

CAPÍTULO 5

El maltrato de las personas mayores

Antecedentes

El maltrato de las personas mayores por los miembros de la familia se remonta a la antigüedad. Sin embargo, hasta el advenimiento de las iniciativas para afrontar el maltrato de los menores y la violencia doméstica en los últimos 25 años del siglo XX, este tema se consideró como un asunto privado, que no debía ventilarse en público. Considerado inicialmente como un problema de bienestar social y luego como un tema relacionado con el envejecimiento, el maltrato de las personas de edad y otras formas de violencia doméstica se han convertido en cuestiones vinculadas con la salud pública y la justicia penal. Por consiguiente, estas dos disciplinas han determinado, en gran medida, la visión que se tiene del maltrato de las personas mayores, cómo se analiza y de qué manera debe abordarse. El presente capítulo se centra en el maltrato de los ancianos por los miembros de la familia o por otras personas conocidas de aquellos, en sus hogares o en los ámbitos residenciales o institucionales. En cambio, no se ocupa de otros tipos de violencia que pueden ejercerse contra las personas de edad, como la agresión de desconocidos o la resultante del delito callejero, las guerras de pandillas o los conflictos bélicos.

El maltrato de las personas mayores se describió por primera vez en 1975 en las revistas científicas británicas empleando el término “*granny battering*”, que podría traducirse como “abuelita golpeada” (1, 2). Sin embargo, fue el Congreso de los Estados Unidos el primero que abordó el tema en tanto cuestión social y política. Luego lo hicieron los investigadores y los profesionales. Durante los años ochenta se informó de investigaciones científicas y medidas de gobierno en Australia, Canadá, China (la RAE de Hong Kong), Estados Unidos, Noruega y Suecia, y en el decenio siguiente en Argentina, Brasil, Chile, India, Israel, Japón, Reino Unido, Sudáfrica y otros países europeos. Aunque el maltrato de los ancianos se identificó por primera vez en los países desarrollados, donde se han realizado la mayoría de las investigaciones existentes, los hechos anecdóticos y la información procedente de algunos países en desarrollo han demostrado que se trata de un fenómeno universal. El hecho de que ahora el

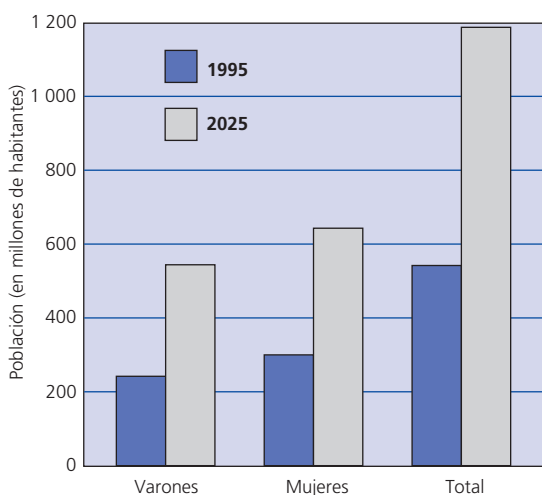
maltrato de los ancianos se esté tomando mucho más en serio es un reflejo del interés cada vez más generalizado por los derechos humanos y la igualdad en materia de género, y también por la violencia doméstica y el envejecimiento de la población.

La edad a partir de la cual una persona puede considerarse “anciana” no está definida con precisión, lo que dificulta las comparaciones entre los estudios y entre los países. En las sociedades occidentales, generalmente se considera que la senescencia coincide con la edad de la jubilación (60 ó 65 años). Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo este concepto social basado en la edad de la jubilación no tiene mayor significado. En estos países son más importantes las funciones que se asignan a cada persona en las distintas etapas de la vida. Por lo tanto, se considera que la vejez es el período de la vida en que las personas, debido a la pérdida de su capacidad física, ya no pueden desempeñar las funciones familiares o laborales que les corresponden.

La preocupación por el maltrato de las personas de edad avanzada ha aumentado, pues se ha tomado conciencia de que en los próximos decenios, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, se producirá un enorme aumento de la población de este grupo de edad, que en francés se denomina *le troisième âge* (la tercera edad). Según las predicciones, en el año 2025 la población mundial de 60 o más años aumentará a más del doble, de 542 millones en 1995 a cerca de 1 200 millones (figura 5.1). El número total de personas mayores que viven en los países en desarrollo también aumentará en una proporción similar para 2025, llegando a 850 millones de personas (3), es decir, 12% de la población total del mundo en desarrollo, aunque en algunos países, como Colombia, Indonesia, Kenya y Tailandia, se prevé que aumente más de cuatro veces. En todo el mundo, un millón de personas cumplen 60 años en un mes cualquiera, y de esa cifra, el 80% corresponde al mundo en desarrollo.

Las mujeres sobreviven a los hombres en casi todos los países del mundo, ricos y pobres (3). Sin embargo, esta brecha de género es considerablemente más estrecha en los países en desarrollo, debido

FIGURA 5.1
Crecimiento proyectado de la población mundial de 60 o más años de edad, 1995–2025



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2002.

sobre todo a que las tasas de mortalidad materna son mayores y, en los últimos años, también a la epidemia de SIDA.

Estos cambios demográficos están ocurriendo en los países en desarrollo simultáneamente con el aumento de la movilidad y la modificación de las estructuras familiares. La industrialización está socavando modelos muy antiguos de interdependencia entre varias generaciones de una misma familia. Para las personas mayores, este fenómeno suele acarrear dificultades materiales y emocionales. En muchos países en desarrollo, la rapidez con que se producen los cambios sociales y económicos ha contribuido a debilitar, y a menudo destruir, las redes familiares y comunitarias que en otras épocas habían servido de apoyo a la generación mayor. La pandemia de SIDA también está afectando significativamente a la vida de las personas mayores. Por ejemplo, en numerosas regiones del África subsahariana, muchísimos niños están quedando huérfanos porque sus padres mueren por causa de esa enfermedad. Los ancianos, que habían contado con el apoyo de sus hijos durante la vejez, se encuentran con que son ellos mismos los principales proveedores de cuidados y que no contarán con una familia que los ayude en el futuro.

Solo 30% de las personas mayores del mundo están cubiertas por regímenes jubilatorios. Por ejemplo, en Europa oriental y en los países de la ex Unión Soviética, el cambio de las economías de planificación a las economías de mercado ha dejado a muchas personas de edad avanzada desprovistas de ingresos jubilatorios y de los servicios de salud y bienestar social que proporcionaban los regímenes comunistas anteriores. Tanto en las economías de los países en desarrollo como en las de los países desarrollados, muchas veces la población general se ha visto afectada por problemas derivados de las desigualdades estructurales, como son los bajos salarios, la elevada tasa de desempleo, las deficiencias de los servicios de salud, la falta de oportunidades educativas y la discriminación contra la mujer. Todo ello ha contribuido a que los ancianos sean más pobres y vulnerables.

Las personas mayores de los países en desarrollo todavía corren riesgos significativos de contraer enfermedades transmisibles. Además, a medida que aumenta la esperanza de vida, el anciano será víctima de las mismas enfermedades prolongadas asociadas con la vejez, en gran medida incurables y a menudo discapacitantes, que actualmente son las de mayor prevalencia en los países desarrollados. También deberán hacer frente a los problemas ambientales y a las posibilidades de violencia en las sociedades en que viven. No obstante, los adelantos de las ciencias médicas y del bienestar social permitirán asegurar que muchos ancianos puedan gozar de períodos de vejez más prolongados y libres de discapacidades. Se podrán evitar ciertas enfermedades o reducir sus efectos mediante el perfeccionamiento de las estrategias de atención de salud. La gran cantidad de personas de edad resultante, con su valiosa reserva de experiencia y conocimientos, será muy beneficiosa para la sociedad.

¿Cómo se define el maltrato de las personas mayores?

En general, se conviene en que el maltrato de las personas mayores se puede cometer tanto por acción como por omisión (en ese caso, por lo común se denomina “descuido”), y que puede ser intencional o no. Además, puede ser de carácter físico o

psíquico (este último incluye las agresiones emocionales o verbales), o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales. Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida (4). La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá, probablemente, de la frecuencia con que se produzcan, su duración, gravedad y consecuencias, y, sobre todo, del contexto cultural. Por ejemplo, entre los navajos de los Estados Unidos, el hecho de que los ancianos de la tribu compartieran sus bienes materiales con los miembros de la familia había sido calificado por un investigador ajeno a dicha cultura como explotación económica por parte de esos parientes. Sin embargo, los ancianos en cuestión lo consideraban como un deber cultural, e incluso un verdadero privilegio (5). En otras tribus indígenas de los Estados Unidos el maltrato de los ancianos se consideraba como un problema comunitario y no individual (6).

Según la definición de la organización Acción contra el Maltrato de los Ancianos en el Reino Unido (7), adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores, “el maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor”. Por lo general, el maltrato se clasifica en las categorías siguientes:

- Maltrato físico: causar dolor o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas.
- Maltrato psíquico o emocional: infligir sufrimiento psíquico.
- Abuso económico o material: explotar a una persona mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita o indebida.
- Abuso sexual: mantener contacto sexual no consentido de cualquier tipo con una persona mayor.
- Descuido: negarse a cumplir con la obligación de atender a una persona mayor, o no

cumplirla. Esto puede entrañar o no la tentativa, consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional a la persona mayor.

En esta definición han influido en gran medida las investigaciones realizadas en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido. Los estudios llevados a cabo en China (la RAE de Hong Kong), Finlandia, Grecia, India, Irlanda, Israel, Noruega, Polonia y Sudáfrica han abordado el tema con enfoques bien diferenciados (8). Por ejemplo, los investigadores noruegos identificaron el maltrato con un “triángulo de violencia” que incluye a una víctima, un agresor y otras personas que, en forma directa o indirecta, observan a los protagonistas principales. En países como China, que hacen hincapié en la armonía y respeto sociales, descuidar a una persona mayor se considera como maltrato. El hecho de que los miembros de la familia no cumplan con sus obligaciones, derivadas de la relación de parentesco, de proporcionar a la persona mayor alimentos y vivienda, también se considera como descuido.

Las sociedades tradicionales

En el pasado, muchas sociedades tradicionales consideraban que la armonía familiar era un elemento importante de las relaciones familiares. Esta veneración de la familia se veía reforzada por las tradiciones filosóficas y las políticas públicas. En la sociedad china, estaba inmersa en un sistema de valores que otorgaba suma importancia a la “devoción filial”. No se reconocía el maltrato de los ancianos y, por cierto, no se lo denunciaba. Estas tradiciones ejercen su influencia hasta el día de hoy. Ciertos estudios realizados en los Estados Unidos sobre las actitudes frente al maltrato de las personas mayores pusieron de manifiesto que los ciudadanos de origen coreano creían que la armonía familiar debía privar por sobre el bienestar individual y que este criterio se empleaba como patrón para determinar si una conducta determinada podía considerarse como un acto de maltrato (9). Del mismo modo, las personas de origen japonés creían que el “grupo” era primordial y que el bienestar de una persona debía sacrificarse en pos del bien del grupo (10).

Desplazar a las personas mayores de su posición como jefes del hogar y privarlas de su autonomía en nombre del afecto son normas culturales, aun en los países en los que la familia es la institución básica y el sentimiento de deber filial es fuerte (11). Esa “infantilización” y sobreprotección pueden hacer que la persona mayor se sienta aislada, deprimida y desmoralizada y suele considerarse como una forma de maltrato. En algunas sociedades tradicionales, se abandona a las viudas ancianas y se les quita los bienes. Los ritos de duelo de las viudas en ciertos lugares de África y la India incluyen prácticas que en otras partes del mundo se considerarían crueles, como la violencia sexual, el levirato (la costumbre de obligar al hermano de un hombre que murió sin hijos a casarse con la viuda) y la expulsión del hogar (12). En algunos lugares, las acusaciones de brujería, muchas veces vinculadas con situaciones difíciles de explicar ocurridas en la comunidad local, tales como una muerte o la pérdida de la cosecha, recaen en las mujeres mayores y solas (13). En el África subsahariana, esas acusaciones han obligado a muchas mujeres mayores a abandonar su hogar y su comunidad para vivir en condiciones de pobreza en las zonas urbanas. En la República Unida de Tanzania se estima que unas 500 mujeres mayores son asesinadas cada año acusadas de brujería (14). Estos actos de violencia se han convertido en costumbres muy arraigadas en la sociedad, que quizá no las considere como “maltrato de los ancianos” (recuadro 5.1).

En un taller sobre el maltrato de los ancianos celebrado en Sudáfrica en 1992 se estableció una distinción entre *vejación* (que incluye el maltrato verbal, el descuido pasivo y activo, la explotación económica y el exceso de medicación) y *maltrato* (que incluye la violencia física, psíquica y sexual y el robo) (8). Desde entonces, se han realizado reuniones de grupos de discusión con los ancianos de tres municipios de Sudáfrica, tradicionalmente “negros”, con el objeto de determinar el nivel de conocimiento y de comprensión del fenómeno del maltrato de los ancianos en esas comunidades. Además del típico esquema occidental, que comprende el maltrato físico, verbal y económico, el abuso sexual y el descuido, los participantes quisieron agregar a la definición:

- la falta de respeto a los ancianos, que se equiparó con el descuido;
- las acusaciones de brujería;
- el maltrato infligido por los sistemas (en los dispensarios y en los organismos burocráticos).

Los grupos de discusión elaboraron las definiciones siguientes (15):

- Maltrato físico: pegarles y manosearlos violentamente.
- Maltrato emocional y verbal: discriminar a los ancianos por motivos de edad, insultarlos y usar palabras hirientes, denigrarlos, intimidarlos, formular acusaciones falsas, causarles dolor psíquico y sufrimiento.
- Abuso económico: extorsionar a los ancianos y controlar el dinero de la pensión, robarles los bienes y explotarlos, obligándolos a atender a los nietos.
- Abuso sexual: el incesto, la violación y otros tipos de coacción sexual.
- Descuido: perder el respeto por los ancianos, negarles el afecto y desentenderse de su bienestar.
- Acusaciones de brujería: estigmatizar a los ancianos y excluirlos de la comunidad.
- Maltrato infligido por los sistemas: deshumanizar el trato a los ancianos en los dispensarios y en las oficinas de los servicios de pensión, y hacerlos objeto de marginación por parte del gobierno.

Estas definiciones, propuestas por los participantes y clasificadas por los investigadores, fueron el resultado de un primer intento realizado en Sudáfrica por obtener información sobre el maltrato de los ancianos recurriendo directamente a ellos. También son la primera tentativa de clasificar el maltrato de los ancianos en un país en desarrollo, fundándose en el modelo occidental pero incorporando los elementos propios de la población indígena.

La magnitud del problema

En el ámbito doméstico

Como la mayoría de los países en desarrollo solo han tomado conciencia de este problema en los últimos años, para obtener información sobre la frecuencia del maltrato de ancianos ha sido necesario

RECUADRO 5.1**La brujería: amenaza de violencia en la República Unida de Tanzania**

En la República Unida de Tanzania, unas 500 mujeres mayores son asesinadas cada año acusadas de brujería. El problema es especialmente grave en Sukumaland, en el norte del país, donde muchas mujeres mayores abandonan sus hogares y comunidades por temor a ser acusadas de brujería y terminan viviendo en condiciones de indigencia en las zonas urbanas.

Las creencias en la brujería han existido en Sukumaland desde hace siglos, aunque la violencia que resulta de ella ha aumentado considerablemente en los últimos años. Esto puede deberse, en parte, al agravamiento de la pobreza, causado por la superpoblación del territorio donde viven los habitantes de la región, y también a la falta general de educación. Las personas pobres y sin educación tratan de explicar las desgracias que recaen sobre ellas (como las enfermedades y la muerte, la pérdida de los cultivos o el hecho de que se sequen los pozos de agua) buscando chivos expiatorios. En tal sentido, la brujería parece ser una buena explicación de las situaciones que de otro modo no pueden comprender ni controlar.

A veces, también se acusa a los hombres de brujería, pero como la sociedad considera que las mujeres son inferiores, sobre ellas recae el grueso de las acusaciones. A continuación se enumeran algunos de los recursos empleados en la región para acusar a las mujeres de brujería:

- *Los litigios por la tierra* son una causa subyacente común de la violencia ejercida contra las viudas. Según las leyes sucesorias, estas pueden seguir viviendo en la tierra de su esposo, pero sin gozar del derecho de propiedad. Cuando mueren, la tierra pasa a ser propiedad de los hijos de su esposo. Por lo tanto, las acusaciones de brujería se usan para deshacerse de las viudas que viven en la tierra como arrendatarias e impiden que los otros herederos las utilicen.
- Muchas veces, los miembros de la familia o los vecinos instigan a *los curanderos* a que acusen de brujería a las mujeres. Un joven mató a su madre después que un curandero le dijo que ella era la causante de sus problemas.
- *Los mitos* sobre el aspecto físico de las brujas (que presuntamente tienen los ojos rojos, por ejemplo), también dan pábulo muchas veces a las acusaciones. Los ojos de muchas mujeres de edad están enrojecidos por haberse pasado toda una vida cocinando en ambientes llenos de humo o porque padecen trastornos de salud, como la conjuntivitis.

Los líderes comunitarios en Sukumaland están pidiendo al gobierno que tome cartas en el asunto. Uno de ellos manifestó: "Es cuestión de educar a la gente. En otras zonas del país donde las personas están más instruidas, no tenemos este problema".

Hasta hace poco, el gobierno se mostraba renuente a reconocer que todavía existían las creencias en la brujería. Ahora el tema es objeto de amplio debate y se condena en forma oficial. En 1999, el gobierno tanzaniano estableció que la brujería sería el tema del Día Internacional de la Mujer.

Una organización no gubernamental local y HelpAge International también están adoptando medidas para mejorar la seguridad de las mujeres de edad en la República Unida de Tanzania. Su objetivo es modificar las actitudes y las creencias sobre la brujería y abordar algunos de los problemas prácticos que han contribuido a mantener vivas estas creencias, como la pobreza y las deficiencias habitacionales.

Fuente: traducido de la referencia 14 con el permiso de la editorial.

recurrir a cinco encuestas realizadas en el último decenio en cinco países desarrollados (16-20). Los resultados indican una tasa de maltrato de 4% a 6%

en la población de ancianos, si se incluyen el maltrato físico, psíquico y económico y el descuido. Uno de los problemas de comparabilidad de los estudios

radica en las diferencias temporales. Los estudios realizados en Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos hacen referencia al “año anterior”. El estudio de Finlandia investigó los malos tratos a partir de la “edad de la jubilación”, mientras que en el estudio de Gran Bretaña se examinaron los casos de “los últimos años”. En la primera serie de estudios (Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos) no se encontró ninguna diferencia significativa en las tasas de prevalencia de maltrato, desglosadas por edad o por sexo. En el estudio de Finlandia se comprobó que había mayor proporción de víctimas femeninas (7,0%) que masculinas (2,5%), mientras que en el estudio británico no se hizo ningún desglose por edad o sexo. Debido a las diferencias metodológicas de las cinco encuestas y al número relativamente pequeño de víctimas, no se justifica un análisis comparativo más exhaustivo.

En una encuesta reciente sobre la violencia doméstica en el Canadá se determinó que en los cinco años anteriores 7% de las personas mayores habían experimentado alguna forma de maltrato emocional, 1% habían sido víctimas de abuso económico y 1% habían sufrido maltrato físico o agresiones sexuales a manos de los niños, las personas que las atendían o el cónyuge (21). Los hombres (9%) tienen mayores probabilidades de denunciar maltrato emocional o económico que las mujeres (6%). Como las preguntas y el marco temporal de la encuesta eran distintos a los del estudio anterior llevado a cabo en el Canadá, los resultados de ambos no son comparables. En el primer estudio mencionado, la proporción de maltrato emocional era mucho más baja (1,4%) y la tasa de maltrato económico más elevada (2,5%) (17).

En los ámbitos institucionales

Hace un cuarto de siglo, la proporción de ancianos que vivían en instituciones en los países desarrollados había llegado a 9% (22). Desde entonces, los criterios se han modificado y se hace más hincapié en la atención comunitaria y en el uso de ámbitos residenciales menos restrictivos. Las tasas actuales de uso de los hogares de ancianos oscilan entre 4% y 7% en los países como Canadá (6,8%), Estados Unidos (4%), Israel (4,4%) y Sudáfrica (4,5%). En

la mayoría de los países africanos se encuentran ancianos en los pabellones de los hospitales de internación prolongada, en los hogares para indigentes y discapacitados y, en algunos países subsaharianos, en los “campos de brujas”. Los cambios sociales, económicos y culturales que se están produciendo en algunas de las sociedades en desarrollo harán que las familias no tengan las mismas posibilidades de cuidar a sus miembros más vulnerables y, por tanto, presagian mayor demanda de asistencia institucional. En China, la expectativa de asistencia institucional para las personas mayores se está convirtiendo en norma. En Taiwán (China), la asistencia institucional de los ancianos ha superado rápidamente a la atención familiar (AY Kwan, datos inéditos, 2000).

En América Latina, las tasas de internamiento en hogares de ancianos varían entre 1% y 4%. El cuidado de las personas mayores en instituciones especializadas ya no se considera inadmisibles, sino que las familias lo ven como una opción posible. Los asilos patrocinados por el Estado, enormes instituciones semejantes a los antiguos asilos de pobres de Inglaterra se han transformado en establecimientos más pequeños, con personal profesional multidisciplinario. Otros hogares están a cargo de las comunidades religiosas creadas por los inmigrantes. No se dispone de cifras correspondientes a las tasas de reclusión de los ancianos en los países del ex bloque de Europa oriental porque las autoridades de entonces no permitían que se publicara ese tipo de información.

A pesar de que existe una vasta bibliografía sobre la calidad de la atención en las instituciones, y que los casos de maltrato de ancianos han sido bien documentados en los informes de investigaciones gubernamentales, en los estudios etnográficos y las historias personales no hay datos nacionales sobre la prevalencia o la incidencia del maltrato sino solo datos locales de estudios en pequeña escala. Una encuesta realizada al personal de un hogar de ancianos en un estado de los Estados Unidos permitió comprobar que 36% del personal de enfermería y de servicios generales declaró que en el curso del último año había presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un residente cometido

por otro miembro del personal, mientras que 10% admitió haber cometido al menos un acto de maltrato físico. Asimismo, 81% de la muestra había observado al menos un incidente de maltrato psíquico contra un residente durante el año anterior y 40% reconoció también haber cometido actos de ese tipo (23). Los resultados indican que probablemente el maltrato de los residentes de edad avanzada en las instituciones sea un fenómeno aún más generalizado de lo que se cree.

Las tasas probables de maltrato de los ancianos, tanto en los ámbitos comunitarios como institucionales, quizá sean mayores de lo que permiten inferir las estadísticas generales recopiladas por los países sobre los actos de violencia. Algunas de las discrepancias se deben a que el maltrato de los ancianos no había sido reconocido como tal hasta los años setenta. Las defunciones de las personas mayores, tanto en los ámbitos institucionales como en la comunidad, se atribuían muchas veces a causas naturales, accidentes o motivos indeterminados, cuando en realidad habían sido consecuencia del maltrato o el descuido.

¿Cuáles son los factores de riesgo en el maltrato de las personas mayores?

La mayoría de las investigaciones iniciales sobre el maltrato de los ancianos se limitaban a estudiar el tema en el ámbito doméstico y se llevaron a cabo en los países desarrollados. Para tratar de explicar el maltrato de los ancianos, los investigadores examinaron la bibliografía especializada en psicología, sociología y gerontología y en el estudio de la violencia doméstica. Para poder tener en cuenta la complejidad de este tema y los diversos factores asociados con él, los investigadores han recurrido al modelo ecológico, que se aplicó por primera vez en el estudio del maltrato y el descuido de los menores (24), y más recientemente en la del maltrato de los ancianos (25, 26). Este modelo permite considerar las interacciones que se producen entre varios sistemas. Como se indica en el capítulo 1, el modelo consiste en una jerarquía de cuatro niveles superpuestos: el individual, el relacional, el comunitario y el social.

Factores individuales

Los primeros investigadores en este campo le restaron importancia a los trastornos de la personalidad, en tanto agentes causales de la violencia doméstica, para dar mayor relevancia a los factores sociales y culturales (27). No obstante, más recientemente las investigaciones sobre la violencia familiar han demostrado que quienes ejercen violencia física es más probable que tengan trastornos de personalidad y problemas asociados con el abuso del alcohol que la población general (28). Del mismo modo, los estudios limitados a la violencia contra los ancianos en el ámbito doméstico han comprobado que quienes la infligen tienen más probabilidades de padecer problemas de salud mental y de abuso de sustancias que los miembros de la familia de los ancianos u otros cuidadores, que no son violentos o propensos a maltratar a los demás (29-31).

En los primeros estudios también se estableció que las deficiencias cognitivas y físicas de las personas mayores maltratadas estaban asociadas estrechamente con los factores de riesgo de maltrato. Sin embargo, un estudio posterior sobre diversos casos realizado por un organismo de servicios sociales puso de manifiesto que los ancianos que habían sido maltratados no eran más débiles que sus pares no maltratados y que el maltrato podía ser aun menor, especialmente en los casos de maltrato físico y verbal (32). En otros estudios, una comparación de cohortes de pacientes con enfermedad de Alzheimer permitió inferir que el grado de deficiencia no era un factor de riesgo de maltrato (33, 34). Sin embargo, entre los casos de maltrato denunciados a las autoridades, la mayor proporción generalmente correspondía a las personas muy ancianas y más disminuidas.

Algunos investigadores han postulado que el género puede ser un factor determinante del maltrato de ancianos, porque es posible que las mujeres mayores hayan sido objeto de opresión y hayan estado en situación de desventaja económica durante toda su vida (35). Sin embargo, como parecen indicar los estudios comunitarios de prevalencia, el nivel de riesgo de maltrato de los ancianos por parte de sus cónyuges, hijos adultos y otros familiares es aproximadamente el mismo que el de las ancianas (16, 17).

Aunque en un estudio de prevalencia del maltrato de las personas mayores realizado en los Estados Unidos los ingresos de estas no resultaron un elemento significativo, las dificultades económicas del agresor parecían ser un factor de riesgo importante. A veces este fenómeno tenía relación con un problema de abuso de sustancias de un hijo adulto, que lo llevaba a extorsionar a la persona mayor, por ejemplo, quitándole el cheque de la jubilación. El resentimiento de los miembros de la familia por los gastos que entraña la atención de la persona mayor también puede haber desempeñado un papel en este tipo de maltrato.

Factores relacionales

En los primeros modelos teóricos, se consideró que el nivel de estrés de quienes cuidan a una persona de edad era un factor de riesgo en el que estaba asociado el maltrato del anciano con la atención de un familiar anciano (36, 37). Si bien la mayoría de la gente ve en el maltrato a una víctima dependiente y a una persona agobiada que la cuida, hay cada vez más datos probatorios de que ninguno de estos dos factores permite explicar en forma adecuada los casos de maltrato. Aunque los investigadores no descartan que el estrés sea uno de los componentes, ahora suelen tenerlo en cuenta en un contexto más amplio, en el que la calidad de la relación en general es un factor causal (30, 34, 38). Algunos de los estudios que incluyen variables tales como el estrés del cuidador, la enfermedad de Alzheimer y el maltrato de los ancianos, indican que el carácter de la relación entre los que brindan el cuidado y los que lo reciben, antes de que se produzca el maltrato, puede ser un factor importante para predecir el maltrato (34, 39, 40). Por consiguiente, hoy día se cree que el estrés puede ser un factor coadyuvante en los casos de maltrato, pero no explica por sí mismo este fenómeno.

El trabajo con pacientes afectados de demencia ha demostrado que las acciones violentas de quien recibe la atención pueden actuar como “factores desencadenantes” de la violencia correlativa del cuidador (41). Puede ser que la violencia sea el resultado de la acción recíproca de varios factores, entre ellos el estrés, la relación entre quien recibe

la atención y quien la brinda, las conductas perturbadoras y la agresión por parte del receptor de la atención y la depresión del cuidador (42).

Ciertas condiciones de vida, en especial el hacinamiento y la falta de privacidad, han sido asociadas con los conflictos familiares. Aunque el maltrato puede producirse cuando la persona que lo inflige y la que lo sufre viven separados, este último corre más riesgo cuando ambos viven bajo el mismo techo.

En las primeras teorías sobre este tema también se intentó establecer si existía una relación entre la dependencia y el mayor riesgo de maltrato. Inicialmente, se hizo hincapié en la relación de dependencia de la víctima con la persona que la cuida o el agresor, aunque estudios de casos posteriores permitieron detectar situaciones en que los agresores dependían de la persona mayor; por lo general, hijos adultos que dependen de sus padres ancianos para el alojamiento o el sustento (32). En algunos de estos casos resultó evidente la existencia de una “maraña de interdependencias”, esto es, un vínculo emocional muy fuerte entre la víctima y el agresor, que muchas veces dificultaba la intervención de terceros.

Factores comunitarios y sociales

En casi todos los estudios de los factores de riesgo, el factor comunitario de aislamiento social resulta significativo en el maltrato de los ancianos (17, 29, 43, 44). Como sucede con las mujeres maltratadas, el aislamiento de las personas de edad puede ser tanto una causa como una consecuencia del maltrato. Muchas veces se procede a aislar a las personas de edad debido a ciertas deficiencias físicas o mentales. Además, la pérdida de amigos y de miembros de la familia reduce las posibilidades de interacción social.

Aunque hasta ahora hay pocas pruebas empíricas sólidas, hoy día se considera que los factores sociales son importantes como factores de riesgo en el maltrato de los ancianos, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. En el pasado, generalmente se hacía hincapié en los atributos individuales o interpersonales como posibles factores causales del maltrato de las personas de edad. En la actualidad, se reconoce que las normas culturales y las tradiciones, como los prejuicios

contra la vejez, el sexismo y la cultura de la violencia, también desempeñan un papel subyacente importante. Muchas veces se dice que las personas mayores son frágiles, débiles y dependientes, y por ello menos merecedoras que otros grupos de los fondos del Estado, e incluso de la atención familiar, y se las ha considerado como blancos fáciles para la explotación.

En cuanto al África subsahariana en especial, los factores sociales y comunitarios comprenden (12):

- los sistemas de descendencia patrilineal y matrilineal y los derechos de tierras, que determinan la distribución del poder;
- la forma en que las sociedades conciben la función de las mujeres;
- el debilitamiento de los vínculos estrechos entre las generaciones de una misma familia, causado por la emigración del campo a la ciudad y la mayor instrucción formal;
- la pérdida, provocada por la modernización, de la tradicional función ritual y de arbitraje familiar de las personas mayores.

Según el estudio de los grupos de discusión realizado en Sudáfrica, gran parte del maltrato, y en especial de la violencia doméstica, ocurría como resultado de los trastornos sociales, exacerbados por el delito, el alcohol y las drogas. En un ejercicio realizado por siete líderes comunitarios varones del campamento de ocupantes ilegales de Tamaho, en Katlehong (Sudáfrica), se llegó a las mismas conclusiones (15). Trazando un vínculo entre la pobreza y la violencia, describieron la manera en que una vida familiar disfuncional, la carencia de dinero para los artículos esenciales y la falta de educación y de oportunidades laborales contribuyen a que los jóvenes se dediquen al delito, el tráfico de drogas y la prostitución. En este tipo de sociedades, las personas mayores se consideran como un blanco para el maltrato y la explotación, pues su vulnerabilidad es el resultado de una situación de pobreza caracterizada por la carencia de una jubilación y de oportunidades de trabajo, la falta de higiene, la enfermedad y la mala nutrición.

Las transformaciones políticas ocurridas en Europa oriental después de la caída del comunismo también han creado condiciones que aumentan el

riesgo de maltrato de los ancianos. Se ha señalado que algunos de los factores que han afectado a la salud y al bienestar psicosocial del conjunto de la población, en especial de los ancianos, cuya vulnerabilidad al maltrato se ha agravado en consecuencia, son los siguientes:

- la pauperización creciente de segmentos importantes de la sociedad;
- el elevado nivel de desempleo;
- la falta de estabilidad y de servicios de seguridad social;
- la exteriorización de una actitud agresiva, especialmente en los jóvenes.

Con respecto a la sociedad china, se han propuesto varios motivos (45) para explicar el maltrato de las personas mayores:

- la falta de respeto de las generaciones más jóvenes;
- las tensiones entre las estructuras familiares tradicionales y las nuevas;
- la reestructuración de las redes básicas de apoyo a los ancianos;
- la emigración de las parejas jóvenes a las nuevas ciudades, dejando a los padres ancianos en zonas de viviendas cada vez más deterioradas, ubicadas en el centro de las ciudades.

En general, los estudios sobre el maltrato de los ancianos se han centrado en los problemas interpersonales y familiares. Sin embargo, es más apropiado emplear un modelo integrado, que abarque las perspectivas individuales, interpersonales, comunitarias y sociales y reduzca en alguna medida el sesgo observado en los estudios anteriores. En este modelo se toman en cuenta las dificultades con que se enfrentan las personas mayores, especialmente las mujeres. Muchas veces estas personas viven en condiciones de pobreza, sin poder satisfacer las necesidades vitales básicas y sin contar con el apoyo de la familia, factores que agravan el riesgo de maltrato, descuido y explotación.

Consecuencias del maltrato de las personas mayores

Para los ancianos, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves. Se trata de personas físicamente más débiles y más vulnerables que

los adultos más jóvenes, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia son más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes. Muchos ancianos sobreviven con ingresos limitados, de modo que la pérdida de una suma de dinero, por pequeña que sea, puede tener un impacto significativo. Posiblemente vivan aislados, solos o atormentados por alguna enfermedad, y en ese caso están más expuestos a convertirse en blanco de algún fraude.

En el ámbito doméstico

Se han realizado muy pocos estudios empíricos para determinar las consecuencias del maltrato, aunque en los estudios clínicos y de casos hay abundante información sobre las graves dificultades emocionales de las personas mayores maltratadas. En diversas investigaciones realizadas en los países desarrollados se encuentran ciertos datos fidedignos que demuestran que la depresión o las dificultades psicológicas son más frecuentes en los ancianos maltratados que en sus pares no maltratados (31, 46, 47). Como las investigaciones mencionadas se hicieron empleando un diseño transversal, no se puede determinar si las condiciones eran preexistentes o una consecuencia del maltrato. También se ha señalado que existen otros síntomas asociados con los casos de maltrato, como los sentimientos de impotencia, alienación, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación y el estrés postraumático (48, 49). Los participantes en el estudio del grupo de discusión de Sudáfrica también señalaron que se producían efectos emocionales y problemas de salud y, al decir de uno de ellos, “se enferma el corazón” (15).

En una investigación sumamente importante realizada en New Haven (Estados Unidos), los datos de un estudio integral anual de salud y bienestar efectuado en una muestra representativa de 2 812 personas mayores, todos los años durante nueve años, se combinaron con la base de datos del organismo local que se ocupa de los problemas de maltrato de los adultos (50). La información de la encuesta de salud fue registrada por enfermeras que entrevistaban a las personas mayores en un hospital, el primer año para registrar sus datos y luego cada tres años. En los años intermedios, los datos se actualizaban

telefónicamente. La información sobre malos tratos y descuido fue recopilada por asistentes sociales que utilizaron los protocolos existentes tras investigar las denuncias de maltrato, por lo general mediante una visita domiciliaria. La base de datos combinada permitió a los investigadores identificar a los integrantes de la muestra que, durante el estudio de nueve años, habían sido víctimas comprobadas de maltrato físico o descuido. Se calcularon luego las tasas de mortalidad, empezando el primer año de la encuesta y durante los 12 años posteriores, tanto para los que habían sido víctimas de malos tratos o descuido como para el resto del grupo. Cuando se compararon las tasas de mortalidad de ambos grupos, 13 años después de iniciado el estudio, se informó que 40% de las personas que no habían sido víctimas de maltrato o descuido aún vivían, mientras que en el otro grupo la proporción era de 9%. Después de verificar todos los factores que podían influir en la mortalidad (como la edad, el sexo, los ingresos, las condiciones funcionales y cognoscitivas, el diagnóstico y el grado de apoyo social), y al no haber encontrado ninguna relación significativa con estos otros factores, los investigadores concluyeron que el maltrato genera un gran estrés interpersonal que puede aumentar el riesgo de muerte.

En los ámbitos institucionales

Se ha comprobado que se produce maltrato de las personas mayores en los establecimientos de atención permanente (como los hogares de ancianos, los establecimientos de atención residencial, los hospitales y los centros de atención ambulatoria) de casi todos los países donde existen este tipo de instituciones. Son varias las personas que pueden infligir malos tratos: un miembro del personal asalariado, otro residente, un visitante voluntario o los familiares y amigos. Una relación de maltrato o descuido entre el anciano y la persona que lo atiende en su hogar no se interrumpe necesariamente cuando aquel ingresa al sistema de asistencia institucional. A veces, el maltrato continúa en el nuevo ámbito.

Es preciso distinguir entre los actos individuales de maltrato o descuido en un ámbito institucional y el maltrato institucional, en el que el régimen predominante en la propia institución es el maltrato o

descuido. Sin embargo, muchas veces resulta difícil determinar en la práctica si el maltrato o descuido descubiertos en una institución han sido consecuencia de actos individuales o se originan en fallas institucionales, pues en muchos casos ambos se superponen.

La variedad de actos de maltrato y descuido en las instituciones es considerable (51) y puede estar relacionada con cualquiera de los factores siguientes:

- La prestación de la atención: por ejemplo, la resistencia a los cambios en la medicina geriátrica, el deterioro de la atención individual, la alimentación inadecuada y las deficiencias en la atención de enfermería (por ejemplo la falta de cuidado de las úlceras de decúbito).
- Los problemas del personal: por ejemplo, el estrés laboral y el agotamiento, el trabajo en condiciones materiales deficientes, la falta de capacitación, y los problemas psíquicos.
- Las dificultades en las interacciones entre el personal y los residentes: por ejemplo, la falta de comunicación, la agresividad de los residentes y las diferencias culturales.
- Las condiciones externas: por ejemplo, la falta de privacidad esencial, el deterioro de los establecimientos, el uso de medios de inmovilización, la falta de estimulación sensorial adecuada y la propensión a los accidentes dentro de la institución.
- Las políticas institucionales: por ejemplo, las que se adoptan para beneficio de la institución dejando a los residentes pocas posibilidades de elección en lo que respecta a su vida cotidiana, las actitudes burocráticas o de indiferencia hacia los internados, la escasez de personal o su rotación frecuente, el manejo fraudulento de las pertenencias o el dinero de los pacientes y la inexistencia de un consejo de residentes o de un consejo de familiares de los residentes.

Ciertos datos anecdóticos procedentes de la India parecen indicar que muchas veces el personal perpetúa el maltrato institucional mediante la aplicación de un sistema regimentado, que no admite cuestionamientos, establecido en nombre de la disciplina o de una protección impuesta. Otro recurso

utilizado para ese fin es aprovecharse de la situación de dependencia de las personas mayores. También se observó que la falta de personal de dirección capacitado profesionalmente agrava este problema.

A la luz de los conocimientos actuales, es imposible saber con qué frecuencia se producen este tipo de situaciones. En 1997, el gobierno de los Estados Unidos realizó una encuesta en 15 000 hogares de ancianos (52) con el objeto de detectar las deficiencias más importantes. A continuación se enumeran las 10 más graves, clasificadas en categorías generales:

1. Preparación de alimentos (21,8%).
2. Evaluación integral: una evaluación documentada de todas las necesidades de atención, entre ellas la atención médica, de enfermería y la atención social (17,3%).
3. Planes de atención integrales: generalmente en forma de un registro en el que se especifican las necesidades de atención cotidiana de un paciente y se designa a la persona responsable de brindarla, así como observaciones sobre su evolución y los cambios necesarios (17,1%).
4. Accidentes (16,6%).
5. Úlceras de decúbito (16,1%).
6. Calidad de la atención (14,4%).
7. Uso de medios de inmovilización (13,3%).
8. Administración interna (13,3%).
9. Falta de dignidad (13,2%).
10. Prevención de accidentes (11,9%).

El maltrato y el descuido pueden producirse en muchos tipos de instituciones, aun en las que parecen prestar una atención de excelente calidad a los pacientes. Una constatación fundamental, resultante de un examen de las investigaciones realizadas sobre los escándalos ocurridos en la atención institucional, da motivos para creer que un régimen aceptable o bueno de atención podría transformarse en maltrato con relativa facilidad y rapidez, sin que se produjeran cambios detectables de la situación aparente (53).

¿Qué se puede hacer para prevenir el maltrato de las personas mayores?

Los efectos de la violencia física y psicológica sobre la salud de una persona mayor se ven exacerbados

por el proceso de envejecimiento y las enfermedades características de la vejez. Es más difícil para los ancianos evadirse de una relación de maltrato o tomar las decisiones apropiadas debido a las deficiencias físicas y cognitivas que generalmente sufren. En algunos lugares, las obligaciones derivadas del parentesco y el recurso al círculo familiar ampliado para resolver las dificultades también pueden reducir la capacidad de las personas mayores, en especial de las mujeres, para eludir las situaciones peligrosas. A menudo, el agresor puede ser la única compañía con que cuenta la persona maltratada. Por estas y otras consideraciones, prevenir el maltrato de los ancianos plantea a los profesionales un sinnúmero de problemas. En la mayoría de los casos, el mayor dilema es cómo lograr un equilibrio entre el derecho a la autodeterminación de la persona de más edad y la necesidad de adoptar las medidas necesarias para poner fin a la situación de maltrato.

Respuestas a escala nacional

Los esfuerzos por impulsar la acción social contra el maltrato de los ancianos en el plano nacional y elaborar leyes y otras iniciativas de políticas tienen distintos grados de desarrollo en todo el mundo. Algunos autores (54, 55) han utilizado el modelo de Blumer (56) de los problemas sociales para definir las diversas etapas del proceso:

- la aparición de un problema;
- la legitimación del problema;
- la movilización en favor de la adopción de medidas;
- la formulación de un plan oficial;
- la ejecución del plan.

Estados Unidos es el país más avanzado en cuanto a las respuestas en el ámbito nacional, y cuenta con un sistema plenamente desarrollado de notificación y tratamiento de los casos de maltrato de ancianos. Este sistema funciona a nivel estatal y la participación del gobierno federal se limita al apoyo prestado al Centro Nacional para la Prevención del Maltrato de los Ancianos, que proporciona asistencia técnica y un monto reducido de fondos a los servicios estatales de prevención del maltrato de los ancianos. Otros centros nacionales de referencia son

el Comité Nacional para la Prevención del Maltrato de los Ancianos, una organización sin fines de lucro creada en 1988, y la Asociación Nacional de Administradores de los Servicios Estatales de Protección de los Ancianos, creada en 1989.

En Australia y el Canadá, algunas provincias o estados han establecido sistemas para atender los casos de maltrato de ancianos, pero no se ha elaborado ninguna política oficial en el plano federal. Nueva Zelanda ha puesto en marcha una serie de proyectos piloto en todo el país. Estos tres países tienen grupos nacionales. El Consejo Asesor Nacional de Nueva Zelanda sobre el Maltrato y el Descuido de los Ancianos se creó a comienzos de los años noventa para elaborar un enfoque nacional para las estrategias de atención y protección de las personas de edad avanzada. La Red Australiana de Prevención del Maltrato de los Ancianos se constituyó en 1998 como centro de contacto e intercambio de información entre quienes trabajan con adultos mayores víctimas de malos tratos. En 1999, se fundó la Red Canadiense para la Prevención del Maltrato de los Ancianos con objetivos similares: encontrar formas de elaborar políticas, programas y servicios dirigidos a eliminar el maltrato de los ancianos.

En el Reino Unido, Acción contra el Maltrato de los Ancianos, una organización no gubernamental de nivel nacional, ha contribuido a centrar la atención del gobierno en el maltrato de las personas mayores, impulsando la elaboración de documentos de política por parte del Departamento de Salud y la Dirección de Servicios Sociales. Noruega es el país escandinavo más avanzado en esta materia y ha logrado la aprobación parlamentaria de un proyecto de servicios en Oslo y un centro de recursos para la información y la investigación sobre la violencia. Este último se ha concretado en gran parte como resultado de la acción de los activistas contra el maltrato de los ancianos. Otros países europeos, como Alemania, Francia, Italia y Polonia, están en la etapa de “legitimación” del modelo de Blumer. Las actividades en favor de la prevención del maltrato de los ancianos en estos países se limitan principalmente a la labor individual de los investigadores y a algunos programas locales.

El Comité Latinoamericano para la Prevención del Maltrato de los Ancianos ha hecho una campaña intensa para llamar la atención sobre este problema en los países latinoamericanos y caribeños, y proporciona capacitación en las reuniones regionales y nacionales. Algunos países, como Cuba, Perú, Uruguay y Venezuela, apenas están tomando conciencia del problema y las actividades consisten principalmente en reuniones de profesionales y estudios de investigación. Otros países de la región, como Argentina, Brasil y Chile, han pasado a la etapa de legitimación y de adopción de medidas.

En Buenos Aires (Argentina), el programa “Proteger”, que se ocupa exclusivamente de los casos de maltrato de ancianos, se inició en 1998 como parte de los programas de la Secretaría de Promoción Social, Dirección General de la Tercera Edad. Los profesionales y otros trabajadores que participan en este programa reciben capacitación en gerontología durante un período de seis meses, en el que se hace hincapié en la prevención de la violencia y las intervenciones en los casos de maltrato de ancianos. “Proteger” también tiene una línea telefónica de ayuda gratuita.

En el Brasil, el apoyo oficial a las actividades de capacitación en materia de maltrato de ancianos ha estado a cargo de los ministerios de justicia, y de salud y previsión social. En Chile, como resultado de la labor de la Comisión Interministerial de Prevención de la Violencia Intrafamiliar, en 1994 se aprobó una ley contra la violencia en la familia (57). Esta ley abarca todos los actos de violencia en el hogar, con inclusión de los dirigidos contra los ancianos.

En Asia, los estudios realizados por investigadores de China (la RAE de Hong Kong), India, Japón y la República de Corea han hecho notar el problema del maltrato de los ancianos, pero hasta ahora no se ha adoptado medida oficial alguna en materia de políticas ni de elaboración de programas.

Los informes sobre el maltrato de los ancianos en Sudáfrica salieron a la luz por primera vez en 1981. En 1994, el Estado y el sector privado establecieron un programa preventivo conjunto sobre el maltrato en las instituciones (58). Los activistas que realizaban labores de prevención del maltrato

de ancianos promovieron resueltamente la idea de formular una estrategia nacional contra este tipo de maltrato, una propuesta que el gobierno está analizando en la actualidad. Asimismo, impulsaron la inclusión del tema del maltrato de los ancianos en la declaración final de la Conferencia de la Comunidad de Desarrollo del África Meridional sobre la Prevención de la Violencia contra la Mujer, celebrada en Maseru (Lesotho) en diciembre de 2000. La Coalición Nigeriana para la Prevención del Maltrato de los Ancianos reúne a todos los organismos y grupos que trabajan con los ancianos y para estos. En muchos otros países africanos, los esfuerzos por abordar el maltrato de los ancianos quedan relegados a segundo plano por otros problemas que parecen más apremiantes, como las guerras, la pobreza y la deuda.

Como consecuencia de la rápida ampliación de las actividades relacionadas con el maltrato de los ancianos en todo el mundo, en 1997 se creó la Red Internacional para la Prevención de los Malos Tratos a los Ancianos (INPEA), en la que están representados los seis continentes. Los objetivos de la red son: sensibilizar a la opinión pública; fomentar la educación y la capacitación; organizar campañas en favor de las personas de edad maltratadas y descuidadas; y promover las investigaciones sobre las causas, las consecuencias, el tratamiento y la prevención del maltrato de los ancianos. Durante las primeras etapas de desarrollo de la INPEA, el medio principal de capacitación han sido los talleres, que se han llevado a cabo en reuniones de profesionales celebradas en Australia, Brasil, Canadá, Cuba, Estados Unidos y el Reino Unido. Se ha creado un boletín informativo trimestral y un sitio web. La INPEA también inspiró la creación de las redes australiana y canadiense.

Respuestas locales

La mayoría de los programas establecidos para abordar el problema del maltrato de los ancianos se realizan en los países de ingresos altos. Generalmente se llevan a cabo con el auspicio de los servicios sociales, los sistemas de atención de salud o los sistemas jurídicos, o conjuntamente con los programas de lucha contra la violencia familiar. Aunque se

ha demostrado que en varios países de ingreso bajo o mediano el maltrato de los ancianos también existe, se han implantado pocos programas específicos. En esos países, los casos de maltrato de ancianos suelen ser manejados por organismos de servicios sociales gubernamentales o no gubernamentales, aunque quizás el personal no siempre esté bien informado sobre el tema. Una excepción es Costa Rica, donde existe un programa nacional muy importante (11). En algunos países no existe ningún servicio social o sistema de atención de salud para abordar el maltrato de los ancianos.

Servicios sociales

En general, los países que prestan servicios a las personas mayores maltratadas, descuidadas o explotadas lo han hecho por conducto de la red de servicios sociales y de salud existentes. Muchas veces estos casos suponen problemas médicos, jurídicos, éticos, psíquicos, financieros, de fiscalización y ambientales. Se han elaborado normas y protocolos para ayudar a los asistentes sociales y generalmente se les proporciona capacitación especial. Lo más común es que la atención se planifique con equipos de consultores especializados en una amplia gama de disciplinas. Estos servicios suelen operar en estrecha colaboración con grupos de trabajo, que en la mayoría de los casos representan órganos estatutarios y organizaciones de voluntarios, privadas y de beneficencia que prestan servicios de asesoramiento, imparten capacitación, elaboran modelos de legislación e identifican las deficiencias del sistema. Muchas veces, estos servicios cuentan con líneas telefónicas de ayuda para recibir denuncias de malos tratos (59, 60). Actualmente, hay líneas de este tipo en el Reino Unido y en comunidades locales de Alemania, Francia y Japón (recuadro 5.2). Solo los Estados Unidos y varias provincias del Canadá han creado un sistema para manejar exclusivamente las denuncias de maltrato de adultos. En estos servicios de protección de las personas adultas (como se los conoce), los asistentes sociales investigan y evalúan los casos, elaboran planes para atenderlos en forma adecuada y realizan una tarea de supervisión hasta que puedan derivarse a los organismos de servicios para las personas de edad.

Cada vez hay más interés por proporcionar servicios a los ancianos víctimas de malos tratos, aplicando criterios similares a los desarrollados para las mujeres golpeadas. Los refugios de emergencia y los grupos de apoyo especiales para las personas de edad maltratadas son relativamente nuevos. Constituyen un ámbito donde las víctimas pueden conversar sobre sus experiencias, fortalecerse psíquicamente para superar sus miedos, sus dudas, el estrés y la ansiedad, y mejorar su autoestima. Un ejemplo de cómo se ha adaptado el modelo de la violencia doméstica para abordar el problema del maltrato de las personas mayores es el programa desarrollado por la Federación Finlandesa de Hogares y Residencias para Madres y Niños, en colaboración con un hogar de ancianos local y el sistema de atención de salud finlandés. Mediante este proyecto se provee de camas de urgencia en el hogar de ancianos, una línea telefónica de ayuda que brinda asesoramiento, y la posibilidad de que las víctimas hablen de sus problemas y asistan a una reunión de grupos de apoyo cada dos semanas. En Alemania, Canadá, Estados Unidos y Japón existen refugios de emergencia de ese tipo.

En los países de ingreso bajo, que carecen de la infraestructura de servicios sociales necesaria para aplicar este tipo de programas, pueden establecerse proyectos locales para ayudar a las personas mayores a planificar los programas y crear sus propios servicios, así como para organizar campañas que promuevan un cambio de conducta. Estas actividades también permitirán fortalecer a las personas mayores y mejorar su autoestima. Por ejemplo, en Guatemala, las personas mayores ciegas que habían sido expulsadas de su hogar por la familia formaron su propio comité, crearon su propia casa refugio y pusieron en marcha proyectos de artesanías y de otro tipo, que generaran ingresos locales para ayudar a financiarla (61).

Atención de salud

En algunos países latinoamericanos y europeos, así como en Australia, los profesionales de la medicina han desempeñado un papel protagónico en la difusión pública del problema del maltrato de los ancianos. En otros países, como el Canadá y

RECUADRO 5.2**El Centro de Prevención del Maltrato de los Ancianos de Japón**

En 1993, la Sociedad para el Estudio del Maltrato de los Ancianos de Japón, un grupo independiente integrado en su mayor parte por asistentes sociales y académicos, realizó una encuesta nacional en los centros de asistencia de las distintas comunidades. El estudio permitió confirmar la existencia de maltrato a los ancianos en ese país. Sobre la base de los resultados, la Sociedad decidió que la mejor manera de abordar el problema era crear un servicio de orientación telefónica, similar al que ha organizado Acción contra el Maltrato de los Ancianos, en el Reino Unido (60).

El Centro de Prevención del Maltrato de los Ancianos de Japón se creó en 1996, con la ayuda financiera de una organización no gubernamental nacional, con carácter de entidad sin fines de lucro, que ofrece un servicio de orientación telefónica operado por voluntarios, conocido sencillamente como *Línea de ayuda*. Uno de los miembros de la Sociedad para el Estudio del Maltrato de los Ancianos, director de un hogar para convalecientes, destinó una habitación del hogar que presidía para que se utilizara como oficina y además proporcionó otros tipos de ayuda. El servicio de orientación se anunció en los periódicos, en los centros de apoyo y en otros organismos.

Ahora la *Línea de ayuda* ofrece una amplia gama de informaciones, así como orientación en temas jurídicos, a toda persona que tenga un problema relacionado con el maltrato de ancianos. También proporciona servicios de atención de salud y de asistentes sociales.

Al principio, todos los consejeros de la *Línea de ayuda* eran miembros de la Sociedad, pero posteriormente se incorporaron al personal tres voluntarios externos. Todos los días hay dos consejeros a cargo de la asistencia. Los nuevos reciben una capacitación integral y todos asisten a las reuniones mensuales de la Sociedad para intercambiar información sobre el maltrato a los ancianos y examinar sus estudios de casos. Si surge la necesidad, se puede recurrir a profesionales externos para ayudar a tratar los casos especiales.

La *Línea de ayuda* es solo un servicio telefónico. Si alguien necesita orientación personal en vez de telefónica, el caso se deriva a un centro local de apoyo de servicio domiciliario. La privacidad, la confidencialidad y el carácter anónimo de los que llaman son aspectos fundamentales de la *Línea de ayuda*.

los Estados Unidos, los médicos han quedado rezagados muchos años con respecto a los trabajadores sociales y los profesionales de enfermería. Es poco común que los hospitales cuenten con programas de intervención en favor de las personas mayores maltratadas, y cuando los tienen, generalmente consisten en equipos de consulta que están en guardia pasiva por si se denuncia un presunto caso de maltrato. El personal sanitario puede desempeñar un papel importante en los programas orientados a detectar el maltrato.

Si bien cabe suponer que los médicos son quienes están en mejores condiciones para detectar los casos de maltrato, debido en parte a la confianza que la mayoría de las personas de edad depositan en ellos, muchos no son capaces de diagnosticar el

maltrato porque este tipo de situaciones no son parte de su adiestramiento formal o profesional y, en consecuencia, no figuran en su lista de diagnósticos diferenciales.

En las salas de urgencias, también se tiene la impresión de que, por lo general, se presta escasa atención a las necesidades especiales de las personas mayores. Los profesionales de la atención de salud a menudo se sienten más cómodos tratando a los jóvenes que a los ancianos, y muchas veces prestan poca atención a las inquietudes de estos últimos. Pocos departamentos de urgencia emplean protocolos para detectar y tratar los problemas de maltrato de las personas mayores y rara vez intentan abordar las cuestiones relacionadas con la salud mental o los signos conductuales del maltrato de

los ancianos, como la depresión, los intentos de suicidio o el abuso del alcohol o de drogas (62).

Si un médico u otro trabajador de la salud observa cualquiera de los signos siguientes, deberían investigar la situación del paciente para determinar la posibilidad de que sea víctima de maltrato (63, 64):

- el anciano tarda en solicitar atención médica cuando se lesiona o enferma;
- las explicaciones del anciano o de la persona que lo cuida sobre las lesiones o la enfermedad son vagas o inverosímiles;
- las versiones del paciente y de la persona que lo cuida sobre los antecedentes clínicos son distintas;
- la concurrencia frecuente a los departamentos de urgencia porque una afección crónica ha empeorado, a pesar de que se ha indicado un plan de atención y el paciente cuenta con los recursos necesarios para cumplirlo en su hogar;
- una persona de edad con deficiencias funcionales llega a la consulta sin que la acompañe la persona que la cuida;
- los resultados de laboratorio no son coherentes con el relato del paciente.

Cuando se realiza un examen (65), el médico o el trabajador de la salud deben:

- entrevistar al paciente solo, preguntándole directamente si ha sido objeto de actos de violencia física, si se han restringido sus movimientos o si se lo ha descuidado;
- entrevistar al presunto agresor solo;
- prestar especial atención a la relación entre el paciente y el presunto agresor, y a la conducta de ambos;
- realizar una evaluación geriátrica integral del paciente, con inclusión de los aspectos médicos, funcionales, cognoscitivos y sociales;
- registrar las redes sociales del paciente, tanto formales como informales.

El cuadro 5.1 contiene una lista de los indicadores que pueden servir de guía si se sospecha maltrato. Sin embargo, la verificación de cualquier indicador incluido en el cuadro no debe considerarse como prueba de que en realidad el maltrato ha ocurrido.

Medidas jurídicas

A pesar de que existe un interés creciente en el problema, la mayoría de los países no han adoptado una legislación específica sobre el maltrato de los ancianos. Por lo general, los aspectos concretos del maltrato están contemplados en el derecho penal o en las leyes sobre los derechos civiles y de propiedad, la violencia familiar o la salud mental. La aprobación de una legislación específica e integral sobre el maltrato de las personas mayores supondría un compromiso mucho más firme con la erradicación del problema. Sin embargo, aun en los lugares donde estas leyes existen, es poco frecuente que se haya logrado incoar un proceso penal en los casos de maltrato de ancianos. Esto se debe sobre todo a que las personas mayores generalmente son remisas a iniciar un juicio contra los miembros de su familia o no están en condiciones de hacerlo, porque muchas veces se las considera como testigos poco fiables o porque el carácter del maltrato de los ancianos es intrínsecamente encubierto. Mientras este tipo de maltrato se considere exclusivamente como un tema relacionado con la prestación de asistencia, es probable que una demanda no constituya una medida eficaz.

Solo las provincias atlánticas del Canadá, varios estados en los Estados Unidos de América e Israel cuentan con una legislación que establece la obligación de denunciar el maltrato de los ancianos. En los Estados Unidos, 43 estados requieren que tanto los profesionales como las otras personas que trabajan con ancianos notifiquen los casos presuntos de maltrato a un organismo designado por el estado a esos efectos, cuando tuvieran “motivos para creer” que se ha producido maltrato, descuido o explotación. El primer estado que aprobó este tipo de legislación lo hizo en 1976 y el más reciente en 1999. En cambio, la provincia canadiense de Terranova aprobó la ley de protección de los adultos en 1973, seguida en 1988 por la última de las cuatro provincias atlánticas, la isla Prince Edward. La ley de Israel se remonta a 1989. Como ocurre con las leyes de notificación de maltrato de los menores, todas las leyes relacionadas con el maltrato de los ancianos fueron promulgadas con el objeto de impedir que las pruebas indicadoras de

CUADRO 5.1

Indicadores de maltrato a las personas mayores

Indicadores relacionados con la persona de edad				Indicadores relacionados con el cuidador
Físicos	Conductuales y emocionales	Sexuales	Económicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Quejas de agresiones físicas • Caídas y lesiones no explicadas • Quemaduras y hematomas en lugares sospechosos o de tipo sospechoso • Cortes, marcas en los dedos u otros indicios de uso de medios de inmovilización • Pedido demasiado reiterado de recetas de medicamentos o poco uso de los medicamentos • Desnutrición o deshidratación sin una causa que guarde relación con la enfermedad • Signos de atención inadecuada o de poca higiene • Búsqueda de atención sanitaria con varios médicos o en centros de atención de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los hábitos alimentarios o problemas para dormir • Actitud de temor, confusión o resignación • Pasividad, retraimiento o mayor depresión • Indefensión, desesperanza o ansiedad • Afirmaciones contradictorias u otras ambivalencias que no son el resultado de la confusión mental • Renuencia a conversar abiertamente • La persona evade el contacto físico con su cuidador, no lo mira a los ojos y evita la comunicación verbal • La persona mayor es dejada de lado por los demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas de agresión sexual • Conducta sexual que no condice con las relaciones habituales y la personalidad anterior de la persona • Cambios no explicados en la conducta, como la agresividad, el retraimiento o la automutilación • Quejas frecuentes de dolores abdominales o hemorragias vaginales o anales inexplicadas • Infecciones genitales recurrentes o hematomas alrededor de las mamas o en las zonas genitales • Prendas íntimas desgarradas, manchadas o ensangrentadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Retiros de dinero irregulares o atípicos de la persona de edad • Retiros de dinero incompatibles con los medios de la persona de edad • Cambio de un testamento o título de propiedad que deja la vivienda o el dinero a "nuevos amigos o parientes" • Falta de una propiedad • La persona de edad no puede encontrar joyas o efectos personales • Movimientos sospechosos en la cuenta de la tarjeta de crédito • Falta de comodidades, pese a que la persona de edad podría permitírselas • Problemas de salud física o mental sin tratamiento • El nivel de atención que recibe la persona de edad no está a la altura de sus ingresos o medios 	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidador parece cansado o estresado • El cuidador parece muy preocupado o indiferente • El cuidador culpa a la persona de edad por ciertos actos, como la incontinencia • El cuidador se comporta agresivamente • El cuidador trata a la persona de edad como a un niño o en forma inhumana • El cuidador tiene antecedentes de abuso de sustancias psicotrópicas o de maltratar a otros • El cuidador se niega a que la persona de edad sea entrevistada sola • El cuidador se pone a la defensiva cuando se le pregunta algo; puede ser hostil o esquivo • El cuidador ha estado atendiendo a la persona de edad durante un período prolongado

malos tratos pasaran inadvertidas. La notificación obligatoria se consideró un instrumento valioso, en especial en las situaciones en que las víctimas no podían formular la denuncia y los profesionales se mostraban poco dispuestos a derivar los casos. Si bien las investigaciones sobre las repercusiones de la notificación obligatoria vigente no han dado hasta ahora una respuesta concluyente, todo indica que el hecho de que se notifique o no un caso tiene menos que ver con las disposiciones legales que con otros factores de orden institucional, ético, cultural o profesional (66).

Educación y campañas de sensibilización pública

En los países industrializados, la educación y las campañas de sensibilización pública han sido de vital importancia para informar a las personas acerca del maltrato de los ancianos. La educación no solo significa transmitir una información nueva sino también producir un cambio de actitudes y de conductas, por lo cual resulta una estrategia preventiva fundamental. Puede llevarse a cabo de formas muy variadas, por ejemplo, mediante sesiones de capacitación, seminarios, programas de educación continua, talleres, y además en reuniones y

conferencias científicas. Los destinatarios deberían ser no solo los profesionales de las diversas disciplinas pertinentes (que van desde la medicina, la salud mental y la enfermería hasta la asistencia social, la justicia penal y la religión), sino también los investigadores, los educadores y los encargados de formular las políticas y adoptar las decisiones. Un programa de estudio básico característico, apropiado para la mayoría de las disciplinas, debe incluir una introducción al tema del maltrato de las personas mayores, la consideración de los signos y síntomas de maltrato y, por último, información detallada de las organizaciones locales que pueden proporcionar asistencia. Los cursos de capacitación más especializados deberán concentrarse en el desarrollo de aptitudes para realizar entrevistas, evaluar los casos de maltrato y planificar los programas de asistencia. Para tratar los aspectos éticos y jurídicos será necesaria una enseñanza aún más avanzada, proporcionada por especialistas en estos temas. En los programas de capacitación avanzada sobre el tema del maltrato de los ancianos también se han incorporado cursos sobre el trabajo con otros profesionales y la participación en equipos multidisciplinarios.

La educación y la sensibilización de la opinión pública son elementos igualmente importantes para la prevención del maltrato y el descuido. Lo mismo que en la educación pública sobre el maltrato de los menores y la violencia en la pareja, el objetivo es informar al público general sobre los diversos tipos de maltrato, cómo identificar los signos y dónde se puede acudir para obtener ayuda. Las personas que tienen contacto frecuente con ancianos son los destinatarios más importantes de este tipo de educación. Además de los miembros de la familia y los amigos, se incluye a los trabajadores del correo, los cajeros de los bancos y los inspectores de medidores de electricidad y de gas. Los programas de educación orientados directamente a las personas mayores suelen ser más eficaces cuando la información acerca del maltrato forma parte de un tema más amplio, como puede ser el envejecimiento o la atención de salud satisfactorios. Tanto las organizaciones para ancianos, los centros comunitarios, los programas de asistencia diurna y las escuelas (recuadro 5.3), como

los grupos de autoayuda y de apoyo, pueden contribuir a esta labor de educación.

Los medios de comunicación son un instrumento de gran valor para sensibilizar a la opinión pública. Pueden ayudar a modificar las actitudes actuales hacia las personas mayores y reducir los estereotipos vigentes, transmitiendo una imagen más positiva y dándoles un lugar más destacado. Los participantes del estudio del grupo de discusión realizado en Sudáfrica recalcaron la importancia de los medios de comunicación para sensibilizar al público (15), sugiriendo que también debería promoverse la toma de conciencia del problema del maltrato de los ancianos en talleres comunitarios, con participación gubernamental. En otros países en desarrollo, cuyos recursos son limitados, las asociaciones locales pueden proporcionar la educación básica junto con la asistencia sanitaria.

Hasta la fecha se han evaluado pocos programas de intervención. Por lo tanto, no se puede determinar cuáles son los estrategias que han tenido mayor éxito. Los intentos de valorar la eficacia de los diversos proyectos se han visto obstaculizados por la falta de definiciones comunes, la diversidad de explicaciones teóricas, el poco interés por parte de la comunidad científica y la falta de financiamiento para la realización de estudios rigurosos en la materia.

Una revisión bibliográfica de los estudios sobre las intervenciones relacionadas con el maltrato de las personas mayores reveló que 117 de ellos se habían publicado en inglés entre 1989 y 1998 (G. Bolen, J. Ploeg y B. Hutchinson, datos inéditos, 1999). Sin embargo, en ninguno se incluyó un grupo de comparación ni se cumplieron los criterios habituales que se tienen en cuenta para que un estudio de evaluación sea válido. Sobre la base de estos resultados, los autores opinaron que no había pruebas suficientes que avalaran alguna de esas intervenciones. Se individualizaron seis de los estudios examinados por considerar que cumplían más estrictamente con los criterios establecidos, aunque también en ellos había deficiencias metodológicas graves. Entre estos seis estudios, la proporción de casos bien resueltos, como resultado de una intervención determinada, variaba entre 22% y 75%.

RECUADRO 5.3**Programa escolar canadiense para prevenir el maltrato de las personas mayores**

Salud Canadá, una organización no gubernamental, ha desarrollado un proyecto educativo bipartito sobre el maltrato de las personas de edad, destinado a los niños y los jóvenes. El proyecto tiene por objeto lograr que los niños tomen conciencia de la vejez y se sensibilicen sobre el tema y sus implicaciones, y crear oportunidades para que los jóvenes se interesen en las relaciones con otras generaciones. Con ello, se espera que los niños y los jóvenes adquieran mayor respeto por las personas mayores y se sientan mucho menos inclinados a maltratarlas, ahora y en el futuro.

La primera parte del proyecto es un juego interactivo de relato de historias para niños de 3 a 7 años de edad, que incluye juegos y cuentos. Si bien no aborda directamente el tema del maltrato de las personas de edad, el juego transmite imágenes positivas de la vejez. También ha resultado eficaz con niños mayores, que tenían conocimientos de inglés limitados.

El núcleo de la segunda parte del proyecto está constituido por un programa escolar formal, elaborado después de extensas consultas con gran número de personas, entre los que se cuentan docentes, asistentes sociales especializados en jóvenes, líderes religiosos, prestadores de asistencia sanitaria, jóvenes, personas que trabajan con los ancianos, y los propios ancianos. Mediante este programa de estudios, apropiado sobre todo para los adolescentes, se trata de cambiar las actitudes negativas profundamente arraigadas en la sociedad sobre los ancianos y el envejecimiento y reducir el nivel de maltrato de las personas de edad.

Las escuelas de Ontario, también en el Canadá, han incluido el tema de la resolución de conflictos en sus programas de estudios y los docentes han comprobado que es muy fácil promover las conversaciones acerca del maltrato a los ancianos en ese contexto.

Recomendaciones

A pesar de que el maltrato de los ancianos por parte de los miembros de la familia, los prestadores de asistencia y otros se comprende mejor en la actualidad que hace 25 años, se necesita una base de conocimientos más sólida cuando se trata de elaborar una política, planificar o formular un programa. Aún se desconocen muchos aspectos del problema, incluidas sus causas y consecuencias, y el grado en que ocurre. Hasta la fecha, las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones no han producido prácticamente ningún resultado útil o fiable.

Quizá la forma más insidiosa de maltrato de los ancianos radique en las actitudes negativas hacia ellos y en los estereotipos que se tienen de las personas mayores y del propio proceso de envejecimiento, actitudes que se reflejan en la exaltación frecuente de la juventud. Mientras se siga desvalorizando a los ancianos y se los margine de la sociedad,

sufrirán una falta de identidad propia y quedarán sumamente expuestos a la discriminación y a todas las formas de maltrato.

Entre las prioridades para afrontar y erradicar el problema del maltrato de los ancianos cabe mencionar las siguientes:

- aumentar los conocimientos sobre el problema;
- promulgar leyes más severas y elaborar políticas más enérgicas;
- aplicar estrategias de prevención más eficaces.

Necesidad de aumentar los conocimientos

Mejorar los conocimientos sobre el maltrato de las personas mayores es una prioridad fundamental en todo el mundo. En 1990, el Consejo de Europa convocó a una conferencia amplia sobre el tema, en la que se examinaron las definiciones, las estadísticas, las leyes y las políticas, la prevención y el tratamiento, así como las fuentes disponibles de

información sobre el maltrato de los ancianos (67). Se debería establecer un grupo de trabajo a nivel mundial sobre el maltrato de las personas mayores que se encargara de abordar todos estos temas. Entre otras cosas, un órgano de esas características podría reunir y normalizar las estadísticas mundiales, además de elaborar los requisitos necesarios para crear un formulario común para la notificación de los datos pertinentes. También se debería investigar y explicar mejor cuál es el papel preciso que desempeñan las distintas culturas en relación con el maltrato de las personas mayores.

Urge realizar investigaciones que culminen en intervenciones eficaces. Se deben llevar a cabo estudios para evaluar la forma en que los adultos mayores pueden desempeñar un papel más importante en el diseño de los programas de prevención y participar de manera más activa en ellos. Esto ya ha comenzado a hacerse en el Canadá, y podría ser especialmente pertinente en los países en desarrollo, donde lograr la participación de los adultos mayores en el diseño y puesta en práctica de los programas puede contribuir a sensibilizar a la opinión pública acerca de sus derechos, a abordar los problemas relacionados con la exclusión social y a ayudarlos a obtener poder de decisión (3).

Es preciso definir normas más rigurosas para la investigación científica sobre el maltrato de los ancianos. Muchas investigaciones anteriores se han realizado sobre muestras pequeñas, empleando métodos carentes de solidez que a veces han producido resultados contradictorios. En algunos estudios se ha demostrado que el estado psíquico del agresor y el abuso de sustancias psicotrópicas son factores de riesgo, pero no se ha investigado con exactitud por qué estos factores contribuyeron al maltrato o al descuido de una persona en algunos casos y en otros no. También es preciso continuar con las investigaciones a fin de resolver las contradicciones existentes en los datos sobre las deficiencias cognitivas y físicas que padecen los ancianos, en su calidad de factores de riesgo de maltrato.

Las causas del maltrato

Es necesario investigar más el papel que desempeña el estrés en las personas encargadas de cuidar a las

personas mayores, teniendo en cuenta que este se consideró inicialmente como la causa principal de maltrato. La prevalencia creciente de la enfermedad de Alzheimer en el mundo y el agravamiento de las conductas agresivas en las familias donde uno de los miembros padece la enfermedad, hace necesario prestar mayor atención a la relación entre el que brinda la asistencia y el que la recibe. Si bien puede resultar obvio que el aislamiento social o la falta de apoyo pueden contribuir al maltrato o descuido, también es cierto que las personas que se encuentran en esta situación y sufren malos tratos generalmente son reacias a participar en los programas que promueven la interacción social, tales como los centros para ancianos o las actividades de asistencia diurna. Realizar investigaciones sobre quiénes son estas víctimas y cuál es su situación quizás ayude a encontrar soluciones más adecuadas.

Todavía es necesario investigar adecuadamente el papel de los prejuicios contra la vejez (la discriminación contra los ancianos y su estigmatización) como una causa posible del maltrato de ancianos, aunque algunos especialistas en esta materia han señalado que la marginación del anciano es un factor que interviene en este fenómeno. Los estudios transculturales podrían ayudar a comprenderlo mejor.

Resulta claro que en algunos países en desarrollo ciertos factores sociales y culturales están directamente vinculados con el maltrato, como las creencias en la brujería y el desamparo de las viudas. Es necesario examinar otras prácticas que muchas veces se citan también como factores causales importantes, ya que no se han realizado investigaciones que confirmen las afirmaciones en este sentido.

Otros factores culturales y socioeconómicos, como la pobreza, la modernización y los regímenes sucesorios, pueden ser causas indirectas del maltrato. La aplicación del modelo ecológico para explicar el maltrato de los ancianos todavía es muy reciente y se necesitan estudios más exhaustivos de los factores que inciden en los diferentes niveles del modelo.

Repercusiones del maltrato

El aspecto del maltrato de los ancianos al que quizá se haya prestado menos atención es el efecto que

tiene en la propia víctima. Por consiguiente, los estudios longitudinales en los que se realice un seguimiento durante un período prolongado de las personas maltratadas y de las que no lo han sido deberían formar parte de las investigaciones. En particular, son escasos los estudios en los que se han evaluado los efectos psíquicos sobre las personas maltratadas. Con excepción de los problemas de depresión, es poco lo que se conoce acerca del daño emocional causado a las víctimas.

Evaluación de las intervenciones

Se ha ideado una variedad de intervenciones, entre ellas las relacionadas con la notificación obligatoria, las unidades de servicios de protección, los protocolos de servicio social, los refugios de emergencia, los grupos de apoyo y de ayuda mutua y los equipos de consulta. Sin embargo, muy pocos modelos se han evaluado empleando diseños de investigación experimental o cuasiexperimental, por lo que urge realizar investigaciones de evaluación de alto nivel. Lamentablemente, el tema del maltrato de los ancianos no ha atraído la atención de muchos investigadores de renombre, cuya capacidad técnica, no obstante, sería muy necesaria. Aumentar la inversión de recursos en los estudios sobre el maltrato de los ancianos sin duda estimularía las investigaciones pertinentes.

Necesidad de promulgar leyes más severas

Derechos básicos

Los derechos humanos de los ancianos deben garantizarse en todo el mundo. A tales efectos:

- Las leyes existentes sobre la violencia doméstica o intrafamiliar deben ampliarse a fin de incluir a las personas mayores como grupo.
- La legislación penal y civil existente debe abarcar en forma explícita el maltrato, el descuido y la explotación de las personas de edad.
- Los gobiernos deben dictar nuevas leyes destinadas específicamente a proteger a los ancianos.

Tradiciones de maltrato

Subsisten muchas tradiciones que suponen maltrato hacia las mujeres mayores, como las creencias en la

brujería y la práctica de abandonar a las viudas. Para eliminar estas costumbres se necesitará un alto grado de colaboración entre diversos grupos, probablemente durante mucho tiempo. Para impulsar este proceso:

- Deben crearse grupos integrados por adultos mayores y jóvenes que promuevan esta causa en los planos local, provincial y nacional, mediante campañas en favor del cambio.
- Los programas gubernamentales de salud y bienestar social deben tratar de mitigar activamente las repercusiones negativas que tienen para las personas de edad muchos procesos de modernización y los cambios en la estructura familiar que suponen.
- Los gobiernos deben establecer un sistema de pensiones adecuado en todos los países donde todavía no exista.

Necesidad de aplicar estrategias de prevención más eficaces

En el nivel más básico, se debe dar más importancia a la prevención primaria. Para ello es necesario construir una sociedad que garantice una existencia digna a las personas de edad, con sus necesidades cubiertas adecuadamente y con oportunidades reales de realización personal. Para las sociedades abrumadas por la pobreza, el reto es enorme.

La prevención comienza con la sensibilización. Una manera importante de crear conciencia, tanto en el público general como en los profesionales involucrados, es mediante la educación y la capacitación. Los encargados de brindar asistencia sanitaria y servicios sociales en todos los niveles, ya sea en la comunidad o en los ámbitos institucionales, deben adiestrarse en las técnicas básicas de detección del maltrato de los ancianos. Los medios de comunicación son otro instrumento de gran poder para sensibilizar al público general, y también a las autoridades, con respecto al problema y sus posibles soluciones.

Los programas para prevenir el maltrato de los ancianos en su hogar, en los cuales estos últimos desempeñan un papel protagónico, se ocupan de:

- reclutar y capacitar a los ancianos para que se encarguen de visitar o acompañar a otros ancianos que viven marginados;

- crear grupos de apoyo para las víctimas de malos tratos;
- preparar programas comunitarios para fomentar la interacción social y la participación de los ancianos;
- construir redes sociales de personas de edad avanzada en las aldeas, los vecindarios y las unidades habitacionales;
- trabajar con las personas mayores en la elaboración de planes de “autoayuda” que les permitan ser productivas.

Prevenir el maltrato de los ancianos ayudando a sus agresores a resolver sus propios problemas, en particular a los hijos adultos, es una tarea difícil. A continuación se enumeran algunas de las medidas que pueden resultar útiles:

- proporcionar servicios para el tratamiento de los problemas de salud mental y abuso de sustancias psicotrópicas;
- ofrecer trabajo y educación;
- encontrar nuevas formas de resolver los conflictos, especialmente en los casos en que el papel tradicional de los ancianos en la resolución de conflictos se ha debilitado.

También es mucho lo que se puede hacer para prevenir el maltrato de los ancianos en los ámbitos institucionales. Entre las medidas que pueden resultar útiles cabe mencionar las siguientes:

- elaborar y ejecutar planes de asistencia integrales;
- capacitar al personal;
- diseñar políticas y programas que tengan en cuenta el estrés del personal relacionado con su trabajo;
- elaborar políticas y programas para mejorar las condiciones físicas y sociales de la institución.

Conclusiones

El problema del maltrato de los ancianos no puede resolverse adecuadamente si no se satisfacen sus necesidades esenciales, como la alimentación, la vivienda, la seguridad y el acceso a la asistencia sanitaria. Las naciones del mundo deben crear ámbitos en los que el envejecimiento se considere una parte natural del ciclo de vida; se desalienten las actitudes que tiendan a negar el paso de los años;

los ancianos tengan el derecho de vivir con dignidad, sin sufrir malos tratos ni explotación, y se les brinde la posibilidad de participar plenamente en las actividades educativas, culturales, espirituales y económicas (3).

Referencias

1. Baker AA. Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 1975, 5:20–24.
2. Burston GR. “Granny battering”. *British Medical Journal*, 1975, 3:592.
3. Randal J, German T. *The ageing and development report: poverty, independence, and the world’s people*. Londres, HelpAge International, 1999.
4. Hudson MF. Elder mistreatment: a taxonomy with definitions by Delphi. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1991, 3:1–20.
5. Brown AS. A survey on elder abuse in one Native American tribe. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:17–37.
6. Maxwell EK, Maxwell RJ. Insults to the body civil: mistreatment of elderly in two Plains Indian tribes. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 1992, 7:3–22.
7. What is elder abuse? *Action on Elder Abuse Bulletin*, 1995, 11 (May–June).
8. Kosberg JI, Garcia JL. Common and unique themes on elder abuse from a worldwide perspective. En: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:183–198.
9. Moon A, Williams O. Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-American, Caucasian-American, and Korean-American elderly women. *The Gerontologist*, 1993, 33:386–395.
10. Tomita SK. Exploration of elder mistreatment among the Japanese. En: Tatara T, ed. *Understanding elder abuse in minority populations*. Filadelfia, PA, Francis & Taylor, 1999:119–139.
11. Gilliland N, Picado LE. Elder abuse in Costa Rica. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2000, 12:73–87.
12. Owen M. *A world of widows*. Londres, Zed Books, 1996.
13. Gorman M, Petersen T. *Violence against older people and its health consequences: experience from Africa and Asia*. Londres, HelpAge International, 1999.
14. Witchcraft: a violent threat. *Ageing and Development*, 2000, 6:9.
15. Keikelame J, Ferreira M. *Mpathekombi, ya bantu abadala: elder abuse in black townships on the Cape Flats*. Ciudad del Cabo, Human Sciences Research Council and University of Cape Town Centre for Gerontology, 2000.
16. Pillemer K, Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The Gerontologist*, 1988, 28:51–57.

17. Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:5–58.
18. Kivelä SL et al. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4:1–18.
19. Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305:998–999.
20. Comijs HC et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46:885–888.
21. Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile 2000*. Ottawa, Health Canada, 2000.
22. Kane RL, Kane RA. *Long-term care in six countries: implications for the United States*. Washington, D.C., United States Department of Health, Education and Welfare, 1976.
23. Pillemer KA, Moore D. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990, 2:5–30.
24. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent–child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49:604–616.
25. Schiamberg LB, Gans D. An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:79–103.
26. Carp RM. *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. Nueva York, NY, Springer, 2000.
27. Gelles RJ. Through a sociological lens: social structure and family violence. En: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:31–46.
28. O’Leary KD. Through a psychological lens: personality traits, personality disorders, and levels of violence. En: Gelles RJ, Loeske DR, eds. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1993:7–30.
29. Wolf RS, Pillemer KA. *Helping elderly victims: the reality of elder abuse*. Nueva York, NY, Columbia University Press, 1989.
30. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 1990, 301:1359–1362.
31. Bristowe E, Collins JB. Family mediated abuse of non-institutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:45–54.
32. Pillemer KA. Risk factors in elder abuse: results from a case–control study. En: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:239–264.
33. Paveza GJ et al. Severe family violence and Alzheimer’s disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 1992, 32:493–497.
34. Cooney C, Mortimer A. Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41:276–283.
35. Aitken L, Griffin G. *Gender issues in elder abuse*. Londres, Sage, 1996.
36. Steinmetz SK. *Duty bound: elder abuse and family care*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1988.
37. Eastman M. *Old age abuse: a new perspective*, 2nd ed. San Diego, CA, Singular Publishing Group, Inc., 1994.
38. Reis M, Nahamish D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 1998, 38:471–480.
39. Hamel M et al. Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, 1990, 30:206–211.
40. Nolan MR, Grant G, Keady J. *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham, Open University Press, 1996.
41. Pillemer KA, Suitor JJ. Violence and violent feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 1992, 47:S165–S172.
42. O’Loughlin A, Duggan J. *Abuse, neglect and mistreatment of older people: an exploratory study*. Dublin, National Council on Ageing and Older People, 1998 (Report No. 52).
43. Phillips LR. Theoretical explanations of elder abuse. En: Pillemer KA, Wolf RS, eds. *Elder abuse: conflict in the family*. Dover, MA, Auburn House, 1989:197–217.
44. Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. Abuse is in the eye of the beholder. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1994, 21:247–255.
45. Kwan AY. Elder abuse in Hong Kong: a new family problem for the east? En: Kosberg JI, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:65–80.
46. Phillips LR. Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. *Advanced Nursing*, 1983, 8:379–382.
47. Pillemer KA, Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1989, 1:65–74.
48. Booth BK, Bruno AA, Marin R. Psychological therapy with abused and neglected patients. En: Baumhover LA, Beall SC, eds. *Abuse, neglect, and exploitation of older persons: strategies for assessment and intervention*. Baltimore, MD, Health Professions Press, 1996:185–206.
49. Goldstein M. Elder mistreatment and PTSD. En: Ruskin PE, Talbott JA, eds. *Ageing and post-traumatic stress disorder*. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1996:126–135.

50. Lachs MS et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 20:428–432.
51. Bennett G, Kingston P, Penhale B. *The dimensions of elder abuse: perspectives for practitioners*. Londres, Macmillan, 1997.
52. Harrington CH et al. *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991–1997*. San Francisco, CA, Department of Social and Behavioral Sciences, University of California, 2000.
53. Clough R. Scandalous care: interpreting public inquiry reports of scandals in residential care. En: Glendenning F, Kingston P, eds. *Elder abuse and neglect in residential settings: different national backgrounds and similar responses*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1999:13–28.
54. Leroux TG, Petrunik M. The construction of elder abuse as a social problem: a Canadian perspective. *International Journal of Health Services*, 1990, 20:651–663.
55. Bennett G, Kingston P. *Elder abuse: concepts, theories and interventions*. Londres, Chapman & Hall, 1993.
56. Blumer H. Social problems as collective behaviour. *Social Problems*, 1971, 18:298–306.
57. Mehrotra A. *Situation of gender-based violence against women in Latin America and the Caribbean: national report for Chile*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1999.
58. Eckley SCA, Vilakas PAC. Elder abuse in South Africa. En: Kosberg JJ, Garcia JL, eds. *Elder abuse: international and cross-cultural perspectives*. Binghamton, NY, Haworth Press, 1995:171–182.
59. *Hearing the despair: the reality of elder abuse*. Londres, Action on Elder Abuse, 1997.
60. Yamada Y. A telephone counseling program for elder abuse in Japan. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, 11:105–112.
61. Checkoway B. Empowering the elderly: gerontological health promotion in Latin America. *Ageing and Society*, 1994, 14:75–95.
62. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21:79–83.
63. Lachs MS, Pillemer KA. Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:437–443.
64. Jones JS. Geriatric abuse and neglect. En: Bosker G et al., eds. *Geriatric emergency medicine*. St Louis, MO, CV Mosby, 1990:533–542.
65. *Elder mistreatment guidelines: detection, assessment and intervention*. Nueva York, NY, Mount Sinai/Victim Services Agency Elder Abuse Project, 1988.
66. Wolf RS. Elder abuse: mandatory reporting revisited. En: Cebik LE, Graber GC, Marsh FH, eds. *Violence, neglect, and the elderly*. Greenwich, CT, JAI Press, 1996:155–170.
67. *Violence against elderly people*. Estrasburgo, Council of Europe, Steering Committee on Social Policy, 1991.