

Revisión

Maltrato en la vejez: aspectos psicopatológicos*Elder abuse: psychopathologic aspects*

J. F. Rodríguez-Testal*, J. L. León-Fuentes

Resumen

En este trabajo se revisan y actualizan los conocimientos acerca del maltrato en la vejez. Este tema se caracteriza principalmente por la escasez de trabajos empíricos que, además, dispongan de garantías metodológicas. Se trata de un problema relevante al que se le ha prestado menos atención que en el caso del maltrato de niños y mujeres, cuando sus consecuencias son igualmente nocivas, lo que se sospecha ha ocasionado una tendencia a la infraestimación. Se estudian las diversas definiciones de maltrato, se ofrece una tipología acerca del mismo, se sintetizan los diferentes hallazgos de la investigación y se analizan los contextos familiar e institucional (principalmente residencial). Con ello se pretende caracterizar a la población de mayores en riesgo, indicar factores intervinientes, posibles causas y consecuencias, así como proporcionar sugerencias preventivas y de tratamiento.

Palabras clave: Maltrato. Vejez. Riesgo. Causas. Consecuencias. Prevención.

Summary

The information about elder abuse are revised and updated in this paper. This subject is principally characterized by the lack of empiric works with methodologic guarantees. It's about a relevant problem which has payed less attention than child and woman's case; however its consequences are equally harmful. For this reason, it's suspected that a tendency to the underestimation of the problem has been produced. Several abuse definitions are studied and it's offered a typology about maltreatment. It's also synthesized the different findings in research and it's analyzed the institutional and family contexts (residential one specially). There are various aims: first of all, to characterize the elderly in risk; second, to indicate participants factors, possible causes and consequences. The last aim consist of lending preventive and treatment suggestions.

Key words: Abuse. Maltreatment. Elderly. Risk. Causes. Consequences. Prevention.

Introducción

Probablemente en estos momentos, disponemos de más información acerca del maltrato cuyas víctimas son niños o mujeres, que cuando se trata de personas de edad avanzada. Se asume que el maltrato de los viejos existe, probablemente de manera tan frecuente como cualquier otra manifestación de violencia doméstica, mientras que la información accesible, los casos que se detectan o las denuncias que se tramitan son claramente escasos (1, 2).

* DOCTOR EN PSICOLOGIA. PROFESOR DE PSICOPATOLOGIA.

** DOCTOR EN PSICOLOGIA. PROFESOR TITULAR DE PSICOPATOLOGIA.

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTO PSICOLOGICOS. FACULTAD DE PSICOLOGIA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.
GRUPO DE INVESTIGACION CTS-301

Muchos mayores son incapaces de rebelarse contra situaciones de esta naturaleza, porque se hallan en disposición física y/o mental de inferioridad, imbuidos en una dinámica familiar alterada de la que dependen emocionalmente y que, con frecuencia, minimizan, porque suelen estar implicados los miembros de la propia familia como perpetradores y temen las represalias con más violencia, el abandono o la institucionalización (1, 3, 4).

Fisk (5) observa que la violencia contra los niños se dio a conocer en los años sesenta, en los setenta el caso de las mujeres y en los ochenta, la violencia contra los ancianos. En definitiva, el debate público acerca de la violencia familiar en USA despegó en 1978 y destapa la caja de los truenos en la que se escondían situaciones bastante más habituales de las que la avanzada sociedad occidental estaba dispuesta a reconocer. Por ello, no es de extrañar que tras la obra pionera de Kempe y colaboradores de 1962 sobre el *síndrome del niño apaleado*, Block y Sinnott (6) trasladaran dicho término al caso de los viejos para retratar una realidad idéntica y desgraciada.

Todavía hoy, más de 20 años después, el "síndrome del viejo golpeado" es una constante silenciosa que hace acuciante conciliar diversos aspectos conocidos e irresueltos: el hecho incuestionable de una sociedad envejecida en la que estamos inmersos; la concepción de una vejez demasiado identificada con el cese del trabajo y de la productividad (por tanto, inútil); la reacción de alarma social ocasionada por los abusos cometidos sobre los mayores, generalmente procedente de los malos tratos infligidos en ciertas residencias o instituciones (como si no supiéramos a estas alturas que principalmente estas situaciones tienen lugar en el seno familiar: ¿mala conciencia o inconsciencia?) y, finalmente, la escasez de trabajos en general, pero especialmente en España, si se compara con los llevados a cabo con otros grupos de población como los ya mencionados de niños o mujeres (1, 7).

Definición del objeto y el agente de estudio

En líneas generales, el maltrato representa cualquier forma de actuación que genera un daño físico o psíquico sobre una persona. Partiendo de esta base, y desde un punto de vista legal, Martínez Maroto (8) apunta como definición de maltrato aplicable a los viejos, a aquellas "acciones u omisiones realizadas intencionada o negligentemente, no accidentales y que ocasionan daños físicos, psíquicos y/o económicos" (pág. 304-305). A la definición anterior cabría añadir, de acuerdo con Wolf (9), que se trata de una acción procedente de personas sobre las que la persona de edad avanzada tiene depositada su confianza.

También tomamos la definición que ha servido de base en España para el estudio de este tema: cual-

quier actuación u omisión que atenta contra la integridad de las personas de edad avanzada, sea física, psíquica, sexual, económica, referida al principio de autonomía o a cualquier otro derecho fundamental del individuo, independientemente de la intencionalidad y del contexto en que suceda, y sea percibido por el propio anciano o constatado objetivamente (10).

Partiendo de las definiciones anteriores, bastante coincidentes en sus elementos centrales, consideramos de extraordinaria relevancia el papel del psicólogo como agente en las situaciones de maltrato a diferente escala. Por un lado, y desde un punto de vista clínico, porque una detección precoz representa una forma esencial de prevención y, en general, de actuación. Lachs y colaboradores (7) nos recuerdan que muchos elementos identificadores de abuso en niños son avistados con cierta facilidad y, sin embargo, resulta llamativo que no suceda así con los viejos, ¿tal vez porque se trata de personas frágiles, que habitualmente tienen caídas, accidentes domésticos y con frecuencia visitan hospitales? Precisamente, comentarios de tal naturaleza se repiten en situaciones de abuso con los mayores, por lo que no deben pasarse por alto sin comprobar el estado del anciano. En dichos casos no es infrecuente hallar a una persona temerosa de hablar, incluso incómoda en compañía de extraños, con aprensión a decir algo incorrecto, a expresar algo porque sus familiares "saben lo que le conviene" y en clara actitud vencida.

En los últimos años, se ha dado una verdadera expansión en nuestra profesión en el campo de la gerontología. Así, por ejemplo, se aprecia cada vez más la participación del psicólogo en centros residenciales, lo que, en nuestra opinión, es una extraordinaria oportunidad para intervenir en un ámbito que, inmerecidamente, siempre está bajo sospecha. Hemos tenido la oportunidad de llevar a cabo estudios en residencias de diferente tipo y filiación en las que muchos aspectos podrían modificarse en aras de prevenir potenciales situaciones de maltrato.

Algunas de estas actuaciones podrían ir encaminadas al personal de atención inmediata con los viejos, muchas veces saturado de horas de trabajo, ciertamente agotado por una labor asistencial de contacto difícil, por ejemplo viejos con demencia, y cuya consecuencia puede llegar a ser el llamado "síndrome del quemado" (*burn-out*). Nada se conoce en nuestro contexto científico de esta repercusión laboral, sobre todo en instituciones privadas, salvo su existencia.

Hemos observado que todavía el papel del psicólogo en unidades de día y residencias no está plenamente reconocido, en parte por desconocimiento de las funciones del psicólogo en nuestra sociedad, en parte por la falta de delimitación de competencias con otros profesionales. Cabrían tres posibilida-

des muy interesantes: a) una acción formativa y de reciclaje para el personal de atención directa y continuada con los mayores, b) intervenciones terapéuticas para facilitar recursos de afrontamiento al estrés y las demandas de su trabajo al personal y c) una labor planificadora y organizativa de las actividades a desarrollar.

Al hilo de lo señalado, otras actuaciones preventivas de potenciales situaciones de maltrato se refieren a la creación y participación en grupos de ayuda, bien para familiares, bien para los viejos o para los propios profesionales. Precisamente, la actuación sobre los familiares está teniendo en la actualidad una gran resonancia pues representan lo que se ha dado en denominar "cuidadores invisibles" (11), es decir, personas que desempeñan una actuación asistencial de primera magnitud pero habitualmente sobrecargados, objetiva y subjetivamente. En muchas ocasiones se trata de una sobrecarga sin posibilidad de restauración, por lo que se trata de una situación susceptible de generar cuidadores no sólo agotados, sino también hostiles y forzados (12).

Finalmente, otro ámbito de estudio se refiere a la intervención sobre las víctimas y perpetradores donde hay constancia de abuso, en el que consideramos que el psicólogo formado en psicoterapia puede aportar soluciones que salvaguarden a la víctima y de ayuda a los maltratadores cuando ello es posible.

Tipología del maltrato en la vejez

Para señalar las diferentes formas de maltrato, hemos realizado tres grandes categorías con varias subdivisiones. Hemos condensado y modificado la delimitación de diferentes autores sobre los tipos de maltrato (1, 5, 6, 9, 13-16):

Abuso físico: diferentes formas causantes de dolor, daño corporal, enfermedad o deterioro físico.

Traumas físicos: contusiones, fracturas, torceduras, heridas, laceraciones, cortes, pinchazos o perforaciones, abrasiones, quemaduras, escaldaduras. Agresiones como patadas, empujones, pellizcos, golpes o palizas, castigos físicos y restricciones físicas innecesarias, comidas forzadas o forzosas, uso inadecuado o sobredosificación de fármacos.

Negligencia: malnutrición, comida y bebida inadecuada con respecto al estado del anciano, congelación, falta de aseo o cuidado personal, ropa inapropiada o ausente, ataduras prolongadas a sillas o camas, falta de atención médica, falta de supervisión y de seguridad en general, ausencia o infradosificación medicamentosa, vivienda inadecuada por higiene o condiciones generales.

Abuso psicológico: actuaciones caracterizadas por la hostilidad, falta de contacto y de consideración hacia la otra persona.

Personal: ataques verbales, amenazas, atemorizar, atormentar, ridiculizar, ignorar, menosprecio y rechazo, explotación, imposición, control excesivo, infantilización, aislamiento o confinamiento, abandono (en una institución, hospital o en la calle), trato deshumanizado, falta de intimidad.

Económico y violación de derechos: robar o malgastar dinero o propiedades, bienes. Expulsiones de domicilios o centros, ingresos forzados en residencias.

Estimulación: pobreza ambiental, falta de actividad.

Abuso sexual: contacto o actividad sexual de cualquier naturaleza no aceptados por el anciano o cuando no tiene posibilidad de comprender la proposición o actividad sexual.

Dolor, picazón, enrojecimiento en áreas genitales, ETS, agresión sexual o violación, tocamientos, desnudez forzada, burlas, incitación a la actividad sexual del anciano o entre ancianos, fotografías impúdicas.

Su presencia y contexto

Hay coincidencia pues, en que se trata de un área con escaso desarrollo, fundamentalmente con pocos estudios empíricos y de limitadas garantías metodológicas. Prueba de ello, sobre todo en nuestro país, es que un buen número de publicaciones se mueven todavía en un ámbito de escasa profundidad, muy centrado en aspectos sociológicos, entrenados en obtener perfiles de víctimas y agresores y, menos, mucho menos, acerca de modelos etiológicos y de intervención incluyendo la prevención.

En USA se ha estimado que la prevalencia del maltrato en la vejez oscila del 1 al 10% (6), preferentemente en forma de negligencia, la forma más habitual por encima del abuso activo y de lo que se ha denominado autoabuso*. Estimaciones más precisas coinciden en situar una prevalencia de maltrato de cualquier modalidad entre los mayores de 65 años de entre el 3 al 6%, generalmente a manos de familiares (7, 17, 18), cifra que se eleva al 13% si se tiene en cuenta la información procedente de diferentes servicios sociales y hospitalarios (16, 19). Como cifra global de los estudios basados en muestras comunitarias de todo el mundo se sugiere una presencia del 5 al 6% (9).

En España, los únicos datos disponibles proce-

* El autoabuso o autonegligencia se aplica a aquellos casos en que el anciano no puede cuidar de sí mismo por su estado mental, comprometiendo su seguridad y su salud. Consideramos con Fisk (5) que no ofrece dificultad su detección y se trata de un problema diferente al maltrato propiamente dicho, ya que no supone la intervención de un perpetrador y sus consecuencias.

den de la Primera Conferencia Nacional dedicada a este tema (10), donde se estimó en un 3% la presencia de maltrato en la vejez, por tanto, de forma similar a la recogida en el ámbito norteamericano y en otros países.

No obstante, Caballero y Remolar (1) toman datos norteamericanos como básicamente extrapolables a nuestro ámbito de estudio. Así, la negligencia (48'7%) y el abuso psicológico (35'4%), representan las principales formas observadas o denunciadas. Les siguen el abuso económico (30'2%), el abuso físico (25'6%), el abandono (3'6%) y, finalmente, el abuso sexual (0'3%). Las situaciones de maltrato son mayoritariamente denunciadas por miembros de la familia (20%), los hospitales (17'3%) y la policía (11'3%). Los hospitales denuncian un número elevado de los casos de maltrato y prácticamente todas las modalidades de maltrato, de modo semejante a como sucede con los trabajadores sociales. Las situaciones de abuso suelen afectar a las personas de más edad, principalmente entre los de más de 80 años, es decir, entre las personas más dependientes o con más dificultades para cuidarse. Finalmente, los principales perpetradores son los hijos (47%) y el cónyuge (19%).

Wolf (9) pone de relieve que todas estas cifras deben considerarse estimativas pues muchos de las investigaciones que han analizado la prevalencia se han basado en autoinformes, excluyendo los casos con ausencia de respuesta (¿posibles casos?), por lo que tal vez se subestime su verdadera presencia.

Cualquier contexto que se analice puede ser susceptible de contener situaciones de maltrato de los ancianos, bien viviendo con familiares directos, la mayor parte de los casos, o solos, por parte también de familiares lejanos o de personas ajenas (por ejemplo, cuidadores, ayuda doméstica, entre otros). La participación de los familiares en el maltrato a los ancianos queda constatada en la mayoría de los trabajos suponiendo, si se suman todos los representantes más o menos próximos, el 90% de los casos. Un buen número de ellos de mediana edad (hijos en la gran mayoría de las ocasiones) y de más de 60 años (cónyuges y parientes) (1, 9).

Otra posibilidad es el ambiente institucional, principalmente las residencias de cuidados prolongados. Se estima que entre el 5 y el 6% de las personas mayores de 65 años se hallan institucionalizadas en cualquier modalidad en las sociedades más desarrolladas (20, 21), si bien no llega al 3% en nuestro país (22).

Desde los años 50 se incrementa la demanda de centros para el cuidado especializado de los mayores, sobre todo los encaminados al tratamiento de personas en muy mal estado de salud física y con problemas mentales, con escasez de recursos económicos o que no pueden, por diferentes motivos, permanecer en el contexto familiar (21, 23, 24). El

estudio de las instituciones residenciales, especialmente en los años sesenta, parte de la consideración del marco institucional como causante de efectos deletéreos por deshumanizar y despersonalizar al anciano. Posteriormente fue desplazando su interés sobre la morbilidad y aquellos aspectos ambientales que permitían mejorar la salud de los mayores. Actualmente, el logro de una mayor longevidad y, con ella, la ingente presencia de enfermedades crónicas e incapacitantes, propician que la institucionalización sea una salida (¿solución?), a la que se incorporan (quizá como excusa) factores como las transformaciones sociofamiliares e ideológicas y la propia soledad que experimentan muchos mayores (22, 24, 25).

En esta breve alusión histórica se esboza un caldo de cultivo para las situaciones de abuso a los viejos. En parte, por los propios trabajadores de algunos de estos centros. Hemos tenido ocasión de comprobar que, en muchas instituciones, la formación de los auxiliares es bastante escasa, especialmente en el manejo de situaciones difíciles, por ejemplo, con ancianos demenciados, donde no basta con la buena intención. Algunos miembros del personal no saben realmente qué hacer cuando un anciano se desnuda o empieza a masturbarse en público, por ejemplo, o cuando se agitan respondiendo a un cuadro alucinatorio. Muchas veces se guían por el sentido común, lo que no garantiza una actuación adecuada y realmente beneficiosa.

También hemos observado una organización muy al modo asilar que todavía perdura y que facilita el apoltronamiento e infantilización de los residentes. Esto significa que en las residencias deben cubrirse muchas tareas con independencia del nivel de ejecución y posibilidades de cada anciano: es más fácil lavar y arreglar a un anciano que esperar a que éste termine a su ritmo cada una de las actividades cotidianas.

Estos apuntes aluden principalmente a formas de actuación claramente mejorables y no malos tratos en un sentido activo. Sin embargo, en alguna ocasión hemos intervenido en situaciones donde sí ha habido maltrato físico, por ejemplo, en un centro asistencial de beneficencia porque se actuaba de forma agresiva hacia un anciano varón con la enfermedad de Alzheimer en el que afloraban muchas conductas sexuales sin privacidad y de tipo homosexual.

En otras ocasiones, dentro de la institución, también hemos recogido casos en los que se ha constatado la existencia de maltrato físico y psicológico en matrimonios, reflejo de una situación ya alterada tiempo atrás. Muchos de los motivos de ingreso en una residencia por parte de estas parejas guardaban relación con una prolongada enfermedad del cónyuge, con frecuencia una afección que limitaba la movilidad (artrosis degenerativa y generalizada, accidentes vasculares cerebrales con he-

mpleji
demen
unas r
el caso
abuso

En i
import
acudir
zones
por su
ya me
proble
estos
gund
intern
por s
maltra

Indic
vejez

Co
much
que i
ment
tigac
y el
toma
ment
de a
este
asur
part
ción

U
dad
que,
te a
muj
con
año
sa,
tien
exte
cap
do
una
en

(
suj
má
(m
die
tra
reb
cé
lac
da
ció

miplejía, etc.) o la capacidad mental (habitualmente demencia). En estos matrimonios se evidencian unas relaciones muy alteradas y una saturación en el caso del cuidador que propiciaban o causaban el abuso.

En un trabajo anterior (26) pusimos de relieve la importancia del motivo aducido por el anciano para acudir a una residencia. En el análisis de estas razones para ser institucionalizado dos sobresalieron por su conexión con estados de ánimo alterado: el ya mencionado de la enfermedad del cónyuge y los problemas familiares. Ahondando en el análisis de estos casos pudimos comprobar que, en este segundo caso, algunos de estos mayores habían sido internados en una residencia y otros lo decidieron por sí mismos, tras experimentar situaciones de maltrato familiar.

Indicadores y posibles causas del maltrato en la vejez

Como ya se ha dejado entrever con anterioridad, muchos estudios aluden a factores de riesgo más que a un análisis de verdaderas causas, probablemente porque hace falta un mayor número de investigaciones que determinen agentes etiopatogénicos y el modo en que se relacionan y actúan. Por ello, tomaremos muchos de los factores de riesgo simplemente como indicadores a tener en cuenta a la hora de analizar potenciales situaciones de maltrato. De este modo, en las próximas referencias se deben asumir las características o atributos de los participantes en esta interacción como riesgo de victimización, no necesariamente como agente causal (9).

Un primer componente a considerar es el del cuidador, sobre todo, cuando se trata de personas que, saturadas, dedican sus esfuerzos habitualmente a enfermos muy deteriorados. Un perfil tipo sería: mujeres (generalmente hijas, cónyuges o nueras), con un promedio de 52 años (un 20% supera los 65 años), casadas, que desarrollan su actividad en casa, prestando cuidado permanentemente y compartiendo todo momento con el enfermo, sin ayudas externas o muy escasas rotaciones, procedente de capas modestas de la sociedad y alejadas del mundo laboral (27). Es evidente que este perfil facilita una sobrecarga, motivo por el que se ha convertido en objeto de estudio en la actualidad.

Caballero y Remolar (1) nos ofrecen un perfil del sujeto objeto de los cuidados: mujer, de 75 años o más, caracterizada por un deterioro físico y psíquico (muy habitualmente confinada a la cama o dependiente de una silla, con deficiencias sensoriales, trastornos psiquiátricos, residuos de accidentes cerebro-vasculares o demencia), personalidad egocéntrica y dependiente, convivencia alterada por relaciones paterno-filiales alteradas ya con anterioridad, socialmente aislada y un nivel bajo de adaptación.

Es evidente que, la condición de cuidador, incluso en el caso de experimentar un alto nivel de sobrecarga, no es sinónimo ni indicador directo de maltrato (7). Generalmente se ha observado que se trata de una combinación y acumulación de los anteriores perfiles. Así, por ejemplo, la situación es claramente de alto riesgo cuando el receptor de los cuidados está muy deteriorado, precisa de un aporte de ayuda constante, con despliegue de conductas disruptivas y agresivas y con trastornos mentales (28).

En este sentido Lau y Kosberg (15) ya habían señalado que el grupo de mayores en mayor riesgo de sufrir maltrato es el que presenta demencia. Coyne et al. (17) en un clásico trabajo hicieron un análisis de las llamadas realizadas a una línea telefónica de asistencia sobre demencia y pusieron de manifiesto que de 342 consultas, un 12% indicaban que el familiar había maltratado al menos una vez del anciano, un 33% representaba abusos por parte del enfermo hacia el cuidador y en un 9% de los casos el abuso había sido mutuo.

Este trabajo ha de complementarse con el de Pillemer y Suitor (29) quienes trabajaron sobre 236 familias en las que se había dado el diagnóstico de demencia en uno de sus componentes en los últimos 6 meses. En un 25% de los casos analizados el enfermo se había manifestado violento en dicho periodo de tiempo, en un 6% lo había hecho el familiar y, muy importante, un 20% temían llegar a ser violentos con el enfermo, lo que muestra la incertidumbre e inseguridad generada por la situación así como el desconocimiento acerca de cómo controlarla.

Sin embargo, la mayoría de los estudios con poblaciones de perpetradores añaden al perfil de cuidador sobrecargado poderosas variables personales: se ha dedicado a la víctima durante más de 10 años, convive continuamente con ella, se trata de descendientes directos o cónyuges, con 40 años o más, ya ha habido comportamientos de maltrato y éste se repite, el cuidador necesita el hogar, generalmente con problemas económicos, caracterizado por ser una persona poco comunicativa con el enfermo pero también por ser una persona aislada socialmente, con habituales sentimientos de soledad, frustración y baja autoestima, con dependencia emocional o económica de la víctima y, finalmente, con antecedentes de maltrato y psicopatología previa (depresión, alcoholismo o trastornos de la personalidad) (1, 5, 7, 9).

Lachs y colaboradores (7) llevan a cabo un análisis de los distintos factores de riesgo para el maltrato en una amplia muestra de la comunidad que fue analizada durante un periodo de 9 años. Hallaron una presencia de un 1'6% de casos y comprobaron que la pobreza, la discapacidad funcional y el empeoramiento cognitivo son importantes predictores. Observan que el factor más relevante es el deterioro

ro cognitivo emergente, tal vez porque va seguido de un declive en el estatus funcional constituyéndose en un agente mantenedor más que causal, imposibilitando, además, que el anciano se defienda.

Una aportación relevante procede de Reis y Nahmiash (16) quienes separan diferentes componentes de diversa índole a tener en cuenta entre cuidadores y receptores de cuidado, y que les sirvió de base para la elaboración de un instrumento de detección de maltrato (*Indicators of Abuse, IOA*). Entre los cuidadores: abuso de sustancias, dificultades de comprensión de las condiciones o enfermedades médicas, problemas de conducta e inestabilidad emocional, inexperiencia en el cuidado con los mayores e incluso ser reacios a proporcionar un verdadero cuidado, dependencia económica, haber experimentado abuso en la infancia, encontrarse sumido en situaciones de estrés o en conflictos diversos, aislamiento social, redes sociales deficientes y pobreza en la capacidad de relación, estilo culpabilizador, hipercrítico o incompasivo, expectativas poco realistas.

Los indicadores de riesgo entre los receptores de cuidado son: personas de edad muy avanzada, mujeres, emocionalmente dependientes, alcoholismo y problemas con la medicación, aislamiento, actividad social y red precaria, impedido físicamente, sin supervisión médica, con conflictos personales de tipo marital o familiar, historia pasada de abusos, estilo provocador (sobredemandador, despreciativo), expectativas poco realistas y sospecha de caídas y lesiones.

De los resultados de este trabajo se desprende un conjunto de elementos asociados con una alta probabilidad con el maltrato a los mayores en tres áreas o dominios: características personales del cuidador, funcionamiento interpersonal del cuidador y características del receptor de cuidados:

Características personales del cuidador

- abuso de alcohol u otras sustancias
- trastorno depresivo / trastorno de personalidad
- otros problemas de salud mental
- problemas de conducta
- inexperiencia en el cuidado o renuente a proporcionar cuidados

Funcionamiento interpersonal del cuidador

- deficiente capacidad de relación general o con el propio receptor de los cuidados
- conflictos maritales o familiares presentes
- carece de empatía y comprensión hacia la persona cuidada
- dependiente económicamente del receptor de cuidados

Características del receptor de cuidados

- recibió abusos en el pasado
- carece de apoyo social

En definitiva, lo que aportan estos autores no es sólo un instrumento que puede utilizarse con fines de cribado, sino un esbozo de modelo explicativo en el que diferentes características del cuidador descuellan claramente en su papel predictor del maltrato. Reis y Nahmiash (16) señalan que muchos modelos de tratamiento se han centrado en aspectos irrelevantes como el estrés, pues intervenir sobre dicho aspecto no altera los componentes subyacentes que son en verdad los relevantes, en otras palabras, muchas familias con enfermos de edad avanzada exhiben pronunciados niveles de estrés sin que tenga lugar el maltrato.

En nuestra opinión, se trata de una aproximación a un modelo de diátesis-estrés en el que, obviamente, cobran más fuerza los elementos de predisposición personal y social, con una menor intervención del estrés, mientras que una persona sin dicha predisposición necesitaría un nivel muy pronunciado de estrés para desencadenar conductas alteradas. Con todo, resulta evidente que estresores acumulados pueden limar la resistencia e incrementar la probabilidad de abuso (30).

Al hilo de lo mencionado, podría especularse con los hallazgos del Proyecto Temple-Wisconsin (CVD) (31, 32) ya que se proporcionan evidencias de la intervención de componentes de vulnerabilidad en el origen de la depresión. Entre los diferentes elementos generadores se refiere el hecho de haber sufrido situaciones de maltrato. Por tanto, podría cerrarse un círculo explicativo. Experimentar maltrato parece desempeñar un papel que hace vulnerable a una persona para desarrollar trastornos emocionales, principalmente depresión. Luego, haber padecido depresión, tener propensión a ella o, a lo peor, seguir padeciéndola, se convierte en un factor predictivo y de vulnerabilidad para nuevas situaciones de maltrato. Dentro de una dinámica familiar alterada, "el oprimido se vuelve opresor", transmitiendo generacionalmente a través de su comportamiento y emociones inestables el modelo del comportamiento abusivo.

Además de señalar factores del familiar perpetrador como los ya mencionados (conflictos no resueltos con los progenitores, antecedentes de maltrato, psicopatología, dificultades económicas, etcétera), se puede ampliar la referencia a los profesionales que tratan a estos viejos. Destacan componentes de riesgo como las actitudes personales hacia la enfermedad, el envejecimiento y la muerte, la capacidad de tolerancia, respecto y autocontrol. Asimismo, factores profesionales como las condiciones laborales (remuneración, turnos, ritmo de trabajo, organización, objetivos, ambiente) y formativas (conocimientos, reciclaje, motivación) (1, 5, 33).

Finalmente, puede aludirse a una variable a tener en cuenta como las actitudes hacia la vejez. Fisk (5) plantea que no se trata de un componente individual sino reflejo de la actitud social que se tiene ha-

cia la vejez y del escaso valor que se le concede al sujeto que ya no es productivo. En este sentido, Childs et al. (2) llevan a cabo un interesante trabajo en el que comprueban que para muchas personas, especialmente las más jóvenes, el abuso sobre los mayores se percibe con consecuencias menos relevantes que en el caso de que los niños fueran las víctimas.

En el extremo opuesto, en los grupos poblacionales donde el concepto de vejez es sinónimo de respeto, sabiduría y honor, como sucede con los nativos norteamericanos y, salvando las distancias, entre nosotros los gitanos, los casos de maltrato son excepcionales (34). No obstante, dicen los autores, la occidentalización sí afecta a las comunidades, por lo que tal consideración hacia la vejez no es un factor suficiente para su protección. También nosotros hemos constatado algunos cambios entre los gitanos que les aproxima a la visión que se está dando de una cultura occidental desinteresada por los viejos. En este sentido, hace años, hubiera sido impensable ver en una residencia a un gitano enfermo de Parkinson institucionalizado y sin posibilidad de contacto con su familia.

Consecuencias psicopatológicas del maltrato en los viejos

Es común referir dos grandes consecuencias psicopatológicas tras la experiencia de maltrato: la depresión y el estrés postraumático. Sin embargo, en el caso de las personas de edad avanzada, habitualmente se alude a los estados depresivos intensos, tal vez porque es más difícil que pueda tener lugar otra expresión sintomática como conductas de evitación o, todavía menos, el afrontamiento más activo (9, 35). Por tanto, en el caso de los viejos, la experiencia traumática de maltrato, sobre todo si es continuado, puede ser la mejor caracterización de una situación de indefensión (36) que conduce a la denominada depresión por desesperanza (31, 32). Sin embargo, no es posible en el estado actual de conocimientos, determinar la verdadera naturaleza de esta depresión: ¿consecuencia o causa? (9).

En el caso de los mayores, este estado de inhibición puede ser muy intenso, representando la descripción original del *síndrome del anciano apaleado* (6). Sus manifestaciones se traducen en una pasividad generalizada (apatía y anergia de primera magnitud), con desesperanza, ideas recurrentes de muerte y un riesgo muy elevado de suicidio. Es de sobra conocida la importante letalidad de los intentos de suicidio en estas edades, tan sólo frenados por el propio estado de inhibición depresiva o la discapacidad física. En definitiva, el síndrome se manifiesta por una generalizada ausencia de respuestas y un estado de ánimo hundido y abatido, mantenido por el propio humor estabilizado a la baja, la dependencia emocional del cuidador y el aislamiento. No

se aprecian los sentimientos de culpa característicos de otras edades y son extraordinariamente intensos los deseos de muerte. Naturalmente, esta situación es especialmente grave en enfermos con un nivel relevante de deterioro cognoscitivo o en cuadros de demencia.

En otras ocasiones no se aprecia un cuadro tan grave. Sería una manifestación donde caben expresiones ansioso-depresivas. El sujeto se muestra huidizo, intimidado, intranquilo, con un estado de ánimo de tono bajo, sentimientos de inutilidad y con intención suicida, pero sin otros indicadores de depresión. Es probable que tenga deterioro cognoscitivo. Es característico que sea renuente a hablar, exhibe temor hacia el cuidador, pendiente de sus gestos y expresiones emocionales, aprobaciones o desaprobaciones, procura no hablar en su presencia.

Hemos tenido ocasión de observar algunos casos excepcionales en los que la reacción es de tipo hostil y agresiva. En tales posibilidades parece observarse que la situación de maltrato era mutua entre cuidador y receptor de cuidado, ocasionando que el anciano ingresara en una institución por decisión propia o de sus familiares. El análisis de las características de personalidad de estas personas muestra un patrón de bastante rígido, dominante e hiper-crítico que, necesariamente, no facilita las relaciones sobre todo si debe ser cuidado. La actitud defensiva de estos sujetos perdura algún tiempo después del ingreso en la institución.

Junto a las consecuencias del maltrato cabe mencionar elementos que también son mantenedores de dicha situación. Así, la reticencia a informar o denunciar la propia situación de abuso al tratarse de familiares, ya que son personas que generan sentimientos de ambivalencia en el anciano o porque puede suponer un escándalo (de cara a la familia o los vecinos) o una desconsideración al esfuerzo del cuidador o tal vez no ser comprendidos, indica que estos mayores dependen, en su sentido más literal, es decir, vital y afectivamente, del perpetrador. En otras ocasiones, el factor mantenedor se trata de un temor intenso a las represalias, a una escalada de violencia, a ser expulsado de la casa, a ser abandonado e incluso institucionalizado (1, 2).

En definitiva, y para dar estructura a las consecuencias anteriormente señaladas, puede ser muy descriptiva la propuesta de Fisk (5), quien alzaprima la severidad del abuso en función de dos variables: por un lado, el malestar generado en la víctima y, por otro, el grado de intimidación implicado en el abuso. La primera variable contiene elementos de valoración personal, y aunque este autor no lo alude, estarían implicados factores personales como la vulnerabilidad versus resistencia. En el caso de la segunda variable, de menor a mayor grado de intimidad, se hace una gradación del abuso: del estatus, espacio social, espacio vital, psicológico, físico y sexual. Según este esquema, un malestar intenso

ocasionado por maltrato físico podría calificarse de severidad muy pronunciada y, probablemente, las consecuencias más graves arriba señaladas, incluyendo el acortamiento de la esperanza de vida y/o la muerte (9). En el lado de menor severidad, podría ubicarse un anciano en un ambiente de escasa estimulación y actividad, por debajo de su nivel de competencia (37), por lo que, tal vez, las consecuencias negativas se exhiben únicamente en forma de apatía y de tono anímico bajo. Podría añadirse, por fin, un criterio temporal o de estabilidad en la situación que contribuiría decisivamente tanto a la valoración de la situación de abuso como al grado de severidad resultante.

Breves apuntes finales

De todo lo dicho se desprenden una serie de factores que pueden resultar orientadores tanto desde un punto de vista preventivo como de la intervención. Por ejemplo, resulta imprescindible atender las necesidades de los cuidadores. Queda claro que llevan a cabo una labor ingente movidos por razones familiares, morales o de cualquier otro orden, pero es evidente que el cuidador, sobre todo si se corresponde con el perfil descrito, es una persona que se sobrecarga (objetiva y subjetivamente), se sitúa en riesgo personal (por ejemplo para la depresión) pero también se acerca a una potencial situación de maltrato o abuso del anciano.

Es preciso, por consiguiente, que se desarrollen dispositivos de ayuda a diferente escala: individual, grupal, familiar, de asesoramiento, didácticos o de terapia en sentido formal, tanto para el cuidador como el receptor de cuidados (5). Asimismo, desde un punto de vista social y de medios de comunicación, sería conveniente potenciar la idea del trabajo doméstico compartido que permita un reparto de papeles más igualitario y rotaciones que eviten el agotamiento de los cuidadores.

En el plano institucional, también se requerirían sistemas de teleasistencia de forma más generalizada, no sólo volcados hacia mayores que viven solos sino, de manera destacada, para cuidadores que desempeñan su labor de manera aislada y con importantes indicadores de riesgo.

Pillemer (33) señalaba la importancia de una formación, experiencia personal y profesional de los trabajadores dedicados a los mayores. De hecho, hay muchos elementos que deben sopesarse y ponerse a prueba en el tratamiento de los ancianos, por ejemplo, la sobredosificación farmacológica tan habitual. Hemos tenido ocasión de comprobar cómo en algunos centros se facilitaba el sueño nocturno de los mayores proporcionando de forma generalizada ansiolíticos. En este mismo sentido, Fisk (5) señala como ejemplo, la frecuencia con la que se prescriben neurolépticos para estados confusionales cuando sólo un porcentaje de los casos se be-

nefia de esta intervención. No parece suficiente con aspectos formativos, pues se requiere que estos trabajadores y las condiciones en que realizan su trabajo sean adecuadas: turnos, descansos, tiempo dedicado a cada anciano, ratio, remuneración, estabilidad laboral, etcétera (1).

Por último, y con respecto al tratamiento dirigido específicamente al maltrato en ancianos, aparecen ya algunas iniciativas puestas a prueba. Así, recientemente, Anetzberger, Palmisano, Sanders, Bass, Dayton et al. (38) ofrecen un modelo de intervención diseñado para incrementar la identificación de casos, mejorar la planificación y la intervención con una constante supervisión. Se trata de un programa volcado en la detección a partir de factores de riesgo, por lo que tiene también un cariz preventivo evitando las sospechas y malas interpretaciones. Sin embargo, de acuerdo con Wolf (9), la detención de la situación de maltrato (potencial o no) es insuficiente. Un programa adecuado conlleva actuar también sobre aspectos relacionales de gran calado, comenzando, en numerosos casos, por ayudar a superar los sentimientos de culpa y de vergüenza por depender emocionalmente, por ejemplo, de un hijo/a.

CORRESPONDENCIA:

Dr. J. F. Rodríguez-Testal
Dpto. de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
C/ Camilo José Cela, s/n
E-41018 Sevilla
E-mail: testal@wanadoo.es / testal@us.es
leonfuentes@us.es

Bibliografía

1. Caballero García JC, Remolar ML. Consideraciones sobre el Maltrato al Anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 2000; 10:177-188.
2. Childs HW, Hayslip B, Radika LM, Reinberg JA. Young and Middle-Aged Adults' Perceptions of Elder Abuse. *The Gerontologist*, 2000; 40:75-85.
3. Charazac P. *Psicoterapia del Paciente Anciano y su Familia*. Madrid: Síntesis, 2001 (original en francés, 1998).
4. Daniels RS, Baumhover LA, Clark-Daniels CL. Physicians' Mandatory Reporting of Elder Abuse. *The Gerontologist*, 1989; 29:321-327.
5. Fisk J. Abuse of the Elderly. En R. Jacoby y C. Openheimer, *Psychiatry in the Elderly* (pp 901-914). Oxford: Oxford University Press, 1993.
6. Block MR, Sinnott JD. *The Battered Elder Syndrome: An Exploratory Study*. College Park, MD: Center on Aging, University of Maryland, 1979.
7. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz, R. Risk Factors for Reported Elder Abuse and Neglect: A Nine-Year Observational Cohort Study. *The Gerontologist*, 1997; 37:469-474.
8. Martínez Maroto A. Aspectos Legales y Consideraciones Éticas Básicas Relacionadas con las Personas Mayores. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 293-316). Madrid: Pirámide, 2000.
9. Wolf RS. Domestic Elder Abuse and Neglect. En I.H. Nordhus, G.R. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt, *Clinical Gerontologist* (pp 161-165). Washington, DC: APA, 1998.
10. Kessel Sardiñas H, Marín Gámez N, Maturana Navarrete N, Castañeda Fábrega L, Pageo Giménez MM, Larión Zugasti JL. Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1996; 31:367-372.
11. Montorio I, Izal M, López A, Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y Validez del Concepto de Carga. *Anales de Psicología*, 1998; 14:229-248.
12. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Carlos L, Rico JM, Lanz P, Tanssy MI. Adaptación para Nuestro Medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 1996; 6:338-346.
13. Douglass R, Hickey T. Dementia. Neglect and Abuse of the Elderly: Research Findings and a Systems Perspective for Service Delivery Planning. En J.I. Kosberg (Ed.), *Abuse and Maltreatment of the Elderly. Causes and Interventions*. Littleton, MA: John Wright, PSG., 1983.
14. Douglass R, Hickey T, Noel C. A Study of Maltreatment of the Elderly and Other Vulnerable Adults. *Ann Arbor, MI: Institute of Gerontology, University of Michigan*, 1980.
15. Lau EE, Kosberg JI. Abuse of the elderly by Informal Care Providers. *Aging*, 1979; Sept/Oct: 10-15.
16. Reis M, Nahmiash D. Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *The Gerontologist*, 1998; 38: 471-480.
17. Coyne AC, Reichman WE, Bergib LJ. The Relationship between Dementia and Elder Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150:643-646.
18. Paveza GJ, Cohe D, Eisdorfer C, Freels S, Semla T, Asford JW. Severe Family Violence and Alzheimer's Disease: Prevalence and Risk Factors. *The Gerontologist*, 1992; 32:493-497.
19. Reis M, Nahmiash D. Abuse of Seniors: Personality, Stress and other Indicators. *Journal of Mental Health and Aging*, 1997; 3:337-356.
20. Bazo M^ªT. *La Sociedad Anciana*. Madrid: CIS-Siglo XXI, 1990.
21. Gatz M, Smyer MA. The Mental Health System and Older Adults in the 1990s. *American Psychologist*, 1992; 47:741-751.
22. Buendía J, Riquelme A. Residencias para Ancianos: ¿Solución o Problema? En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y Salud* (pp. 233-246). Madrid: Biblioteca Nueva, 1997.
23. Tobin SS. The Effects of Institutionalization. En K.S. Markides y C.L. Cooper, *Aging, Stress and Health* (2^a ed., pp. 139-163). Chistester: John Wiley & Sons, 1991 (Publicación original: 1989).
24. Triadó C. Alternativas Residenciales de las Personas Ancianas. *Anuario de Psicología*, 1997; (73):119-130.
25. Carstensen LL, Fisher JE. Treatment Applications for Psychological and Behavioral Problems of the Elderly in Nursing Homes. En P.A. Wisocki (Ed.), *Handbook of Clinical Behavior Therapy with the Elderly Client* (pp. 337-362). New York: Plenum Press, 1991.
26. Rodríguez-Testal JF. El estado afectivo de las personas mayores de 60 años institucionalizadas de la provincia de Sevilla: la influencia del motivo de ingreso en la residencia. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Sevilla, 1999.
27. INSERSO. *Las Personas Mayores en España. Perfiles. Reciprocidad Familiar*. Madrid: INSERSO, 1995.
28. Montorio I, Yanguas J, Díaz-Veiga P. El Cuidado del Anciano en el Ámbito Familiar. En M. Izal e I. Montorio, *Gerontología Conductual. Bases para la Intervención y Ámbitos de Aplicación* (pp. 141-158). Madrid: Síntesis, 1999.
29. Pillemer K, Suitor JJ. Violence and Violent Feelings: What Causes them among Family Caregivers? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 1992; 47:165-172.
30. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and Neglect of Elderly Persons. *New England Journal of Medicine*, 1995; 332:437-443.

31. Abramson LY, Alloy LB, Hogan ME, Whitehouse WG, Donovan P, Rose DT, Panzarella C, Ranieri D. Cognitive Vulnerability to Depression: Theory and Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1999; 13:5-20.
32. Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME, Tashman NA, Steinberg DL, Rose DT, Donovan P. Depressogenic Cognitive Styles: Predictive Validity, Information Processing and Personality Characteristics, and Developmental Origins. *Behaviour Research and Therapy*, 1999; 37:503-531.
33. Pillemer K. Maltreatment of Patients in Nursing Homes: Overview and Research Agenda. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1988; 29:227-238.
34. Hudson MF, Armachain WD, Beasley CM, Carlson JR. Elder Abuse: Two Native American Views. *The Gerontologist*, 1998; 38:538-548.
35. Zubizarreta I, Sarasua B, Echeburúa E, de Corral P, Sauca D, Emparanza I. Consecuencias Psicológicas del Maltrato Doméstico. En E. Echeburúa, Personalidades Violentas (pp. 129-152). Madrid: Pirámide, 1994.
36. Seligman MEP. Indefensión. Madrid: Debate, 1986 (2ª reimp.) (Publicación original en inglés: 1975).
37. Lawton MP. The Impact of the Environment on Aging and Behavior. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 276-301). New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1977.
38. Anetzberger GJ, Palmisano BR, Sanders M, Bass D, Dayton C, Eckert S, Schimer MR. A Model Intervention for Elder Abuse and Dementia. *The Gerontologist*, 2000; 40:492-497.