Estados Unidos, la de "parent battering", con un significado similar.

La OMS en su informe “Violencia y Salud” del año 2002 estima que entre el **4-6 % de los mayores declaraban haber sufrido algún tipo de violencia,** Además numerosos informes de diferentes países que participaron en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en abril del 2002, afirman que: **“La Violencia contra los mayores es generalizada, no se denuncia y tiene costes económicos y humanos muy altos”.** según el National Center Elder Abuse de EE.UU 10 casos por cada 1000 habitantes cada año y en España la Catedrática de Sociología

Teresa Bazo, en recientes estudios estima que casi el 50 % de los ancianos que requieren atención en casa son víctimas de negligencias y el 5 % reciben malos tratos.

Aunque los estudios a gran escala sobre prevalencia de la violencia contra personas de edad se refieren únicamente a los países desarrollados y la información y los datos son escasos, demuestran que tanto hombres como mujeres mayores son víctimas de abusos y que éstos son generalizados tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Según estos estudios, la **prevalencia** estimada de malos tratos en las personas mayores oscila en un **3-10 %**.

Ante este crecimiento de las cifras de violencia en los mayores, que según los autores este problema preocupante crecerá junto con el aumento de la esperanza de vida que como vemos no significa necesariamente calidad de vida. Las personas mayores sufren la violencia en forma de **negligencia** (aislamiento, abandono y exclusión social), la **violación** de los derechos humanos, jurídicos y médicos, y la **privación** de opciones, decisiones, jerarquía social, recursos económicos y respeto.

La incidencia de los malos tratos a personas mayores ha **aumentado un 150 % en 10 años**, según la Asociación de Ayuda al Anciano de Valladolid, que tiene ámbito regional, cada vez se reciben más consultas de mayores que sufren malos tratos, la **media de este año 2003 es de 25 personas/día**. El Presidente de esta Asociación son dice que, los tipos más frecuentes de abuso o maltrato son: **apropiación indebida de bienes, desatención, abandono, insultos e incluso en casos más graves ya maltrato físico, tanto de las familias como en las residencias**.

Aunque el problema del maltrato al anciano se ha referido generalmente al ámbito doméstico (en el domicilio), hay un interés y una alarma crecientes porque como es cada vez mayor el número de personas mayores que acaban sus últimos años de vida en una institución, por lo que estos tipos de abusos, abandonos y desatenciones, es habitual que se produzcan en las residencias, y entonces estaríamos ante el llamado **“maltrato Institucional”**.

No se conoce cual es el alcance real del problema, porque la literatura es escasa, no se han publicado datos directos, ni estudios sobre este fenómeno en España, aunque muy frecuente, se afirma que entre un **2-5 % son víctimas de malos tratos en domicilio y/o residenciales**. Estas cifras son muy imprecisas, pero si aceptamos como válida la cifra más baja (2%) sobre los 200.000 mayores españoles institucionalizados, concluiremos que nada menos que **4.000 personas mayores son objeto de Maltrato Institucional**.

Sin embargo, el problema no ha merecido la atención que le corresponde por su magnitud. Esta falta de interés por el Maltrato Institucional se debe principalmente a que los mayores institucionalizados son una población de escasa trascendencia social. Además el ingreso del anciano en una residencia de la que ya no saldrá se la conoce como **“muerte social”**.

No hay ninguna duda de que el Maltrato Institucional ha existido siempre y se ha ejercido sobre las personas más vulnerables de la sociedad: enfermos mentales, niños, deficientes mentales y sobre los ancianos.

La sociedad ahora reacciona ante el maltrato de mujeres o niños, pero los mayores maltratados, en especial en residencias, nos son invisibles, y el problema solo emerge, golpeando las conciencias, cuando aparecen en prensa o televisión noticias dramáticas sobre residencias “de horrores”. Sólo en Valladolid el **Servicio de Atención a la Violencia Doméstica de la Policía Municipal** en los años 2002 y 2003 realizó los siguientes **atestados a personas mayores víctimas de violencia** :

Personas mayores	2002	2003	TOTAL
------------------	------	------	-------

MUJERES	14	15	<b>29</b>
HOMBRES	6	3	<b>9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>38</b>

La concienciación social de esta violencia contra las personas mayores es clave para luchar contra ella. Además, en el caso de los ancianos, la realidad adquiere tintes ocultables y vergonzantes por afectar a una persona que ingresa en una institución para que unos profesionales se hagan cargo de cubrir las necesidades que por diversas razones no pueden resolver de manera autónoma y en su propio domicilio.

Por lo que, esta forma de violencia tiene que ser perseguible y punible en forma de delito específico, ya regulado recientemente en nuestro Código Penal, en el **artículo 173.2. "El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre.....las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS, será castigado con la pena de PRISIÓN DE SEIS MESES A TRES AÑOS"**.

También un *Informe de HelpAge*, organismo dependiente de la ONU promueve 10 mandamientos para terminar con la discriminación a las personas mayores, y entre ellos estaría eliminar la violencia contra las personas mayores, al tratarse de una violación de sus derechos humanos más elementales.

Además en nuestro trabajo hemos observado como en muchas ocasiones el temor y la vergüenza que genera la posibilidad de hablar de este sufrimiento hace que el número de denuncias sea muy bajo (sólo 1 de cada 14 casos se denuncian), por eso debemos de dar a conocer la existencia de este problema severo que atenta contra la dignidad humana y hacerlo visible.

A través de estos estudios debemos movilizar a la sociedad y a los profesionales de los centros asistenciales, destapar un tema invisible, oscuro, oculto y controvertido, como es el maltrato institucional. Solamente conociendo su existencia podremos prevenirlo, y luchar contra esta situación, apoyar y proteger a los mayores sin olvidar nunca el respeto a la dignidad del mayor al que cuidamos, como ya viene haciendo "La Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano" (INPEA).

## TIPOS DE MALTRATO

Los casos de malos tratos en residencias de ancianos no son raros, se habla de cifras entre un 2-10%, Debe tenerse en cuenta que sólo se notifican una sexta parte de los casos. aunque probablemente sea mucho mayor su frecuencia, dada la enorme dificultad para identificar estos comportamientos.

Se suele establecer una distinción entre las diferentes formas de maltrato institucional:

- **Negligencia:** acto de omisión, descuido de las necesidades de un residente, incapaz de cubrir las por sí mismo. Al relacionarse con los cuidados sólo puede ser perpetrada por los trabajadores.
- **Abuso:** acto de comisión, fenómeno activo que puede ser ejercido por trabajadores, otros residentes o incluso familiares. Puede ser abuso físico, psicológico, sexual y económico.

Los tipos de abusos o maltrato más frecuentes que sufren los mayores por actos individuales por parte de las familias, otros residentes y/o cuidadores **dentro de la institución** son:

apropiación indebida de bienes, desatención, abandono, insultos y en casos más graves ya maltrato físico. De entre los distintos tipos denunciados el más frecuente es el maltrato físico, seguido de las agresiones verbales y negligencia; pero, en la práctica clínica, lo más frecuente son formas sutiles de maltrato continuado que combinan negligencia y maltrato psicológico.

Sin embargo, también existe el maltrato institucionalizado, en el que el entorno, las prácticas y las reglas pueden por sí mismas abusivas o negligentes. Además no deja de ser paradójico que ciertas situaciones que en el entorno doméstico serían consideradas abusivas como, por ejemplo, la contención física o la sobremedicación no pasen en el medio institucional de considerarse un indicador de calidad asistencial. Desde este punto de vista, podemos llegar a pensar que por desgracia, el maltrato no sea algo extraordinario en las instituciones sino lo cotidiano.

Independientemente de que se trate de un acto negligente o abusivo, o se realice de forma individual o institucional, el **maltrato institucional** se materializa en **formas** muy variadas:

- **Nutrición:**

- Imposibilidad de elegir alimentos
- Restricción como castigo
- Comida fría o en malas condiciones
- No facilitar dietas (ejem, diabéticos)
- Servir bebidas frías de consumo caliente
- Complementos dietéticos por comidas

- **Vestido:**

- Ropa o calzado de cualquier talla, de fallecidos o de uso común
- No poner medias o calcetines
- Acostar al residente desnudo

- **Higiene:**

- Usar la misma esponja, toalla o peine para varias personas
- Mantener sentados o encamados con orina o heces
- Sentar durante horas en el baño
- No vaciar orinales
- Sentar en silla-retrete mientras comen

- **Contención física:**

- Encerrar en la habitación
- Bloquear salidas de emergencia para evitar fugas
- Atar a la cama, silla o radiador para evitar que se levante y se caiga
- Atar como castigo o por falta de personal

- **Cuidados de Salud:**

- Falta de atención especializada
- No informar de cambios de salud o de sucesos importantes (caídas o accidentes)
- No revisar gafas, audífonos y prótesis dentales
- No prevenir escaras
- Analgesia insuficiente
- Ausencia de un plan individualizado de cuidados y de órdenes médicas escritas
- Nihilismo o manía terapéutica
- Retirar medicación sin supervisión médica

- Dar un fármaco que ha sido eficaz para tratar un problema similar en otra persona
- No dar la medicación en dosis y frecuencia prescritas
- Tratamiento camuflado o sin asegurarse si es necesario mantenerlo
- Pastillas machacadas o cápsulas abiertas mezcladas con alimentos y bebidas sin tener en cuenta su farmacocinética
- Negar un tratamiento por su edad
- Utilizar fármacos "alternativos" sin supervisión médica
- **Intimidación:**
  - Entrar en la habitación sin llamar
  - Sentarse en el baño sin cerrar la puerta
  - Cambios posturales o curas sin cerrar la puerta
  - Llamadas a la familia en presencia del personal
  - No reconocer sexualidad y necesidad de intimidad y privacidad con su pareja
  - Armario sin cerradura
- **Seguridad:**
  - Instalación eléctrica en malas condiciones
  - Salidas de emergencia bloqueadas o de difícil acceso
  - Timbres inaccesibles
  - Mobiliario viejo o inadecuado
  - Falta de entrenamiento para emergencias
- **Aislamiento social:**
  - Dejar sentado o encamado durante horas
  - No actividades de estimulación o entretenimiento
  - No facilitar acceso a cultos religiosos
  - Restringir visitas o llamadas
  - Ocultar fallecimientos de otros residentes
  - Dejarle solo
- **Contención química:**
  - Psicotrópicos para síntomas conductuales sin probar otras medidas terapéuticas
- **Entorno:**
  - Habitaciones frías, poco acogedoras, sucias y decoración peligrosa
  - Iluminación insuficiente
  - Mala distribución de las estancias
  - Baños con suelo deslizante
  - Ausencia de espacios al aire libre
  - Barreras arquitectónicas
  - Música y TV a gusto del personal
  - Dificultades para tener objetos personales
- **Personal:**
  - Personal/residentes insuficiente
  - Formación escasa
  - Contratos sin referencias de otros empleos
  - Exceso de personal en prácticas
  - Reticencia a modificar rutinas laborales
  - Personal extranjero sin conocer el idioma
  - Ausencia de supervisión en los cuidados realizados

Podríamos resumir el **Maltrato en Residencias** con las siguientes formas de actuar:

- No suministrar adecuadamente los medicamentos.
- Restricción física individual del movimiento sin justificación terapéutica.
- No proporcionar condiciones ambientales adecuadas.
- Comentarios inadecuados o hirientes.
- Tuteo inadecuado.
- No utilizar los nombres y apellidos.
- No permitir la intimidad ( para la higiene, el sexo, la soledad ).
- No tener en cuenta las barreras arquitectónicas.
- No proporcionar lecturas, distracciones, actividades.
- Falta de un plan apropiado de cuidados.

## **AGRESOR**

El perpetrador puede ser algún familiar (57 % por hijos biológicos o políticos), personal de la residencia, otros residentes o bien el propio medio institucional que no fomenta el suministro apropiado de cuidados. Por ejemplo, restringir físicamente al paciente en lugar de que camine por falta de personal y esto lleve a su inmovilidad dando problemas como contracturas y úlceras por presión.

## **FACTORES RELACIONADOS CON EL MALTRATO INSTITUCIONAL**

- **Factores relacionados con el personal:**
  - Falta de habilidades propias del cuidado
  - Escasa capacidad para tolerar la frustración y contener la ansiedad
  - Problemas de agresividad previos
  - Vida privada estresante
  - Desmoralización
  - Gerontofobia: aversión hacia la imagen física del anciano
- **Características del residente:**
  - A mayor discapacidad, mayor riesgo de maltrato institucional
  - Sexo femenino
  - Discapacidad física o psíquica
  - Agresividad
  - Escasas visitas
  - Carencia de familia
  - Inhibición depresiva o síntomas conductuales en el marco de la demencia
  - Ser repetitivo y demandante
  - Aspecto desagradable
- **Factores organizativos**
  - Institución como antesala a la muerte
  - Trabajo escasamente reconocido social y profesionalmente
  - Tareas dificultosas y estresantes
  - Síndrome de burn-out
  - Temor a la implicación afectiva
  - Cuidados orientados sobre todo a la supervivencia del anciano
  - Unidades infradotadas de personal y abarrotadas de residentes
  - Salarios bajos, turnos, conflictos de equipos

- **Factores psicosociales**
  - Imagen social negativa de la vejez
  - “Viejismo”: discriminación en contra del anciano sobre la base de su propia edad, dificultades o impedimentos para recibir determinadas atenciones sanitarias
  - Tendencia inconsciente a eliminar a los viejos para hacer sitio a los jóvenes
  - Actitud pesimista ante la vida y la muerte

### ***POSIBLES FORMAS DE ABUSO INSTITUCIONAL:***

#### ***1. INMOVILIZACIÓN ABUSIVA POR CONTENCIÓN O RESTRICCIÓN FÍSICA***

Es un tema de gran importancia la **Inmovilización debida al uso y abuso de las restricciones físicas en las personas mayores en el medio institucional**. Se han venido usando desde hace años una serie de “*dispositivos protectores*” para inmovilizar y proteger a las personas. Entre ellos destacan chalecos, cinturones, ataduras para las muñecas, camisas de fuerza, barras laterales, redes y sillas geriátricas cerradas para prevenir caídas, facilitar el tratamiento y controlar comportamientos desordenados o agitados.

El uso de **estos dispositivos** se puede convertir en una **forma de maltrato físico y psicológico que viola la dignidad y la autonomía del inmovilizado** ( Strumpf y Evans, 1991 ). En vez de aumentar la seguridad, causan con frecuencia lesiones no intencionadas, despersonalización, menor calidad de vida e incluso la muerte. Entre **100 y 200 muertes se asocian cada año con el uso de sistemas físicos de inmovilización** ( Weick, 1992 ). De hecho, “los sistemas de inmovilización son una **causa de muerte infrarreconocida, infracomunicada, evitable e inmediata de al menos 1 de cada 1000 muertes acaecidas en las residencias** “ ( Miles e Irvine, 1992, pág. 762 ).

Cada vez hay más resultados obtenidos en investigaciones que indican que los peligros de la inmovilización superan a los beneficios. Su empleo tiene consecuencias mayores como la pérdida de fuerza muscular, equilibrio y marcha, úlceras de decúbito, contracturas, incontinencia vesical e intestinal de nueva aparición e infecciones nosocomiales. Además, supone un mayor sufrimiento psicológico, depresión, miedo, pérdida de autoestima y mayor agitación.

Se deben prevenir estas medidas para lograr una mejor calidad de vida y cuidado de la salud de las personas mayores respetando su autonomía y su libertad, sin poner en riesgo su seguridad ni su vida. Para ello, se debe realizar una valoración individual de los factores físicos, psicosociales y recursos de la persona mayor, los antecedentes de caídas y factores causales.

Entre las intervenciones para la prevención de estos dispositivos restrictivos se encuentran entre otras:

- **Modificaciones del entorno, mobiliario, medidas de seguridad y de ubicación:** Adaptaciones de sillas buscando mejorar la comodidad, sillas con mecanismos que eviten volcar, frenos en camas y sillas de ruedas, quitar barras laterales, adaptar la altura de la cama, colocar protectores en el mobiliario y los suelos que amortigüen ante posibles caídas, retirar enseres innecesarios, colocar tiras antideslizantes junto a la cama y el baño, mejorar la luz, instalar alarmas.

- **Actividades estructuradas de estimulación cognitiva y sensorial:** Música, radio, televisión, juegos, ofrecer algo a lo que agarrarse (muñeca, mantita..), actividades sociales, actividades de formación, organización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- **Actividades psicosociales:** Desarrollar técnicas de comunicación destreza ante conductas de riesgo (agitación, vagabundeo, caídas, delirium...), compañía, tacto terapéutico, escucha activa, reorientación a la realidad, orientación temporo-espacial, periodos de tranquilidad o silencio.
- **Cuidados fisiológicos:** Aliviar el dolor, cambios en el tratamiento procurando eliminar vías y sondas, fisioterapia, terapia ocupacional, corregir deshidratación, tratar infecciones, ayudas sensoriales con el uso de prótesis auditivas y visuales, evaluar la medicación (adecuación de tratamientos, valoración de posibles efectos secundarios: hipotensión, marcha inestable...)
- **Otros cuidados básicos:** Programación de las AVD, programas de traslado al WC, paseos, vigilancia y observación reforzadas (donde se le pueda ver fácilmente, designar a personas responsables del control de esas personas de especial riesgo, técnicas de recuerdo (recordar que no intenten levantarse sin ayuda), atención al confort (cambios posturales...), programar el descanso (pequeñas siestas...).

## **2. SOBREUTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS O CONTENCIÓN QUÍMICA**

La Sobreutilización de psicofármacos o contención química es una posible forma de abuso institucional cuando se emplea cualquier psicofármaco por conveniencia, de forma injustificada, y que no es necesario para tratar síntomas médicos del residente. Es común el uso frecuente de psicofármacos (neurolépticos) en ancianos dementes, agitados o confusos. En varias situaciones estará correctamente indicado, pero en otras no será necesario. Muchas veces se medica al residente por la errónea creencia de que es la única manera de controlar una conducta difícil. Por lo que habrá que valorar cada caso en particular para utilizarlo cuando sea preciso.

Además esta contención química genera menos controversia que la contención física por ser menos violenta y aparatosa, a la vez que menos inquietante para las conciencias.

El médico responsable debe supervisar estrechamente a su paciente, controlando y revisando periódicamente su medicación y vigilando las frecuentes reacciones adversas a la misma. La gravedad de los efectos secundarios de los psicotropos en los ancianos (reducción de la movilidad, caídas, sedación con aumento de la dependencia, deterioro cognitivo) debería restringir su uso. Además esta demostrado según numerosos estudios, que el consumo de más de tres fármacos no psiquiátricos al día por otros problemas de salud frecuentes en los ancianos (diabetes, hipertensión, trastornos cardíacos) se asocia a un aumento de trastornos conductuales por lo que se debe retirar algún fármaco antes de añadir un psicotropo para remediar estos trastornos.

## **PAPEL DEL MÉDICO EN LA IDENTIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE MALOS TRATOS EN LAS PERSONAS MAYORES**

Los médicos debemos asumir la atención a las personas mayores y modificar en lo posible, las condiciones adversas para un envejecimiento satisfactorio. Por lo que, el llamado "*Síndrome de malos tratos en las personas mayores*", es una cuestión sociosanitaria. Normalmente, acuden tanto a atención primaria como a los servicios de urgencias, muchos pacientes ancianos por reagudizaciones de sus procesos con síntomas inespecíficos, a los que se les concede poca importancia, cuando en realidad deberían

alertar de que nos encontramos ante una persona maltratada. Se trata de un verdadero síndrome, que carece de fisiopatología, pero que cursa con unos síntomas que conducen a auténtica enfermedad, en el sentido de que “el afectado no está sano, son personas con una autoestima muy mermada, no puede hacer una vida normal, su calidad vital está mermada, acaban por convertirse en verdaderos enfermos sin olvidar que su esperanza de vida disminuya varios años”.

No hay instrumentos con un alto índice de sensibilidad y especificidad válidos para la detección de malos tratos, ni evidencia que pruebe la eficacia de ninguno de los métodos usados hasta ahora. El médico no siempre va a saber determinar que se encuentra ante un caso de malos tratos.

Pero la recomendación más aceptada es que el médico y el personal sanitario conozca los indicadores sospechosos o signos de alarma respecto a la existencia de maltrato. El médico debe saber dirigir el interrogatorio y si damos con un paciente colaborador podemos diagnosticarlo e incluso curarlo.

La formulación de un cuestionario con preguntas directas sobre la sospecha de distintos tipos de maltrato en la práctica clínica diaria es recomendada por la American Medical Association, pero no por otras Sociedades Médicas.

Según la Asociación Médica Americana (AMA), a todos los pacientes ancianos se les debe realizar una valoración que nos informe sobre la posible existencia de violencia en el seno de la familia, ya que el médico puede jugar un papel muy activo en el reconocimiento de dicho problema.

Por ello, recomienda a todos los médicos que atienden a pacientes de edad avanzada que deben interrogar al anciano sobre la posibilidad de violencia familiar, aún en ausencia de síntomas y signos atribuibles a abuso y/o negligencia. Esto es razonable por dos hechos:

- a) El incremento de la prevalencia de abusos en los países desarrollados
- b) La existencia de formas “asintomáticas” de violencia que son muy difíciles de reconocer.

Este cuestionario de “*Sospecha de Maltrato*” editado por el Servicio de Salud Pública de Canadá y la American Medical Association consta de 9 preguntas:

1. ¿Alguna vez alguien en su casa le ha pegado o hecho daño?
2. ¿Le han cogido cosas suyas sin su consentimiento?
3. ¿Alguna vez le han regañado o amenazado?
4. ¿Tiene miedo de alguien en casa?
5. ¿Ha firmado usted alguna vez documentos que no comprendía?
6. ¿Está solo a menudo?
7. ¿Alguna vez no le han ayudado en sus necesidades o cuidados personales cuando lo necesitaba?
8. ¿Alguna vez alguien le ha tocado sin su consentimiento?
9. ¿Alguna vez le han obligado a hacer cosas que usted no quería hacer?

De estas preguntas la primera hace referencia al abuso físico, la segunda y la quinta al abuso económico, la tercera, cuarta y novena al abuso psicológico, la octava al abuso sexual, y la sexta y séptima al abandono y negligencia respectivamente.

Una sola respuesta positiva al cuestionario se considera como sospecha de maltrato.

La **Asociación Médica Mundial** también presenta una serie de recomendaciones a los médicos que tratan a los ancianos y exhorta a todas las asociaciones médicas nacionales a dar publicidad a esta Declaración entre sus miembros y la opinión pública.

Los médicos que atiendan ancianos deben:

- Identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato y/o abandono.

- Proporcionar una evaluación y tratamiento médico por los daños producidos por el abuso y/o abandono.
- Permanecer objetivos y no emitir su opinión.
- Intentar establecer o mantener una relación terapéutica con la familia ( por lo general, el médico es el único profesional que mantiene un contacto duradero con el paciente y la familia ).
- Informar toda sospecha de casos de maltrato y/o abuso de ancianos, conforme a la legislación local.
- Utilizar un equipo multidisciplinario de tratantes de las profesiones médica, servicio social, salud mental y legal, cada vez que sea posible.
- Estimular la generación y utilización de recursos comunitarios de apoyo que entreguen servicios domiciliarios, reposo y disminución del estrés, a las familias de alto riesgo.

Aunque, en muchas ocasiones el poco tiempo de consulta y las características propias del paciente anciano dificultan al médico confirmar su sospecha de que existen agresiones físicas, psíquicas o de algún tipo de negligencia, desatención y abandono por parte del cuidador tanto en el propio domicilio como en determinadas instituciones. Además en España no existen protocolos especiales de actuación médica en la prevención e identificación de casos de abusos y/o malos tratos para personas mayores.

Es primordial IDENTIFICAR a los pacientes de alto riesgo para poder llevar a cabo la investigación y si se confirma nuestra sospecha de maltrato les debemos separar de su agresor y advertirles que esos son malos tratos y que es denunciable, y se debe presentar una reclamación en los Centros correspondientes.

#### ***"GRUPOS DE ALTO RIESGO DE ABUSOS Y MALOS TRATOS"***

- **"Perfil de riesgo":** Mujeres mayores de 65 años que viven en su domicilio, en el del cuidador o en una institución, con carencias económicas y sociales, que sufre deterioro funcional y cognitivo, por lo que requieren numerosos cuidados y pueden exceder en breve la capacidad familiar y/o institucional de asumirlos.
- Personas mayores cuyos cuidadores expresan frustración en relación con la responsabilidad de asumir dicho papel, presentan signos de estrés y pérdida del control de la situación.
- Personas que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar (niños, esposa).
- Personas mayores que viven en su entorno familiar perturbado por otras causas (pérdida de trabajo del cuidador, relaciones de pareja deterioradas)

El profesional sanitario debe estar alerta y considerar la posibilidad de violencia familiar en estos colectivos (Ribera y Gil, 1995).

Tras identificar al anciano de riesgo de maltrato, se le debe valorar de una manera exhaustiva y detallada para detectar ciertos:

#### ***"INDICIOS O INDICADORES SOSPECHOSOS QUE PUEDEN LA EXISTENCIA DE MALTRATO INSTITUCIONAL":***

- **Posible negligencia**
  - Desnutrición y deshidratación
  - Palidez, ojos o mejillas hundidos
  - Pérdida de prótesis dentales, gafas, audífono
  - Rechazo de servicios médicos o sociales
  - Encamamiento prolongado
  - Ropas sucias, viejas o rotas
  - Enfermedades no tratadas
  - Retraso en el cambio de pañal
  - Uso incorrecto y constante de los dispositivos de contención física
- **Signos de posible abuso físico**
  - Lesiones inexplicables
  - Magulladuras múltiples sin relación con caídas
  - Calvas en cuero cabelludo
  - Marcas de dedos, hematomas en grado diverso
  - Moratones en cara interna de los muslos, ropa interior sucia, rota o con sangre
  - Irritación genital e infecciones urinarias de repetición
  - Accidentes en lugares y momentos extraños
  - Letargo, dificultad para hablar, caminar, comer
- **Signos de posible abuso psicológico**
  - Temor, vergüenza, culpa
  - Pasividad y sumisión
  - Cambios de conducta
  - Actitud de defensa ante determinadas personas
  - Desamparo, llanto
  - Aislamiento, ausente
  - Síntomas depresivos, baja autoestima
  - Búsqueda de atención y protección
  - Cambios de apetito
  - Estados confusionales
- **Signos de posible abuso financiero:**
  - Cheques sospechosos (firma extraña o firmados por un paciente incapaz de hacerse cargo de sus finanzas)
  - Movimientos súbitos en las cuentas
  - Familiares desconocidos que aparecen para reclamar acceso a los bienes
  - Impago de facturas por familiares a cargo del paciente
  - Desaparición de joyas u objetos valiosos
  - Presiones de diferentes familiares en torno a cuestiones financieras

El papel del profesional en la residencia es de suma importancia. Debe garantizar y facilitar el acceso del anciano a sus derechos ( ser capaz de vivir libremente, reivindicar, elegir, ...).

El personal se encarga del cuidado de una población fuertemente imposibilitada que, si bien por un lado hace que su labor sea de un alto valor profesional y social, por otra sufre los efectos de una actividad estresante y dura.

El mayor riesgo de malos tratos se produce en los pacientes que más cargas de trabajo generan, a mayor invalidez mayor riesgo. Aunque el maltrato se puede dar en cualquier circunstancia.

Esto lleva a que el personal de la residencia infrinja algún maltrato de tipo físico (golpes, empujones, encierros exagerados), o bien agresión de tipo psicológico (insultos, amenazas).

Cierto es que antes de acusar a los trabajadores de residencias de ancianos, debemos observar en qué condiciones trabajan. Lo triste de este trabajo es que es uno de los que peor se pagan, una de las ocupaciones menos apreciadas que ofrece la sociedad. Además, las personas a las que se cuida pueden mostrarse muy poco agradecidas; muchos ancianos se vuelven violentos sin que se les provoque y esto induce a ese maltrato por parte del personal, aunque del todo injustificado.

En la 41a Asamblea Médica Mundial de Hong Kong de septiembre de 1989 y posteriormente revisada en la 126a Sesión del Consejo de Jerusalén, Israel, en mayo de 1990, se estableció la **DECLARACIÓN DE HONG KONG de la Asociación Médica Mundial sobre el Maltrato de Ancianos**. Se adoptaron una serie de Principios Generales sobre el maltrato a los ancianos.

#### PRINCIPIOS GENERALES

1. Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás seres humanos.
2. La Asociación Médica Mundial reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los ancianos.
3. El médico debe velar, si es consultado por el anciano directamente, el hogar o la familia, para que el anciano reciba la mejor atención posible.
4. El médico que constate o sospeche de maltrato, en el sentido de esta declaración, debe discutir la situación con los encargados, sea la familia o el hogar. Si se confirma que existe el maltrato o se considera una muerte sospechosa, el médico debe informar a las autoridades correspondientes.
5. Para garantizar la protección del anciano en cualquier ambiente, no debe hacer restricciones a su derecho de elegir libremente el médico. Las asociaciones médicas nacionales deben luchar para que dicha libre elección sea respetada en el sistema médico-social.

#### MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO INSTITUCIONAL.

La prevención comienza en la recepción del paciente que llega a nuestras manos:

- Su sintomatología no aumente por el hecho de ser “institucionalizado”.
- Una asistencia de contacto humano frecuente y directo con el anciano cuando está en cama
- Una colaboración constante con amigos y familiares para que con sus visitas y apoyos combatan la soledad y el aislamiento
- Un levantamiento lo más pronto posible
- Una movilidad, con ocupación del tiempo libre dentro del propio centro asistencial que debe tener una animación permanente

- Medidas terapéuticas para que, **cada vez menos ancianos sufran un síndrome de inmovilización, entidad clínica que deseamos pase en el futuro a ser un tema resuelto en la historia de la asistencia al paciente de edad.**
- **Asumir institucionalmente el riesgo que conlleva potenciar la autonomía del mayor** (riesgo de caídas...)
- **Crear Comisiones dentro de las instituciones que velen por los Derechos del Mayor**

Esta forma de violencia pensamos que tiene que ser perseguible y punible en forma de delito específico, ya regulado recientemente en nuestro Código Penal, en el **artículo 173.2. "El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre.....las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentran sometidas a custodia o guarda en CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS, será castigado con la pena de PRISIÓN DE SEIS MESES A TRES AÑOS".**

La **DECLARACIÓN DE TORONTO para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores** fue diseñada en una reunión de expertos, patrocinada por el Gobierno de Ontario, en Toronto, el 17 de noviembre de 2002.

Puntos que deben ser considerados:

- Faltan marcos legales. Cuando se identifican casos de maltrato de ancianos, con frecuencia no pueden abordarse por falta de instrumentos legales apropiados para responder a ellos.
- La prevención del maltrato de las personas mayores requiere la participación de múltiples sectores de la sociedad.
- Los trabajadores de la salud de atención primaria tienen un papel particularmente importante, ya que se enfrentan con casos de maltrato de ancianos en forma cotidiana – aunque con frecuencia no los diagnostican como tales.
- Es vital la educación y diseminación de la información – tanto en el sector formal (educación a profesionales) como a través de los medios de comunicación (combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos negativos sobre la vejez).
- El maltrato de las personas mayores es un problema universal. Las investigaciones realizadas hasta ahora demuestran su prevalencia, tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo. En ambos, el victimario suele ser conocido por la víctima, y es dentro del contexto familiar y/o en "“a unidad donde se proveen los cuidados”" donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato.
- Es fundamental una perspectiva cultural para comprender en profundidad el fenómeno del maltrato – es decir, el contexto cultural en cualquier comunidad particular en la que ocurre.
- Es igualmente importante considerar una perspectiva de género, ya que las complejas construcciones sociales relacionadas ayudan a identificar el tipo de maltrato y quién lo inflige.
- En cualquier sociedad algunos grupos de la población son particularmente vulnerables al maltrato y abuso de las personas mayores – como los muy ancianos, los que sufren discapacidades funcionales, las mujeres y los pobres.
- En definitiva, el maltrato de las personas mayores sólo se podrá prevenir en forma eficaz si se desarrolla una cultura que favorezca la solidaridad intergeneracional y que rechace la violencia.
- No es suficiente identificar los casos de maltrato de las personas mayores. Todos los países deben desarrollar las estructuras que permitan la provisión de servicios

(sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, etc.) para responder de forma adecuada y eventualmente prevenir el problema.

El Plan Internacional de Acción de las Naciones Unidas adoptado por todos los países en Madrid, en abril de 2002, reconoce claramente la importancia del maltrato de las personas mayores y lo pone en el contexto de los Derechos Humanos Universales. La prevención del maltrato de las personas mayores en un mundo que envejece, nos concierne a todos.

*“El maltrato de las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación.”*

*“Enfrentarse al maltrato de personas mayores y reducirlo requiere un enfoque multisectorial y multidisciplinario.”*

Envejecimiento activo, Un marco político. OMS, 2002.

## **PERFIL DE LOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN UNA MUESTRA DE CASTILLA-LEÓN Y CANTABRIA**

Ahora vamos a comentar nuestro trabajo de investigación. La población objeto de estudio es una muestra de 100 personas mayores de 65 años pertenecientes a las Comunidades de Castilla y León y Cantabria, todas ellas institucionalizadas tanto en Residencias pertenecientes al Sector Público, muchas de ellas concertadas como de carácter Privado.

Es un estudio analítico descriptivo, transversal.

Hemos diseñado un cuestionario para estas personas mayores institucionalizadas, realizándolo individualmente a cada anciano, con preguntas enfocadas a saber si en las instituciones o residencias se aplica una atención, cuidado y trato adecuados, observar el grado de satisfacción de los mayores en las instituciones, y en definitiva, poder detectar si realmente pueden existir determinadas situaciones de abandono, negligencia o malo trato tanto físico, psicológico, social, económico o de cualquier otro tipo.

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **1. EDAD: (Gráfico 1)**

< 70 años	10
70-80 años	48
> 80 años	42
TOTAL	100

En nuestro estudio observamos como la mayoría de las personas institucionalizadas tienen entre 70-80 años, aunque prácticamente se iguala a los > de 80 años, edades en las que es más frecuentes sufrir alguna patología que le incapacita para vivir en su domicilio o que fallezca algún miembro de la pareja.

#### **2. SEXO: (Gráfico 2)**

Hombres	43
---------	----

## Perfil Antropológico de la Violencia en los Mayores

Mujeres	57
TOTAL	100

En poco más de la mitad las personas institucionalizadas de nuestra muestra son mujeres, esto dato es normal porque como sabemos es mayor la esperanza de vida en las mujeres.

### 3. ESTADO CIVIL: (Gráfico 3)

Soltero/a	34
Casado/a	8
Viudo/a	53
Separado/a	4
TOTAL	100

En relación al estado civil la mitad de estas personas institucionalizadas son viudas seguido de las personas solteras, nos llama la atención como hay muy pocas personas casadas ni aun menos separadas en las instituciones, aunque también es cierto que actualmente no es tan extraño encontrar personas mayores de 65 años separadas.

### 4. CUANTOS HIJOS VIVOS TIENE: (Gráfico 4)

Ninguno	54
1	6
2	19
3 ó más	21
TOTAL	100

Observamos que más de la mitad de los residentes institucionalizados no tienen hijos vivos, y como veremos más adelante, este dato concuerda con el que uno de los motivos o causas primordiales de ingreso en una institución es la soledad. Aunque de estos datos, quizá lo que más llama la atención, es que cuando más hijos vivos hay, mayor probabilidad hay que acabar en una residencia, esto podría deberse a que cuanto más familia, menos se quiere asumir las responsabilidades por parte de uno de los hijos.

### 5. CUAL ES SU NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO: (Gráfico 5)

No sabe leer ni escribir	7
Sabe leer y escribir. Estudios primarios i Incompletos	58
Estudios primarios completos	32
Bachillerato	2
Estudios Universitarios. Grado medio	1

Observamos como la gran mayoría de los mayores institucionalizados de nuestro estudio tienen estudios primarios completos o incompletos, pero lo verdaderamente llamativo es que todavía hay siete personas que saben leer ni escribir "analfabetas", que es un porcentaje elevado, ya que no deberían de existir en pleno siglo XXI ninguna persona sin saber leer ni escribir.

### 6. CAUSA DE SU ENTRADA EN LA RESIDENCIA: (Gráfico 6)

Incapacidad para vivir solo	8
Enfermedad	7

Soledad	51
No poder atenderle la familia	33
Sentirse más protegido	1

La causa principal que les motivo ha entrar en la residencia es la soledad, seguido de la imposibilidad de poderle atender su familia. Llama la atención como son muy pocos los mayores que realmente entran por enfermedad.

7. QUIÉN DECIDIÓ SU INGRESO EN LA RESIDENCIA: (Gráfico 7)

Propia	53
Hijo	20
Cónyuge	2
Otros familiares	13
Asistente Social	9
Amigos	2
Otra	1

La decisión de ingresar en una institución en poco más de la mitad de los casos es personal, aunque también es cierto que esta decisión en muchas ocasiones esta supeditada, a que los mayores no quieren ser una carga para sus hijos, que además muchas veces, viven en otras ciudades y ellos tienen que pasar un tiempo con cada uno y cuando quieren acostumbrarse a un hogar y ciudad distinta otra vez tienen que estar con la maleta, y es entonces cuando piden a sus hijos ingresar en una residencia.

8. QUE ES LO QUE MÁS ECHA DE MENOS: (Gráfico 8)

Su casa	45
Su familia	15
Su Cónyuge	31
Otras	9

Vemos como lo que más echa de menos estos mayores institucionalizados es su casa, seguido de su pareja, que en muchas ocasiones el fallecimiento de uno de ellos es lo que les hace ingresar en la residencia. Entre las opciones que nosotros preguntamos en el cuestionario estaba el poder adquisitivo y ninguno de los entrevistados contesto esta opción, por lo que vemos que lo económico para ellos carece de valor.

9. TIEMPO DE ESTANCIA EN LA RESIDENCIA: (Gráfico 9)

< 1 año	17
1-5 años	51
5-10 años	19
> 10 años	13
TOTAL	100

Observamos como en su gran mayoría llevan en la residencia entre 1-5 años, tiempo que a lo mejor aumenta con el paso del tiempo, ya que las expectativas de esperanza de vida son cada vez mayores y aunque la calidad de vida también a mejorado, al vivir más tiempo es más probable que necesite una institución que la atienda, además el concepto de familia ha cambiado, en el sentido que la mujer trabaja fuera de casa y era la que habitualmente cuidaba a los abuelos.

10. EN ALGÚN MOMENTO CREE QUE NO HA SIDO ATENDIDO ADECUADAMENTE: (Gráfico 10)

SI	1
NO	99

Gracias a Dios, observamos que, la atención en estas instituciones es cada vez mejor, pero también es verdad que con que solo una persona crea que no se atiende bien es suficiente para tener en cuenta su opinión y estudiar y valorar este caso.

11. POR QUIÉN: (Gráfico 11)

Familia	1
Nadie	99

Ya hemos comentado en la pregunta anterior como una persona mayor institucionalizada considera que no es atendida adecuadamente, y lo me más nos llama la atención es que además quién no la atiende adecuadamente es la propia familia, lo que quizá todavía sea más llamativo y tenga más agravante.

12. DE QUÉ TIPO HA SIDO ESA DESATENCIÓN: (Gráfico 12)

Psicológica: (gritos, amenazas)	1
Económica	1
No lo hay	98

Observamos como este tipo de abuso, negligencia o desatención es de tipo psicológico, en forma de gritos o amenazas, y también en nuestro estudio encontramos abusos y desatenciones de tipo económico. Pensamos, que existen más abusos de lo que realmente declaran (“**Maltrato Técnico**”) estas personas mayores, porque como ocurre en el caso de la violencia de género en el caso de las mujeres, se puede dar dos tipos de maltrato: **Maltrato "TÉCNICO"**: Mujeres que, aunque no se consideran a sí mismas como maltratadas, responden que son víctimas de determinados comportamientos, considerados como indicativos de cierto grado de violencia, por las personas expertas. **Maltrato "DECLARADO"**: Mujeres que confiesan haber sido maltratadas durante el último año. La mayor parte son contabilizadas dentro del maltrato técnico. Nosotros creemos que como en el caso de las mujeres maltratadas, en el caso de los mayores también existe mucho maltrato “Técnico” y poco maltrato “Declarado”, por tratarse de un problema oculto, y quizás más en mayores institucionalizados que tienen miedo a posibles represalias.

13. SE SIENTE MUCHAS VECES DESAMPARADO Y DESVALIDO: (Gráfico 13)

Si	15
No	85

Nos llama la atención que el mismo número de personas que no tiene buen estado de ánimo o de humor, son las que se encuentran desamparadas y desvalidas, dando la sensación de que estas personas se sienten totalmente desprotegidas por parte de una institución que las debería de mostrar todo su apoyo para sus últimos días vivir lo más feliz posible, a nosotros nos parece que en muchas ocasiones lo que necesitan es cariño y comprensión, que les quieran.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bedate Gutiérrez, A y Conejero Estévez, J. Violencia Doméstica. Aspectos Médico-Forenses. Revista Ciencia Forense. Zaragoza, 2004; Ciencia Forense 5/2004:237-266.
2. Castellano Arroyo, M y Villanueva Cañadas, E. Aspectos Médico-Legales de la Vejez. Revista Ciencia Forense. Zaragoza, 2001; Ciencia Forense 3/2004:23-40.
3. Chasco Perramon C. Malos tratos en el anciano. Geriátrica. 1996; 12 (4): 51-52.
4. De la Serna de Pedro I. Manual de Psicogeriatría Clínica . Barcelona : Masson, S.A. , 2000 ; 7-17.
5. Diane Kaschak Newman. Diane A. Jakovac Smith. Planes de Cuidados en Geriatría. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1994; 291-295.
6. García Bermejo S, Lekube Angulo K, Andikoetxea Agorria A, Solar Barruetabeña M, Olaskoaga Arrate A . Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Aten. Primaria 1997 ; 20 : 230-236.
7. Janet Belsky. Psicología del Envejecimiento . Madrid : Paraninfo - Thomson Learning , 2001 ; 6 : 150-158 .
8. Kathleen Stassen Berger, Ross A. Thompson . Psicología del Desarrollo: Adultez y Vejez . Madrid : Ed. Médica Panamericana , 2001 ; 228-231.
9. Lachs Ms, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. N Engl J Med 1995; 332: 437-443.
10. Larrion Zugasti JL, Paúl Ochotorena J. El síndrome del anciano maltratado. Med. Clin. 1994; 102: 216-219.
11. López García, A. P. Maltrato en el ámbito institucional. Revista mult. Gerontología 2003; 13 (2): 102-113.
12. Mary ann Forcica, MD. Risa Lavizzo-Mourey, MD, MBA. Secretos de la Geriatría. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999; 140-143.
13. Mary M. Burke, Mary B. Walsh . Enfermería Gerontológica : Cuidados integrales del adulto mayor . Madrid : Harcourt Brace , 1998 ; 501-510 : 573-574.
14. Oliver, E y Valls, R. Violencia de Género. Investigaciones sobre quiénes, por qué y cómo superarla. Barcelona: El Roure Editorial, S. A, 2004.
15. O'Malley TA, Everitt De, O'Malley HC, Champion EW. Identifying and preventing family-related abuse and neglect of elderly persons. Ann Intern Med 1983; 98: 998-1005.
16. Pérez Melero A . Enfermería Geriátrica . Madrid : Editorial Síntesis , 1995; 478-480.
17. Petrini M, Caretta F, Antico L, Bernabei R . Etica e Geriatria. Roma : EPSAG. Università Católica del Sacro Cuore , 1993 ; 17-19.
18. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. Gerontologist 1988; 28: 51-57.
19. Quinn MJ, Tomita SK. Elder abuse and neglect. Causes, diagnosis, and intervention strategies ( 2.ª ed.). Nueva York: Springer, 1997.
20. Ribera Casado, JM. Gil Gregorio, P. Problemas Éticos en relación con el paciente anciano. Clínicas Geriátricas XI. Madrid: Editores Médicos, S.A., 1995; 1-32: 155-171: 214-217.
21. Rodríguez R, Morales J, Encinar J, Trujillo Z, D'hyver C . Geriatria. México : McGraw-Hill Interamericana , 2000 ; 230-235: 295: 300-301
22. Ruiz-Jarabo Quemada, C y Banco Prieto, P. La violencia contra las mujeres. Prevención y Detección. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
23. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Solé M y Resquesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos, Atención Primaria. Vol27. Núm.5, 2001 ; 331-334.

24. Salgado Alba S., González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT. Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Barcelona: Masson, 1996; 6:79-80.
25. Sanmartín, J. El laberinto de la Violencia: causas, tipos y efectos. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Barcelona: Ariel, 2004.
26. Vega Martínez, M y Fernández Rodríguez, O. Malos Tratos: detección precoz y asistencia en atención primaria. Barcelona: Ars Médica, 2004.