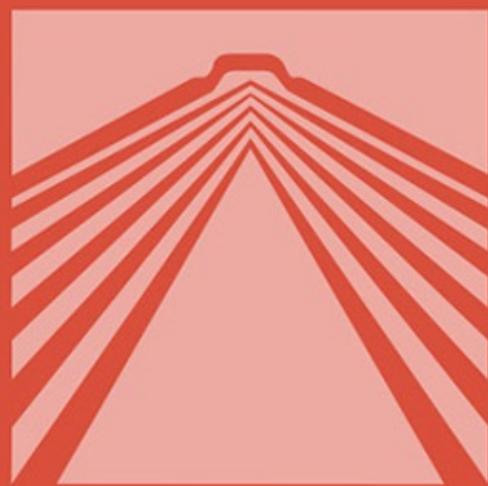


Juan Muñoz Tortosa

¿Están maltratados mis padres?

La violencia oculta en el trato a personas mayores



PIRÁMIDE

Juan Muñoz Tortosa

¿Están maltratados mis padres?

La violencia oculta en el trato a personas mayores

EDICIONES PIRÁMIDE

Índice

Presentación. Llegar a viejos

1. Introducción

2. Dificultades en la conceptualización teórica del maltrato en personas mayores

- 2.1. Antecedentes de estudio y problemas de definición
- 2.2. Prevalencia e incidencia: una cuestión por resolver
- 2.3. La dependencia y otros factores de riesgo

3. Tipos de malos tratos

- 3.1. El edadismo, primer eslabón de la violencia
- 3.2. Maltrato físico
- 3.3. Maltrato psicológico o emocional
- 3.4. Abuso económico
- 3.5. Violencia medicamentosa
- 3.6. Negligencia
- 3.7. Abuso sexual

4. Algunos casos de maltrato en la familia

- 4.1. La codependencia
- 4.2. El heredero universal
- 4.3. La pérdida de la memoria
- 4.4. El asesinato «solidario o compasivo»
- 4.5. Trato degradante a la pareja anciana
- 4.6. Acoso a los frágiles y temerosos ancianos
- 4.7. La cuidadora ilustrada
- 4.8. Acoso inmobiliario
- 4.9. El síndrome de Diógenes

5. Pérdida de autonomía: ¿domicilio o residencia?

- 5.1. Algunas consideraciones sobre el maltrato en instituciones
- 5.2. ¿Por qué se produce el maltrato en instituciones?

6. Algunos casos de maltrato en instituciones

- 6.1. Internamiento involuntario
- 6.2. La soledad
- 6.3. El suicidio
- 6.4. Ángeles de la misericordia
- 6.5. Obstinación terapéutica
- 6.6. La manipulación física incorrecta

- 6.7. Contención mecánica
- 6.8. La incontinencia
- 6.9. Extorsión y robo en los centros
- 6.10. Actividades inadecuadas
- 6.11. Lenguaje desconsiderado
- 6.12. Alimentación inapropiada

7. Del maltrato al buen trato a los ancianos

- 7.1. ¿Qué es el buen trato?
- 7.2. Envejecer en casa
- 7.3. Envejecer en residencia

8. Conclusiones y propuestas

Bibliografía básica

Créditos

*À ma belle-mère Solange Motte pour son amour envers les siens
et les autres.*

«La vejez es lo más inesperado de todo lo que le sucede al
hombre.»

FRANCIS BACON

Presentación

Llegar a viejo

A los veinte años nadie imagina lo que va a ser de su cuerpo y su mente cuando alcance la vejez. Llegamos a los treinta y creemos aún que la muerte es cosa de otros. A nadie se le ocurre pensar que los frondosos pétalos de una bella rosa se marchitarán por la tarde de ese mismo día.

La muerte es tan natural como la vida, y los quince años tan normales como los noventa. A nuestra madre naturaleza no le aflige la mortalidad infantil, ni los terremotos y tsunamis, ni las heladas, ni las olas de calor o las epidemias. Ella misma las provoca, dando así, en contra de nuestro aliento, tantas alas a la muerte como a la vida.

Nuestro ser, reconozcámoslo, vale poco para el universo. Nuestras vidas son unas cuantas vueltas en el planeta Tierra alrededor del Sol. Cuanto más se repiten, más se amontonan los achaques, los pensamientos plomizos, las congojas, el peso de los recuerdos, la tristeza y las debilidades. Pero no nos importa. Se hacen tan placenteros esos paseos (¡quién lo diría!) que nadie quiere bajarse del tiiovivo.

Otra cosa es el turno. Julio César consiguió unas cincuenta y cinco vueltas hace ya unos miles de años; Jesucristo solo treinta y tres, y es increíble lo que, en trayecto tan breve, organizó para las generaciones posteriores; Kant le dio tantas «vueltas» a la vida y al Sol que murió probablemente mareado. Hoy muchos hombres y mujeres (más las segundas que los primeros) han superado los ochenta paseos del pensador alemán, mientras que cientos de miles de jóvenes de todo el mundo ignoran en este momento cuántas van a dar.

La congoja de la vejez no es que uno sea mayor, sino que uno está allí donde ha llegado. Nunca es tan viejo que no pueda vivir un año más, ni tan mozo que no pueda morir hoy. Goethe redactó su célebre Fausto a los ochenta y dos años; Edison trabajaba en su laboratorio a los ochenta y tres; Toscanini dirigía la orquesta a los ochenta y siete; a los noventa y ocho el viejo Tiziano pintó obras jóvenes, obras maestras, y el médico investigador Jacinto Convit trabajó en su laboratorio hasta los noventa y nueve.

Lo que sí sabemos es que una vez fuera del carrusel, y todos tendremos que bajarnos, casi siempre obligados por el Dueño, nada importará haber vivido del año 37 al 95, del 982 al 1047 o del 2014 al 2109, pues este mundo, como dijo el poeta Manrique, «es el camino para el otro que es morada sin pesar». Y añadió, y aquí está la única clave de la longevidad feliz, «más cumple tener buen tino para andar esta jornada sin errar». Entiéndase por jornada el número de vueltas.

La edad es un estado transitorio tanto a los diez como a los treinta. El anciano ya sabe dónde ha llegado, mientras que el niño y el adolescente desconocen las vueltas

autorizadas de las que disponen, así como si los van a cambiar o no hacia los asientos de clase preferente o si tendrán que resignarse a permanecer en vagones de tercera.

Pero no nos engañemos. A nadie le gusta ser viejo, pero sí llegar a viejo. La vejez es «mesón de enfermedades, posada de pensamientos, amiga de rencillas, congoja continua, llaga incurable, mancilla de lo pasado, pena de lo presente, cuidado triste de lo porvenir, vecina de la muerte, choza sin rama que se llueve por cada parte, cayado de mimbre que con poca carga se doblega». Lo dice un libro medieval, *La tragicomedia de Calixto y Melibea*. El autor, Fernando de Rojas, lo pone en boca de un personaje cargado de años, la anciana Celestina. Lo que no dice la vieja es que nadie la supera en astucia. Lo que nosotros sabemos es que su personalidad llega a ser tan fuerte y sabia que restó protagonismo a los jóvenes amantes de la comedia, mozalbetes de inexperiencia, pozos de ingenuidad, amantes de sí mismos y de la tragedia, arruinados de vida a las pocas vueltas de haberse instalado en el tiovivo. Es, bien mirado, una cuestión de estética, de la armonía que supone entender que llegar a viejo es ajeno a nosotros mismos, y tan natural como ser recién nacido, adulto o minusválido. Otra cosa es cómo se organizan y confunden los principios éticos para menospreciar la experiencia y sabiduría de los mayores y convertirla en casi nada.

Durante la juventud la belleza es un incidente de la naturaleza, y la inteligencia un edificio en construcción. Llamamos jóvenes a quienes desaparecen con pocas vueltas alrededor del Sol y tienen menos posibilidades de ser recordados. Pero encontramos excepciones en aquellos que dejaron una huella indeleble. Otros miles de millones fueron vidas anónimas apenas recordadas, con un nombre grabado en piedra, en madera o en nada.

Durante la segunda juventud, la madurez, la belleza se transforma en cualidad interior y el edificio se apuntala. El desarrollo vital es por entonces una piedra que se talla con la experiencia que concede el paso de los años. Cuanto más trabajada, mejor pulida y cercana a la perfección. Pagamos una tasa, un año tras otro, por estar vivos: la edad. La lucidez se instala en el momento en que vivimos en paz con todo aquello que es imposible cambiar, y descubrimos que en esa guerra más vale tener paz que razón, la bondad que la ruindad, la humildad que la prepotencia. Por eso *ver pasar los años* es un arte, si exceptuamos el dolor irreparable que produce la muerte de aquellos que conocimos durante la infancia. En los ojos de los jóvenes aparecen llamas vehementes que la edad apaga, mientras que en los serenos ojos de los expertos lucen apacibles las miradas.

Los seres humanos caminamos por el tiempo. La puerta de la senescencia conduce al edén del arte, de la sagacidad, al equilibrio de la mente, a la fruición del espíritu. Quienes tienen la fortuna de avanzar por ese camino de plenitud ya han superado las pruebas que, a tuerto o a derecho, imponen las estaciones con su ágil y pulcra vestimenta. En ese período el suave aprendizaje de la vida se acaricia con amor, y la belleza se instala en el individuo como cualidad íntima. Piensan los profanos que la edad dorada es propia del invierno; para otros, sin embargo, más finos en la apreciación, la tercera juventud es la estación de la cosecha, siempre que los años no roben los sentimientos ni las emociones, porque para el sentir y la emoción no hay

edad.

Ninguna fuerza del mundo puede detener a quien sueña. Todo aquel que ama la vida, espera y fantasea con los momentos mágicos que tanto bienestar proporcionan. Bien mirado, nunca somos viejos en el sentido estricto de la palabra. En realidad, vamos acumulando juventudes. Resulta curioso que muchos jóvenes muestren un aprecio incondicional por las catedrales antiguas, por los muebles antiguos, por las monedas antiguas, por las pinturas antiguas, por los libros antiguos, y olviden el valor moral y espiritual de nuestro selecto período último. Vieja madera para arder, viejo vino para beber, viejos amigos en quien confiar y viejos autores para leer. Quien llega a viejo después de haber gozado de un hermoso caminar, ha de ser más dichoso que de joven. La sublime ancianidad se consigue como recompensa de una vida tildada por la belleza.

El hombre, lo dijo Plauto con fino humor en sus comedias, es un lobo para el hombre. Muchas especies luchan entre sí, en especial los mamíferos; pero también los insectos llevan sus pugnas hasta la muerte. Parecería como si el aprecio y el desprecio tuvieran que ocupar necesariamente los retorcidos cerebros de los seres vivos. Ese delicado momento de la existencia se inicia cuando necesitamos a alguien que nos cuide. Los animales migratorios, tan incapaces de transportar a los heridos como de detener el necesario peregrinar impuesto por la naturaleza, dejan abandonados a sus semejantes. Los hombres tenemos la obligación de desarrollar esmerados cuidados que desatan una necesaria acción de auxilio, que se presenta tan frágil, tan tierna y tan exigente que en muchos casos afloran, porque humano es el error, tratos poco acordes con la ayuda social. Ese es el tema de este libro, el trato descuidado, el trato pernicioso que, con consciencia o sin ella, podríamos infligir a quien necesitaría una cercanía más afectiva, más pulcra, más acabada. Pero no nos alarmemos: envejecer es, hoy por hoy, el único medio que se ha encontrado para vivir mucho tiempo.

La vida está llena de interrogantes y desconfianzas, de incertidumbres y sospechas, de misterios que nadie ha aclarado ni sospechamos que pueda aclarar en los próximos años, pero nos creemos más listos que nuestros antepasados olvidados y que nuestros mayores, y a cambio presentamos la efímera credencial de la juventud, aunque esté claro que nadie ha superado al anciano Platón y a los lienzos de Picasso. Y entre tanto..., ¿a quién no le gustaría llegar a viejo? Será difícil deslizar suavemente los días y las vueltas de convivencia del turno que nos ha tocado en suerte si no volvemos el rostro hacia el patrimonio máspreciado de la civilización, el de nuestros ancianos. Hemos de ver las cosas como son, aunque sin trauma, en las palabras que el poeta Jorge Manrique dedicó a la muerte de su padre:

«Las mañas e ligereza
e la fuerza corporal
de juventud,
todo se torna en graveza
cuando llega el arrabal
de senectud.»

El autor de *¿Están maltratados mis padres?* es un investigador incansable, como muestran sus múltiples publicaciones; un reputado psicólogo, como dejan entrever

sus pacientes; un conferenciante de lujo solicitado en cualquier convención española o extranjera sobre ancianos; profesor vocacional y una persona hábil en el trato social, emprendedor obstinado y todavía capaz de estirar el tiempo para añadir dos o tres oficios más, entre ellos el de fino y exquisito autor de platos de la más selecta cocina.

El profesor Muñoz Tortosa leyó su tesis en la Universidad de Granada en una época en la que los desplazamientos en coche o en tren ya eran complicados en días festivos, y mucho más en los laborables. Me trasladé con urgencia desde Madrid y me presenté en su lectura sin previo aviso. Tomé la palabra, con autorización del presidente y del protocolo, y dije: «He leído la tesis del doctorando, y como no soy experto en la materia solo añadiré, porque lo conozco, su capacidad para convertir en práctica toda la dimensión teórica en un campo tan delicado como el estudio de la psique». Eso descubro en este libro, la dimensión útil, la necesidad de considerar cuándo actuar, cómo descubrir y dónde incidir en los casos que, con lucidez única, capítulo a capítulo, el autor considera. ¡Qué voy a decir...! Juan Muñoz ha escrito un libro útil y necesario que aborda un tema tan controvertido como real.

RAFAEL DEL MORAL
Doctor en Filología
Universidad Complutense de Madrid

1

Introducción

Apreciado lector:

Un cambio inquietante acecha nuestros días, el aumento silencioso de la violencia. ¿Te has preguntado cuántas personas mayores sufren malos tratos? ¿Sabes que muchos de esos ancianos no pueden escapar a su situación? ¿Sabes que seguramente seguirán siendo víctimas durante el resto de sus días? El ser humano convive con la violencia y la hemos interiorizado como un hecho más. Sin embargo, de entre todas las situaciones violentas, el abuso contra los ancianos sea quizá la peor, por ser un acto cobarde e injusto que ejerce el fuerte sobre el débil sin justificación.

Se viene considerando que los colectivos más vulnerables y susceptibles de sufrir malos tratos son las mujeres y los niños. Tendríamos que añadir a los ancianos. ¿Acaso no son vulnerables? Me atrevo a decir que son más frágiles, están más aislados y son más dependientes física, mental y económicamente, y tienen cada vez menos posibilidades de protegerse y escapar de su entorno. Muchos ancianos no tienen a nadie que les eche una mano y no denuncian su situación por miedo a represalias. Estas y otras circunstancias favorecen que situaciones de abuso se perpetúen y que el agresor quede impune. Resulta dramático y desgarrador observar a víctimas mayores que padecen situaciones execrables. Ancianos indefensos y desprotegidos que nos dejaron lo mejor de ellos y a los que ahora les toca vivir un futuro incierto que ya no les pertenece.

Corrían los años ochenta cuando me interesé por el problema de la violencia contra las personas mayores. Las investigaciones realizadas en Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Francia y pocos países más me hicieron descubrir el escaso interés que despierta un asunto tan arraigado. Desde entonces incliné mi investigación hacia las peculiaridades y dificultades que presenta esa delicada etapa de la vida. También a través de mis clases, cursos, publicaciones, conferencias y seminarios intento sensibilizar y formar a colectivos sociales y profesionales. Un período que a nadie entusiasma, más llevadero para quienes lo visitan con recursos y que pueden alcanzarlo y disfrutarlo con mucha más seguridad y elegancia porque tuvieron la posibilidad de prepararlo con sagacidad y destreza.

En *Personas mayores y malos tratos* expuse una serie de conceptos que intentan ilustrar y ayudar a los interesados en este tema. Pretendo ahora dar un paso más, porque me perturba que el lector encuentre en mi anterior libro únicamente conceptos generales sobre los diferentes tipos de abuso que sufren las personas mayores, lugares en donde se producen, factores de riesgos que los propician y algunas líneas de intervención que pueden prevenir la aparición de esta lacra social. Quizá en aquella

publicación no tuve el tino de relatar la realidad que nos invade y, con tintes académicos, tal vez adolezca de elementos clave capaces de sensibilizar y concienciar a las personas interesadas. Sin prescindir de la vertiente científica, el trabajo que abordo en estas páginas es fruto de la relación que mantuve con numerosas personas mayores y con sus cuidadores tanto en mi consulta como en el ámbito familiar y en instituciones públicas y privadas. No pretendo realizar una investigación puramente científica de la que se puedan sacar conclusiones universales. En este libro resumo y analizo anotaciones de mi experiencia y noticias de algunos medios de comunicación. Esta práctica me ha permitido comprobar cómo el ser humano a veces carece de la necesaria humanidad con el anciano con quien ha de relacionarse o tiene a su cargo, cómo los cuidadores carecen de la sensibilidad y formación necesaria para desarrollar vínculos afectivos, cómo hay personas que se comportan de manera negligente y hostil cuando ejercen la tan difícil como admirable tarea de cuidar a los mayores.

Realicé mis entrevistas y observaciones con la intención de comprender por qué en algunas relaciones personales y profesionales se llega a situaciones límite. Analicé sus causas y deduje alguna de las posibles consecuencias. No utilicé ningún cuestionario estandarizado. Preferí guiarme por los indicadores de riesgo que recoge la literatura científica, y presté especial atención a las circunstancias, comportamientos, sentimientos, actitudes y emociones que envuelven la relación entre el anciano y su cuidador.

En mi largo periplo oí hablar de situaciones indignas, relatos y escenas que me impactaron, hechos que todavía retumban en mis tímpanos, historias familiares y profesionales que reflejan el desmoronamiento de una sociedad egoísta, intransigente y sin valores, que toma a personas indefensas como chivo expiatorio, víctimas a las que solo se les puede acusar de habernos dejado una sociedad más próspera y justa que la que ellos recibieron, agresores de aparente generosidad que proyectan hacia los demás una imagen distinta a su forma natural de ser y de actuar.

Algunos protagonistas se mostraron reacios a responder. Eludían preguntas o daban respuestas ambiguas. Otros me respondieron con claridad y firmeza. La mayoría se mostraron indecisos y desconfiados porque rechazaban, tal vez, causar mala impresión. Sentían miedo a perfilarse en voz alta, o vergüenza a que pudieran ser reconocidos. En todos los casos pude apreciar que la historia de cada uno vivía impregnada por el estado de ánimo. Detrás de cada alabanza, silencio, justificación, excusa o exculpación se escondía un verdadero sentir sobre el trato que dispensaba o que estaba recibiendo. Supongo de antemano que alguna historia puede resultar incómoda y provocar rechazo o malestar. Incluso ciertas reacciones, actitudes o comportamientos pueden agitar nuestras conciencias y traernos al presente aquella conducta o gesto que realizamos, consentimos u omitimos, sin valorar las consecuencias negativas que en su momento pudieron tener. En cualquier caso, la esencia de cada historia queda, sin embargo, como fiel reflejo de la realidad.

Cuidadores y adultos mayores me hablaron de ellos mismos, de sus alegrías y penas, de sus escenarios y esperanzas. He modificado, como cabe esperar, nombres de lugares que ponen en evidencia, una vez más, los mecanismos y circunstancias por

los que se produce el trato vejatorio e irrespetuoso con un número significativo de ancianos.

No pretendo entretener al lector con el contenido de algunos relatos y noticias extraídas de algún medio de comunicación. Mi pretensión va más allá. Describo situaciones para que el lector tome conciencia de la realidad, y para que al recordar algunas se sienta aún más comprometido en su apoyo y defensa. Al mismo tiempo deseo que interiorice conocimientos útiles que le ayuden a identificar rasgos y características de aquellas víctimas y agresores, que con sutileza pretenden encubrir la cara oculta de su sombría realidad, y también que, tras su lectura, esté en condiciones de detectar escenarios de violencia que suelen pasar inadvertidos.

Para aquellos que por su educación, ignorancia o rudeza practican formas inadecuadas en el trato que dispensan a personas de edad avanzada, o tienen asentados sentimientos hostiles hacia este colectivo, les invito a que tras una profunda reflexión cambien sus ancladas creencias y modos de actuar. No pretendo dar recetas o remedios que sirvan para atajar ese caso de abuso o negligencia en el que el lector seguramente está pensando. Considero que hay tantas formas de intervenir como situaciones podamos encontrar. Además de analizar algunos conflictos dolorosos, también quiero que el lector reflexione y comparta lo poco que se sabe y lo mucho que se ignora sobre la violencia ejercida contra los mayores.

Deseo, en definitiva, que la persona interesada entienda dónde y cómo se expresa la violencia contra los ancianos, que hoy germina como un exponente más que caracteriza a la actual cobardía social. Diré que quiero poner al alcance de ancianos, cuidadores, familiares, profesionales y público en general, de forma llana y sencilla, conocimientos y formas de proceder que les ayuden a detectar y prevenir las posibles situaciones de negligencia o abuso, para que adopten una actitud crítica, valiente y comprometida ante la situación que sufren y padecen en silencio muchos ancianos. Solo se logrará combatir esta lacra con firmeza y determinación si somos conscientes de las devastadoras consecuencias que el maltrato, el abuso y la dejadez producen en los ancianos. La comprensión del fenómeno nos debe impulsar a buscar soluciones. Si permanecemos indiferentes, conseguiremos que este mal endémico siga en aumento hasta que alcance límites inesperados y de más difícil solución.

He podido constatar que existen cuidadores que establecen vínculos afectivos con los ancianos que quieren y cuidan. Observo con satisfacción cómo hay bastantes personas abnegadas que engendran esperanza, ternura y alegría en los ancianos. Son familiares y profesionales que dispensan un trato exquisito que alivia la congoja, la soledad y la desesperanza de muchas personas mayores; seres grandiosos y fuertes que resisten situaciones dolorosamente abrumadoras; hombres, y sobre todo mujeres, que a pesar de todo encuentran en su cotidiano y tedioso quehacer una inmensa recompensa y satisfacción en las cosas que hacen por los demás; individuos que con su anónimo trabajo contribuyen a que nuestra sociedad sea cada día un poco mejor. Si consigo que un solo lector reflexione sobre la situación y considere que el trato que da al anciano que cuida no es adecuado y cambie su forma de proceder, este libro habrá merecido la pena y me sentiré satisfecho del esfuerzo. Deseo, antes de finalizar

este apartado, compartir una reflexión que me causó una profunda impresión y que me envió un amigo en uno de esos anónimos correos. La historia dice así:

«Había una vez una isla en la que vivían todos los sentimientos y valores del hombre: el *Buen Humor*, la *Tristeza*, la *Sabiduría*, como también todo lo demás, incluso... el *Amor*. Un día se anunció al *Sentimiento* que la isla estaba por hundirse. Entonces todos prepararon sus barcos y partieron. Únicamente el *Amor* quedó esperando solo hasta el último momento. Cuando la isla estuvo a punto de hundirse, el *Amor* decidió pedir ayuda. La *Riqueza* pasó cerca del *Amor* en una barca lujosísima y el *Amor* le dijo:

— *Riqueza*... ¿Me puedes llevar contigo?

— No puedo, porque tengo mucho oro y plata dentro de mi barca y no hay lugar para ti.

Entonces, el *Amor* decidió pedirle ayuda al *Orgullo*, que estaba paseando en su magnífica barca:

— *Orgullo* —le rogó—, ¿puedes llevarme contigo?

— No puedo llevarte, *Amor* —respondió el *Orgullo*—, aquí todo es perfecto y podrías arruinar mi barca.

Entonces, el *Amor* dijo a la *Tristeza*, que se estaba acercando:

— *Tristeza*, déjame ir contigo.

— ¡Oh! *Amor* —respondió la *Tristeza*—, estoy tan triste que necesito estar sola.

Luego, el *Buen Humor* pasó frente al *Amor*, pero estaba tan contento que no oyó que lo estaban llamando.

De repente, una voz dijo:

— Ven, *Amor*, te llevo conmigo.

Era una persona mayor el que lo había llamado, pero el *Amor* se sintió tan contento y lleno de gozo que se olvidó preguntar al anciano cuál era su nombre.

Cuando llegó a tierra firme, el anciano se fue rápidamente. El *Amor* se percató de cuánto le debía a esa persona y le preguntó al *Saber*:

— *Saber*, ¿puedes decirme quién me ayudó?

— Ha sido el *Tiempo* —respondió el *Saber*.

— ¿El *Tiempo*? —se preguntó el *Amor*—. ¿Por qué será que el *Tiempo* me ha ayudado?

El *Saber*, que tiene sabiduría, respondió:

— Porque solo el *Tiempo* es capaz de comprender cuán importante es el *Amor* en la vida.»

2

Dificultades en la conceptualización teórica del maltrato en personas mayores

Las primeras investigaciones sobre los malos tratos en las personas mayores no aparecen hasta el final de los años setenta. A pesar del tiempo transcurrido, observo con tristeza que todavía la sociedad se muestra sorprendida e incrédula cuando oye hablar del tema. Rechaza la idea de que una persona mayor pueda ser maltratada, negándolo con cierta vehemencia e incluso rechazando que este tipo de violencia ocurra en su familia o en el domicilio de alguien cercano. Por eso mucha gente prefiere mirar hacia otro lado. Considera que el abuso contra los ancianos solo aparece de forma aislada en residencias y que las personas mayores que viven en pareja o cerca de sus hijos, nietos, familiares, vecinos y amigos están inmunizadas contra este mal endémico que se observa en cualquier clase o grupo social, con independencia del sexo, color de piel, religión, nivel económico o estado de desarrollo del país. Quizá admitir que la violencia contra los ancianos existe supone empañar dos pilares que tradicionalmente nos proporcionan seguridad y tranquilidad: la familia y el hogar.

Hoy se observa que estos remansos de paz son cada vez más vulnerables a la violencia. De hecho, se viene considerando que el maltrato, el abuso y la negligencia que padecen algunos ancianos es un problema social de primer orden. Ya no se puede aceptar que esta cuestión sea desconocida o ignorada. La evidencia de que algunos ancianos sufren situaciones de abuso en su familia o en alguna institución es irrefutable. Se sabe que la violencia contra los mayores es un problema que se oculta, complejo por su mecanismo y multidimensional por las modalidades, y que irá creciendo en los próximos años. Prueba de ello es que cada vez se detectan más casos de maltrato en lugares que hasta ahora se consideraban seguros para la persona mayor. Esto nos obliga a realizar el esfuerzo necesario o para conocer sus causas y así saber cómo se debe abordar, exigiendo a las autoridades que adopten las medidas necesarias para prevenir la aparición del problema.

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO Y PROBLEMAS DE DEFINICIÓN

En 1975 una revista científica británica acuñó el término de *granny battering* (abuelita vapuleada) para puntualizar el maltrato a los ancianos desde la perspectiva clínica. En Estados Unidos se dio un significado similar al término *parent battering* y en el Congress U.S. (1977, 1980) se establecieron las bases para definir el abuso en

adultos mayores. En esta reunión se abordan varias categorías de maltrato: físico, emocional, psicológico, verbal, sexual, explotación económica, negligencia de los cuidadores y autonegligencia; además se propusieron definiciones descriptivas para cada categoría, pero se ignoró tipificar el grado y el contexto cultural en el cual se produce. A pesar de estos avances, no se precisaron los criterios que determinan con exactitud cuándo una situación debe ser considerada abusiva.

El primer antecedente de estudio sobre el maltrato a personas mayores aparece en 1979, impulsado por la Asociación de Gerontología de Manitoba (Canadá), que lo identifica como problema social. En esta época investigadores estadounidenses toman conciencia de la situación, realizándose desde entonces numerosos estudios que contribuyen a expandir el conocimiento científico del problema. Con posterioridad se elaboran numerosos estudios en diferentes países: Canadá, Reino Unido, Francia, Noruega..., y más tarde Israel, Chile, Sudáfrica y otros países abordan y profundizan en el maltrato a los mayores desde la perspectiva política y social hasta considerarlo como un problema de sociedad de dimensión mundial.

En 2002 la Organización Mundial de la Salud reconoce que el fenómeno vulnera preceptos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos e indica que, hasta ahora, la violencia contra los ancianos se venía considerando un asunto privado, al no exceder del ámbito familiar. Pero ante las consecuencias que acarrea la atención sociosanitaria a múltiples víctimas, considera que debe tipificarse como un problema de salud pública que debe ser penalizado por la justicia. En este mismo documento aparecen ciertas explicaciones que inspiran a algunos investigadores para definir el problema: «el maltrato a personas mayores se puede cometer por acción u omisión y con intención o no. Puede ser físico o psíquico (agresiones emocionales o verbales), entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales. En cualquier tipo de maltrato indudablemente el anciano es víctima de sufrimientos innecesarios, lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida».

En este sentido, Shell (1982) define el maltrato como «cualquier acto en el que por comisión u omisión se ocasiona daño al anciano». De esta manera se concibe que el abuso va más allá de la esfera física, pues también incluye lo psicológico, económico y social. O'Malley (1983) propone que todas las intervenciones activas ejercidas por los cuidadores y que provocan daño físico, psicológico o económico al adulto mayor deben ser consideradas como maltrato.

Podniesks (1989) lo define de forma más extensa y considera que el maltrato «es cualquier acto o conducta de la familia o del cuidador principal que provoca daño físico o mental, o negligencia a las personas ancianas», poniendo el acento sobre los actos. Y en 1986 Johnson lo etiqueta como «todo sufrimiento inútil (tanto físico como emocional) que soporta la persona mayor y que afecta a su calidad de vida». La definición de ambos autores presenta diferencias conceptuales: mientras que Podniesks insiste en que el maltrato está provocado por algún miembro de la familia, Johnson dilata esta definición, al incluir en la posible situación de abuso a todas las personas que intervienen alrededor de la persona mayor. Valentino y Cash (1986) tienen en cuenta en su definición el comportamiento del cuidador hacia la persona

mayor de la que se ocupa, indicando que la conducta puede revelar un acto de comisión (abuso) u omisión (negligencia) que afecta al área física o mental del anciano.

La Asociación Médica Americana (AMA) define el abuso y la negligencia en ancianos como «todo acto u omisión que provoca en el anciano daño o temor hacia su salud o bienestar». Esta amplia definición considera abuso no solo los actos dañinos, sino también los que potencialmente se puedan producir o cuando el anciano se siente amenazado.

Más tarde, algunas instituciones y grupos de investigación de Norteamérica prosiguieron su trabajo e incluyeron algunas propuestas conceptuales de maltrato en textos legislativos con la intención de marcar pautas que identifiquen el problema. Así, en el estado de Connecticut el abuso a mayores se define como «el hecho de infligir intencionadamente daño físico, sufrimiento emocional, lesiones o descuido al prestar la asistencia necesaria para mantener la salud física y mental del individuo».

En nuestro contexto, el Consejo de Europa adoptó una definición que fue verificada por distintas organizaciones y profesionales y que contiene informaciones de carácter general. Este organismo entiende por maltrato «todo acto u omisión cometido contra una persona mayor, en el cuadro de la vida familiar o institucional y que atente contra su vida, la seguridad económica, la integridad física-psíquica, su libertad o comprometa gravemente el desarrollo de su personalidad».

En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que se celebró en Madrid, se definió el maltrato al anciano como «cualquier acto único o repetido, o falta de acción apropiada que ocurra en cualquier relación supuestamente de confianza, que cause daño o angustia a una persona de edad». En esa misma reunión también se redactó un interesante informe que relaciona el maltrato a personas mayores con los derechos humanos. El documento además ahonda en la necesidad de que los sistemas sociosanitarios y judiciales de los distintos países realicen el esfuerzo necesario para buscar estrategias de prevención e intervención que mitiguen el problema. El texto también insiste en las carencias investigativas de este campo: ausencia de consenso para definir el problema, escasez de datos fiables, fallos metodológicos en la investigación, ausencia de instrumentos adecuados de detección, imprecisiones a la hora de cuantificar la prevalencia e incidencia del problema, etc.

Más arriba se observa que los enunciados de algunas definiciones son poco claros y en ocasiones contradictorios. Las dificultades que surgen para alcanzar una definición consensuada obstaculiza el progreso de la investigación científica, y propicia que expertos e investigadores tropiecen con serias dificultades al proponer conclusiones universales orientadas a la localización precisa del problema. Las dificultades aumentan cuando algunas definiciones ignoran valores familiares o la idiosincrasia de cada comunidad. Hoy se sabe que la tolerancia varía según el contexto de estudio. Cada cultura contempla su propio universo de conductas punibles y al definir el maltrato media una cuestión de conciencia. Es precisamente esta última variable la que interfiere en la construcción de cuestionarios fiables que determinen tipos de abuso, la frecuencia con la que se producen y la intensidad de los

mismos.

Entonces, ¿a partir de cuándo y cómo debemos considerar que una situación es abusiva? Obtener una respuesta fidedigna a esta cuestión no es tarea fácil. Cada sociedad, cada investigador, cada grupo o profesional considera la situación abusiva de forma subjetiva, y esa misma percepción puede cambiar en función de determinadas situaciones y momentos.

Una definición tiene como objetivo delimitar un significado. Sin embargo, hasta hace poco los distintos niveles de actuación política y profesionales encargados de la intervención gerontológica no se preocuparon por definir el problema. Hoy estos estamentos buscan apoyos teóricos en el campo de la ciencia social y del desarrollo humano que hagan comprender la etiología, causas y consecuencias del maltrato a mayores, para poner en práctica programas con capacidad de solventar los problemas que genera este tipo de violencia.

El estudio científico del maltrato tropieza con la grave dificultad de definir el problema. En la actualidad no se cuenta con una definición universalmente admitida que contemple todos los aspectos que deberían considerarse en el maltrato a personas mayores. Como se indica más arriba, el problema arranca por la diversidad de significados que utilizan expertos e interesados en el tema. En efecto, cada investigador utiliza un tipo de definición, y en base a ella obtiene resultados propios. Así, mientras que el aparato policial y judicial entiende por maltrato las infracciones previstas en el código penal, los profesionales de los servicios sociosanitarios presentan una visión más amplia; los responsables de servicios de ayuda y cuidados en el domicilio, directores de residencias y centros de larga estancia tienen otra concepción, dirigida especialmente a preservar los derechos de los residentes, y, por último, la visión de aquellos que defienden los derechos humanos es mucho más amplia, al considerar que el maltrato no solo debe circunscribirse a lo reglamentado por las leyes o por las normas deontológicas, sino que incluyen en su forma de ver el maltrato y la negligencia todo lo que comprende *hacer* y *debería hacerse* con los ancianos.

En consecuencia, las definiciones legales se difuminan en todo lo que concierne a los límites de conductas que ponen en peligro la salud de la persona mayor y no definen el maltrato en función del desarrollo óptimo del individuo, sino en función de un umbral mínimo de su *puesta en peligro*. Desde la medicina se sostiene el pretendido objetivo de realizar un diagnóstico que incluye descripción de lesiones, etiología del abuso y que receten un tratamiento, y los defensores de las definiciones sociales consideran conducta abusiva todo aquello que interfiere o puede interferir en el desarrollo integral de la persona mayor.

Los intentos por definir el maltrato y la negligencia en ancianos de forma sucinta han sido frustrantes. Ante este hecho, Stones (1992) sostiene que: «la ausencia de consenso en la definición del fenómeno hace imposible poner en práctica medidas válidas y fiables sobre el plan psicométrico en referencia a los malos tratos y la negligencia en personas mayores». Esta observación reviste capital importancia, porque la definición que utilice cada investigador afecta inexorablemente a la validez

de su estudio, ya que interpretará los resultados en función de preferencias e intereses concretos.

En la actualidad, cada país e investigador utiliza su propia definición, porque la terminología legal varía de una circunscripción a otra. Por tanto, la dificultad esencial con la que se topan los investigadores concierne a la acotación exacta que define el fenómeno.

Ante la constelación de discursos utilizados, considero que una definición consensuada debería adoptar una visión más amplia sobre la personalidad del agresor y sus acciones, en particular aquellas que ponen en peligro la salud del anciano. De esta manera, las variables de intencionalidad y culpabilidad que se achacan al agresor deberían postergarse; lo que verdaderamente interesa es determinar los efectos que producen esas conductas en la víctima, identificar su etiología y adoptar medidas que eviten su aparición.

Se hace necesario alcanzar un consenso internacional que delimite de forma precisa el concepto de maltrato y negligencia en ancianos, para que investigadores y profesionales trabajen con criterios homogéneos. La ausencia de acuerdo en este campo interfiere descifrar con precisión la prevalencia e incidencia del problema. El desconocimiento de estas variables dificulta también establecer con precisión aquellos factores de riesgo que facilitan o amortiguan situaciones indeseadas.

2.2. PREVALENCIA E INCIDENCIA: UNA CUESTIÓN POR RESOLVER

En el estudio del maltrato se denomina prevalencia a la proporción de personas mayores que padecen malos tratos respecto a la población estudiada, mientras que la incidencia indica el número de ancianos que aparece como víctimas nuevas durante un determinado período en un sector poblacional.

Respecto a la prevalencia del maltrato, existen múltiples y variados estudios y cada uno ofrece sus resultados. Podnieks (1989), con una muestra de 2008 sujetos, encuentra una prevalencia del 4 por 100; el 2,5 por 100 corresponde a explotación material y el 1,4 por 100 a violencia verbal crónica. Pillemer y Finkelhor (1988) establecen que la tasa de victimización en ancianos varones está en el 5 por 100, siendo el doble en el colectivo de mujeres. Wolf (1994) pone en entredicho esta afirmación, al considerar que el porcentaje de mujeres mayores es superior al de hombres, y Barnett (1997) afirma que los resultados de las investigaciones en cuanto a género todavía son contradictorios.

En Nueva Jersey (1989), un estudio con muestra estratificada compuesta por 1.342 personas mayores de 65 años arroja que el 1 por 100 de los encuestados sufrió malos tratos psicológicos, siendo casi inexistente el número de casos de maltrato físico.

De todas las investigaciones mencionadas, las de Pillemer y Finkelhor (Boston, 1989) en el ámbito comunitario y la de Pillemer y Moore (1991) en el ámbito institucional especifican la muestra utilizada, metodología aplicada, método de entrevista y selección de sujetos. En el ámbito comunitario señalan que la prevalencia del maltrato se encuentra en torno al 3,4 por 100 (resaltando la violencia verbal y los

malos tratos físicos).

También el estudio de Podnieks et al. (1989) se considera representativo. Se evaluó a 2.008 sujetos con los que se mantuvo una entrevista estructurada que integraba definiciones relacionadas con los malos tratos y la negligencia. Los resultados de esta investigación mostraron una prevalencia del 4 por 100. La violencia económica y la violencia verbal crónica se revelaron como los tipos de abuso más frecuentes.

En Inglaterra, Tolim (1988) indica que el 5 por 100 de la población sufre malos tratos y negligencia. Homer, ese mismo año, realiza un estudio con una muestra de 2.130 sujetos y afirma haber encontrado un índice de incidencia del 27,6 % de malos tratos y negligencia.

En Alemania, Wetzels (1992) encuentra que el 6,6 por 100 de la población a estudio sufre algún tipo de maltrato. Hirsch y Brendebach (1999) señalan que el 10,8 por 100 de los alemanes mayores de 60 años son víctimas de abuso (60-74 años: 13 por 100; 75 años y más: 7,5 por 100).

En el año 2004, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), lleva a cabo un estudio, cuyas conclusiones destacan que los mayores en España sufren frecuentes situaciones de negligencia y abuso en la atención que reciben, aunque el maltrato deliberado sigue siendo excepcional.

Las causas se atribuyen a la falta de consideración social hacia la vejez y a la precariedad económica. El informe elaborado, «Negligencia, abuso y maltrato en la vejez», no aporta datos sobre prevalencia e incidencia; sin embargo, refleja las protestas de los mayores por su «destitución familiar» al dejar de ser considerados miembros activos de la familia, ser ignorados, tratados de manera desconsiderada y explotados económicamente por sus hijos. El estudio apunta entre las conductas negligentes más usuales de los profesionales hacia los adultos mayores: escasez de valoración sanitaria, olvido de cambios posturales, uso innecesario de pañales, alimentación inadecuada, trato infantilizado, falta de respeto hacia sus opiniones y prescripción excesiva de fármacos.

El informe del Centro Reina Sofía (Iborra, 2008) es el primer estudio, a nivel nacional, que se realiza en nuestro país. En el mismo se aplicaron 2.401 encuestas a personas mayores de 64 años y 789 a cuidadores que estaban a cargo de ancianos que presentaban alguna dependencia. En los resultados de la encuesta, el 0,8% de los ancianos se reconocen como víctimas, y este porcentaje se duplica en ancianos dependientes y se cuadruplica entre personas mayores que presentan dependencia grave. Respecto a los cuidadores, el 4,6 por 100 reconoce haber maltratado al anciano a su cargo en alguna ocasión a lo largo del año anterior.

Aunque se estima que entre el cuatro y el siete por ciento de los ancianos que viven en la familia son víctimas de maltrato, muchas investigaciones no aclaran las circunstancias en las que se produce el abuso, ni tampoco ofrecen datos estadísticos precisos y detallados sobre la prevalencia del problema. Entonces..., ¿cuántos ancianos son maltratados? Cuando finalizo de impartir un curso o una conferencia algún periodista se me acerca en busca de un titular, y me suelen hacer la misma

pregunta: «¿Qué porcentaje de ancianos cree usted que son víctimas de malos tratos?». De manera impasible respondo lo mismo: «No lo sé. Como usted puede imaginar, la mayoría de las víctimas están ocultas, y seguramente permanecerán así durante toda su vida».

Es cierto que muchos casos de maltrato, abuso o negligencia no se detectan. Las autoridades no reciben información fidedigna debido al aislamiento de las víctimas. Además, un número importante de ancianos y agresores no denuncian su situación, condicionados por las implicaciones negativas que les pueda originar. Los resultados que arrojan muchas investigaciones son contradictorios, y la ausencia de datos fiables hace que se desconozca la dimensión real del problema, las causas que lo producen y las consecuencias que acarrea para las personas que lo padecen. Por eso este fenómeno, en plena expansión, no recibe el eco social que deseáramos.

Otra variable que obstaculiza las estadísticas es la actitud de algunos profesionales. Su exiguo convencimiento y conocimiento sobre el tema les lleva a denunciar solo casos extremos de abuso sexual y violencia física. Por el contrario toleran numerosas situaciones, no menos peligrosas, como la violencia psicológica, económica, medicamentosa, la negligencia, el abandono y otros tipos de abuso.

Ciertos informes indican que algunos profesionales se resisten a denunciar el caso, por miedo a que la intervención judicial entorpezca su relación con la familia, la institución o se produzca una escalada de conflictos en este ámbito.

Otros profesionales justifican su proceder al considerar que la intervención judicial no es necesaria si se consigue que el cuidador cambie su actitud respecto al anciano. En otros casos no denuncian algunas situaciones por miedo a que el proceso judicial finalice absolviendo al agresor. Si esto ocurre, el agresor interpreta su exculpación como una autorización para mantener su conducta abusiva. Por último, muchos clínicos interpretan que la denuncia entorpece su relación terapéutica con víctimas y agresores. Si a todas estas cuestiones se añade la ausencia de conciencia social sobre el tema y la diversidad metodológica y de definiciones que se emplean en las investigaciones, es lógico deducir que los datos de prevalencia que hoy circulan por la literatura científica solo reflejan la punta del iceberg. Además, todavía nos encontramos lejos de conocer esta cifra con exactitud. Conozco algunos trabajos que intentan hacer una aproximación epistemológica al aplicar algunas pruebas diagnósticas, mientras que otras investigaciones pretenden delimitar los factores de riesgo. Algunos de estos estudios se realizaron con una base poblacional insuficiente, o no aplicaron los instrumentos de evaluación adecuados. Por tanto, y porque sus escalas tienen dudosa validación, los resultados no son extrapolables a la población general.

Otro aspecto que dificulta conocer la prevalencia del problema es que muchas víctimas pasan inadvertidas, porque no utilizan los servicios sociosanitarios o tienen miedo o impotencia para, como ya hemos anunciado, desvelar su situación. Creen que sus familiares los pueden abandonar o ingresar en una residencia, o simplemente se avergüenzan de poner en evidencia a algún familiar próximo. También muchos, aunque son conscientes de la situación que viven, guardan silencio por su situación de

indefensión o creen que su vida todavía les puede ir peor. Ante estos hechos, sospecho que muchas víctimas mayores aprenden a no defenderse e interiorizan el hecho de que nadie les puede ayudar a salir de su situación. Se sienten incapaces de modificar su triste realidad y algunos perciben sus agresiones como algo normal en toda relación humana. Otras víctimas, atrapadas por enfermedades degenerativas, incapacitadas para establecer exiguas comunicaciones y con sus recuerdos borrados por la devastadora enfermedad, ni siquiera tienen la oportunidad de quejarse. Resulta aún más terrible cuando especulamos que su inteligencia emocional puede concienciarlos de la pavorosa situación que padecen, atrapados por esa hipotética cápsula transparente que les facilita percibir la realidad, pero que también les impide transmitir y comunicar las voces de su profundo sufrimiento.

Otra variable que sostiene la opacidad de la situación es que el agresor del anciano suele ser el cuidador principal, generalmente un familiar, allegado o profesional que presenta un perfil definido y que utiliza el domicilio o la institución para proyectar cierta imagen favorecida, aunque desgraciadamente esa imagen no siempre refleja la verdadera situación. A menudo los agresores son personas sensibles a las críticas externas y al qué dirán. Se culpabilizan, saben que sus actos no son aceptados por la sociedad, y por ello aplican formas de maltrato sutil y difícil de detectar. Se sabe además que al aplicar encuestas el hombre responde con mayor claridad, y la mujer tiende a ocultar su situación. Viton (1991) sostiene que entre el 36 y el 40 por 100 de las personas mayores maltratadas no participan en los estudios alegando razones personales. Y Sasseti (1995) aclara que las personas que participan voluntariamente en los estudios son diferentes de la mayoría silenciosa que sufre maltrato o abandono, otra razón más para que la mayoría de los casos pasen inadvertidos.

El verdadero inconveniente que arrastran muchos estudios consiste, a mi parecer, en determinar si la prevalencia e incidencia del abuso han sido realmente estudiadas. Algunas investigaciones apoyan sus resultados en la autoidentificación de casos, y esta variable introduce dudas razonables sobre su validez. Otras investigaciones realizan proyecciones ambiguas de sus resultados, y a veces utilizan parámetros de incidencia cuando lo que realmente se pretendió estudiar fue la prevalencia del problema. Para realizar un estudio riguroso de las variables (prevalencia e incidencia) es necesario aplicar metodologías de estudio diferentes. El estudio de la prevalencia no se puede utilizar para estimar casos futuros, pues se obtiene al relacionar el número de casos identificados y el número de personas estudiadas (afectadas + no afectadas). Sin embargo, para determinar la incidencia es necesario tener en cuenta el recurso de cohorte: primero conviene determinar que ninguno de los sujetos del grupo sometidos a estudio ha sufrido malos tratos. Después se hace necesario seguir al grupo de manera prospectiva y verificar los casos nuevos de maltrato. Solo de esta manera podremos precisar las causas y consecuencias del problema, así como atisbar los factores de riesgo asociados.

En el futuro estos aspectos deben ser aclarados. Los estudios de prevalencia e incidencia tienen fines diferentes: mientras que la prevalencia sirve para orientar la planificación de las intervenciones en salud, servicios sociales, etc., la incidencia

permite observar las causas y consecuencias de malos tratos, así como la eficacia de los programas de prevención.

En resumen, es difícil determinar con exactitud el número de personas mayores que sufren malos tratos tanto en la familia como en instituciones; probablemente sea mucho mayor de lo que algunos estudios, excesivamente prudentes, revelan. La falta de consenso entre investigadores para emitir una definición (conceptual y operacional) dificulta la obtención de datos que reflejen la situación actual. Algunos expertos, sin embargo, indican que por cada caso de abuso o negligencia que se comunica a las autoridades corresponden diez casos sin denunciar.

Digámoslo con firmeza. El abuso contra personas mayores es un fenómeno invisible y un tema tabú. Nadie se aventura a hablar de esta cuestión. Su naturaleza secreta impide que las víctimas reconozcan su situación. Muchos casos de maltrato se dan en la esfera privada, pero su resolución corresponde al ámbito público, ya que se trata de proteger los derechos fundamentales de la persona. En la actualidad se realizan laboriosos esfuerzos para conocer la prevalencia e incidencia del problema como parte fundamental del avance científico en este campo.

2.3. LA DEPENDENCIA Y OTROS FACTORES DE RIESGO

Es vulnerable todo lo susceptible de ser dañado física o moralmente. La vulnerabilidad es algo intrínseco, tan natural como el paso del tiempo, la decadencia o la muerte. La condición de vulnerable se instala a medida que avanza la edad y quebranta la capacidad del anciano para afrontar las adversidades de la vida, por insignificantes que estas se presenten. El impacto de un evento traumático incrementa la inseguridad, reduce las defensas, minimiza la fuerza y la resistencia física, y con ella la firmeza moral. La estrecha línea que separa dependencia y vulnerabilidad recuerda la fragilidad del ser para convertirse en víctima.

No solo la edad contribuye a hacer del anciano una persona dependiente, pues interviene igualmente la incapacidad para superar las barreras cotidianas, la enfermedad, los achaques y otras muchas contrariedades. En estos casos se hace ineludible que el anciano recurra a otra persona para que le ayude en diversos grados, desde una ayuda elemental hasta una vigilancia absoluta. Cada investigador utiliza criterios propios, que no contradictorios, en la valoración y apreciación de la dependencia. El envejecimiento satisfactorio, está claro, se opone a una decadencia dependiente, rociada de dificultades.

En la mayoría de los casos la vejez acentúa la dependencia física, reduce la habilidad mental y recorta la actividad del anciano y su relación con el entorno. El medio se presenta como esencial en el proceso, sea este normal o patológico. La dependencia física o mental se vincula con la salud, y la afectiva abarca todas las dimensiones del individuo.

Las variables asociadas a una situación de maltrato se denominan factores de riesgo. El riesgo es un concepto epidemiológico que especifica la probabilidad de que un hecho se produzca en el futuro, e incluye aspectos biológicos, psicológicos,

educativos, emocionales, de historia personal... Delimitar los factores de riesgo ayuda a señalar potenciales víctimas y agresores. Esto no significa que cualquier persona (anciano o cuidador) que muestre factores de riesgo inexorablemente se convierte en víctima o agresor. Significa que si los comparamos con otras personas exentas de factores de riesgo, estas tendrán menos probabilidades de convertirse en víctimas o agresores. Por tanto, ningún factor de riesgo por sí solo predice la conducta problema del anciano o cuidador.

A menudo ciertos factores de riesgo aportan información para prevenir situaciones no deseadas; sin embargo, otros se confunden con las consecuencias que arroja la violencia. Expertos e investigadores intentan confirmar hipótesis en este campo. Hay que recordar, sin embargo, que metodologías investigativas retrospectivas y transversales, así como dificultades en identificar prevalencia e incidencia del maltrato, hacen que numerosos estudios arrojen resultados ambiguos o contradictorios respecto a la identificación de ciertos factores de riesgo.

Una salud quebradiza constituye un factor de riesgo, que se ve incrementado por el estrés añadido que ha de soportar el cuidador. Los decrementos físicos y mentales coartan la libertad y capacidad de defensa del anciano. Algunos investigadores consideran la enfermedad física como anuncio del abuso por negligencia. La literatura científica sostiene que la dependencia es un factor de riesgo relevante en el maltrato en ancianos, y la información clínica sugiere que es en sí misma un factor de riesgo. Estudios prospectivos, sin embargo, tienen que aclarar este postulado, porque ciertas características del anciano (pérdidas cognitivas y dependencia funcional) pueden provocar situaciones de abuso pero no son condiciones suficientes para que el hecho se produzca. Otros estudios indican que la penuria económica condiciona las interacciones familiares, pues el estrés que produce la dependencia socioeconómica se convierte en factor de riesgo; sin embargo, muchas familias modestas atienden de manera ejemplar a sus ancianos.

La psicopatología no relaciona dependencia y enfermedad, salvo en personas muy mayores. Una persona de edad avanzada que disfruta de buena salud puede tornarse dependiente si se debilita o desaparecen sus redes sociales. Otra sin enfermedad física puede enfrentarse a la dependencia tras afrontar dolorosos eventos, como la viudez, la pérdida de un hijo o el cambio de domicilio, entre otras muchas adversidades. La dependencia aviva en el anciano sentimientos de debilidad, de sumisión, de soledad o de inferioridad. Este es el momento en que el fantasma del maltrato revolotea.

La persona mayor es menos autónoma cuanto más depende de otra, o de su medio social. Otros factores, como la mala salud, la insalubridad de la vivienda, las penurias económicas o el aislamiento agudizan la dependencia. La dependencia expande su estandarte como factor de riesgo en todas las investigaciones sobre maltrato a personas mayores, y hay quien la considera causa inherente en todos los casos de abuso. Estudios recientes, sin embargo, contradicen esta cuestión al encontrar, una relación directa entre maltrato y deterioro de la salud de la víctima con dependencia del agresor.

El número de ancianos dependientes aumenta. La mayoría recibe apoyo de

familiares, amigos o vecinos, mientras que otros viven en residencias. La relación entre el cuidador y el anciano se desarrolla en el plano afectivo y pone en escena sentimientos ambivalentes que van desde el afecto mutuo a la violencia. Otras veces el móvil es de orden económico. Cada persona percibe la situación en función de su pasado, presente y forma de ser. Hay ancianos dependientes que se adaptan con resignación e inteligencia, o con sumisión y recelo a su nuevo estado. Otros, sin embargo, no saben cómo actuar en situaciones comprometidas y despliegan conductas regresivas. También hay quienes pierden el control sobre sí mismos y viven episodios de miedo. En casos extremos el anciano se instala en una situación crónica de ansiedad. Si la dependencia se convierte en problema, es preciso conocer la ayuda que esquivaba la necesidad.

El cuidador principal suele ser la única compañía con la que cuenta el anciano. El dilema de familiares y profesionales estriba en saber cómo permanecer equidistante entre la obligación de atajar situaciones indeseadas y preservar el derecho de autodeterminación del anciano. Las personas encargadas de cuidar ancianos adquieren extraordinaria responsabilidad, al ocupar una posición única para solventar situaciones dramáticas.

Cuidar a personas mayores dependientes es un trabajo exigente que crea lazos afectivos. Hay cuidadores codependientes que se hacen cargo de todas las peticiones del anciano y, lo que es peor, monopolizan el sufrimiento. El progresivo hastío les hace perder el control, ignorar las necesidades y actuar de manera abusiva. El poder del cuidador crece, en la medida que aumenta la vulnerabilidad del anciano y cuando la relación asimétrica se acentúa. La sobrecarga de trabajo mina la paciencia y su estado de ánimo, y transforma sus días en un continuo pesar.

Personas desorientadas, ausentes e incontinentes quedan impedidas para sortear situaciones indeseadas y son presa fácil de la violencia. Otras con trastornos neurológicos y conductas disruptivas también corren riesgo de padecer malos tratos. Si el enfermo es mujer, la probabilidad de ser víctima aumenta de manera exponencial.

La dependencia entorpece la relación anciano/cuidador de diferentes formas. La violencia física sitúa al anciano en estado de indefensión y provoca desajustes físicos y emocionales. El maltrato psicológico acarrea síntomas específicos, como insomnio, llanto, ansiedad, confusión, huida del contacto visual y pasividad, entre otros. La negligencia engendra aislamiento, desnutrición, deshidratación, falta de higiene... La intolerancia del cuidador atemoriza al anciano y el miedo le induce a desarrollar conductas regresivas. La salud del anciano se agrava por el proceso de envejecimiento, pero también por el estrés que padece ante situaciones de abuso físico o emocional.

El estado funcional es un factor de riesgo controvertido. Algunos expertos arguyen que el deterioro a la hora de realizar las actividades de la vida diaria es un factor directamente causal. Otros afirman, sin embargo, que este deterioro solo incide en el mantenimiento del abuso, dado que las víctimas con incapacidad funcional no pueden defenderse.

La dependencia de las personas mayores ha sido aludida como una de las variables más vinculadas a la existencia de maltrato. Sin embargo, algunos estudios no encuentran diferencias estadísticamente significativas a la hora de padecer abuso cuando comparan a personas mayores dependientes con aquellas que no lo son. Habría que cuestionarse, por tanto, si la relación dependencia-maltrato se estableció de manera precipitada o si el binomio se interioriza porque en muchos estudios se descubren bastantes casos donde se da esa relación. Hay posibilidades también de que numerosas víctimas sean más dependientes del entorno que de los propios decrementos físicos o mentales.

Más del ochenta por ciento de los casos de maltrato se originan sobre todo por el agotamiento físico y moral del cuidador, la desmotivación y muchas veces la depresión. La dependencia, entonces, plantea serios problemas para prevenir el abuso.

¿Por qué algunos ancianos dependientes sufren malos tratos y otros no? La respuesta es sencilla. La situación de abuso se produce en un número limitado de familias, no pudiendo afirmar de forma categórica que exista relación directa entre abuso y dependencia.

Wolf considera factor de riesgo la dependencia del cuidador abusivo respecto a la víctima. Llega a esta conclusión tras comprobar, en un estudio de dependencia mutua, que en dos de cada tres casos el perpetrador era dependiente de la víctima. Hwalek también ve en la dependencia económica del cuidador familiar un factor de riesgo.

La información empírica en este campo es escasa, y la cuestión adquiere alto nivel de discrepancia entre investigadores. Controversias y diferencias teóricas pasan a segundo plano cuando los expertos utilizan ciertos factores de riesgo para llegar a conclusiones universales en la práctica investigadora. Hay incluso quien asume la validez por replicación, al conceder fiabilidad a posibles errores de investigaciones anteriores.

Pocas investigaciones determinan con claridad los factores de riesgo, al contener problemas metodológicos y conceptuales. Los datos provienen de investigaciones que analizan el perfil del anciano, el perfil del cuidador y el análisis de muestras de ancianos maltratados. La escasez e inconsistencia de los resultados se debe a la metodología científica empleada. Por tanto, la correlación sí ha sido demostrada, lo que no ha sido demostrada es la causalidad. Tampoco se puede comprobar el peso específico que ejerce cualquier factor de riesgo sobre la aparición del abuso si no se correlaciona con la incidencia del problema. También, en repetidas ocasiones, el factor de riesgo se vincula a una explicación teórica para tipificar el abuso y sus causas, y en otras lo enseñan como camino de la intervención.

Otros autores tratan de analizar los factores de riesgo en víctimas y agresores y reconocen que interactúan de forma dinámica, pero afirman que su presencia o ausencia no correlaciona inexorablemente con las situaciones de abuso. Además, los factores de riesgo han de ir necesariamente vinculados a la teoría explicativa correspondiente; por ejemplo, una característica personal puede ser considerada como factor de riesgo solo si se identifica como variable sustitutiva y después se vincula al marco teórico explicativo correspondiente.

La investigación sobre factores de riesgo avanza, aunque todavía no se dispone de información empírica suficiente que los confirme. La discusión teórica sobre esta cuestión adquiere un alto nivel de controversia y desacuerdo. Algunos autores retoman su discurso anterior y los clasifican en tres categorías: probables, potenciales y cuestionables. Los primeros aparecen en todas las investigaciones, los segundos reciben apoyos contradictorios y los terceros aumentan la probabilidad de que el maltrato aparezca, pero no están avalados por datos empíricos. La situación incita a pensar que la investigación sobre factores de riesgo se encuentra en un punto neutro. Sin embargo, estudios actuales contribuyen de forma importante a profundizar en el conocimiento científico del problema y generan información imprescindible para el quehacer cotidiano de expertos y profesionales.

Algunos estudios recientes, como el de la Universidad de Massachusetts, intentan despejar incógnitas en este campo y analizan cinco factores de riesgo: psicopatología del agresor, comportamiento adquirido por transmisión intergeneracional, estrés producido por situaciones externas, dependencia y aislamiento social. Otros estudios intentan identificar los factores de riesgo en el abuso por negligencia y distinguen algunos para los profesionales (sentimiento de impotencia del buen cuidador y ausencia de formación), y otros para las familias que tienen dificultades para hacer frente a las necesidades del anciano (sentimiento de duelo, necesidad de trabajar fuera de casa, negación, crisis de identidad, escasa utilización de servicios de apoyo, cohabitación, miedo a sentirse aprisionado por la situación, culpabilidad y agresividad por la concurrencia afectiva de otros familiares).

A lo largo de este capítulo hemos realizado un breve recorrido sobre algunas evidencias que preocupan a profesionales e investigadores; algunas de ellas son las mismas que encontramos en los estudios sobre maltrato infantil o la violencia familiar. La poca sensibilización social y la escasez de estudios investigativos dificulta contar con una definición universal que acote con precisión la prevalencia e incidencia del problema y los factores de riesgo asociados tanto a las víctimas como a cuidadores abusivos.

Durante la última década se vienen realizando numerosos trabajos encaminados a identificar y evaluar víctimas y cuidadores abusivos; estudios longitudinales con muestras representativas que con definiciones fáciles de comprender evalúan el problema desde diferentes puntos de vista; trabajos que combinan metodologías de análisis cuantitativo y cualitativo y que utilizan a víctimas y agresores para observar los cambios que se producen en diferentes situaciones de abuso y negligencia... El resultado promete ser halagüeño; sin embargo, queda mucho camino por recorrer hasta que se despejen todas las incógnitas que plantea este inquietante y complejo problema.

3

Tipos de malos tratos

El maltrato a los ancianos se viene considerando desde diferentes ámbitos, y la clasificación que se expone a continuación coincide con otras aceptadas por diferentes organismos e instituciones internacionales. En esta clasificación, sin embargo, he incorporado el edadismo. Y lo hago, en primer lugar, porque la discriminación social que sufren muchos ancianos es el primer eslabón que favorece que otras personas les vean como presa fácil con las que se puede cometer múltiples tropelías sin que el agresor experimente resentimiento o culpabilidad alguna. En segundo lugar considero que si el *edadismo* fuese desterrado y el anciano ocupara el lugar que le corresponde en nuestra sociedad, la violencia tendería a desaparecer. En contadas ocasiones el anciano que ocupa una posición de relevancia y prestigio social es víctima de maltrato o negligencia.

3.1. EL EDADISMO, PRIMER ESLABÓN DE LA VIOLENCIA

Las personas mayores son parte importantísima de nuestro entorno. Tradicionalmente han sido escuchadas y respetadas, por ser un referente de conocimiento y experiencia. Esta consideración ha cambiado, y hoy parece como si la sociedad quisiera ignorar el papel trascendental que desempeñan. Con la tendencia a ensalzar la belleza y la juventud, los mayores son recluidos en anónimas residencias, o son transformados en molestas presencias de su familia. Cada vez más se percibe al anciano como un ser inservible, amortizado o como un estorbo general. Más que un proceso de evolución individual, el envejecimiento se ha transformado en un sendero ineludible hacia lo que los psicólogos, hoy día, llamamos victimización.

Un amplio sector de nuestra sociedad proyecta sentimientos negativos hacia los mayores al creer en los estereotipos: están siempre cansados, se irritan con facilidad, viven en residencias, sufren trastornos de memoria, no tienen vida sexual... Estas y otras representaciones profundizan en el rechazo y aumentan un grado de intolerancia que sería inadmisibles para otros grupos de población.

En el año 1969 el gerontólogo Robert Butler acuñó el término *âgisme* para definir al conjunto de comportamientos, actitudes, prejuicios y prácticas discriminatorias que adopta la sociedad contra las personas mayores solo por razón de su edad. El concepto también se extiende a la segregación que padece el anciano por razones de edad y por la pérdida de autonomía que normalmente acompaña al envejecimiento. Hace unos años el término se tradujo al castellano por *edadismo*, que, al igual que el

racismo, consiste en tratar a la persona mayor en función de los estereotipos negativos que se han formado en torno a ella. Esta forma de pensar no solo afecta a un único aspecto del adulto mayor, sino que tiene carácter multidimensional, al extenderse a su vida social, familiar y relacional. El *edadismo* es una forma de acoso invisible, latente y subterráneo, que la sociedad practica contra los ancianos. Resulta especialmente dañino, porque minimiza las diferencias que existen entre personas mayores e ignora su individualidad.

Un amplio sector social da por válidas ciertas creencias respecto a los ancianos sin plantearse los aspectos que caracterizan el proceso del envejecimiento y la senectud. De esta manera, el *edadismo* se convierte en el primer eslabón que desencadena la animadversión hacia los mayores, el que nos inclina a pensar que son seres inservibles porque ya no representan ese estatus social que confiere el salario y la influencia en el trabajo, y que representan una pesada carga familiar y social. Una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas indica que más del 36 por 100 de nuestra población identifica a los ancianos como seres que no pueden valerse por sí mismos y necesitan cuidados, y sólo el 6 por 100 de los encuestados asocia este grupo de población a personas activas que disfrutan de la vida.

Es cierto que muchas familias quieren a sus mayores, pero es aún más cierto que nuestra sociedad no los tiene en cuenta, no los considera, no tienen cotización alguna, salvo interesadas referencias a las pensiones en período electoral.

La sociedad rechaza envejecer, invita a no asumir nuestra edad, valora el rejuvenecimiento sin que importen los medios, adora los productos que nos aproximan a edades más tempranas y ha introducido en la vida diaria, sin el menor recelo, cualquier operación quirúrgica que disimule las ineludibles huellas del paso del tiempo en las personas. Es como recomponer una flor marchita sin esperar a la nueva porque deseamos la juventud en nosotros mismos, no en nuestros retoños. Ya no siempre hablamos de cuarentonas y cincuentonas, sino de cuarentañeras y cincuentañeras, palabras que contienen los morfemas del significado de quinceañeras. Y luego, de repente, de un día para el otro, tenemos que asumir irremisiblemente nuestra edad sin someternos al lento proceso de cambio. En ese momento la vida entra en un triste período, el del ocaso. Se nota cuando empezamos a descubrir medios de transporte inadaptados, barreras arquitectónicas allí donde antes no las notábamos, calles insuficientemente iluminadas, semáforos con regulación inadecuada, necesidad de ocupar un asiento en el autobús... Parece claro que la sociedad del coche de lujo, el teléfono inteligente y los cruceros discrimina a quienes han visto su edad precipitada sin el menor recelo, como si fueran simples anécdotas que solo trascienden cuando el caso adquiere protagonismo en algún medio de comunicación.

El edadismo ha arraigado con fuerza, aunque los ancianos se mantengan muy vivos en sus actividades, deseen disfrutar su jubilación y no pasen de una etapa trepidante de actividad laboral y social a otra absolutamente pasiva.

Conozco a dos septuagenarias, jubiladas del funcionariado, que disfrutan de buena salud, gozan de amplia pensión y llevan una vida social activa: universidad de

mayores, viajes, excursiones, natación, clases de pintura, tertulias, baile de salón... Después de intercambiar opiniones con ellas sobre el edadismo aceptaron realizar una pequeña encuesta. El objetivo, verificar si hay un límite de edad para obtener una tarjeta de crédito al consumo. Ambas señoras suben a la planta de unos grandes almacenes y sugieren al vendedor la compra de un televisor y un frigorífico de alta gama. Al negociar la forma de pago solicitan que se realicen los trámites necesarios para obtener una tarjeta de crédito al consumo. El vendedor se pone en guardia y les dice que para acordar la venta es necesario que venga algún familiar más joven que avale el crédito. Comienzan los problemas. El vendedor pregunta a sus jefes y trae la respuesta: para conceder una tarjeta de crédito al consumo no han de superarse los setenta años. Como siguen insistiendo, proponen que satisfagan el cincuenta por ciento al contado, y el resto en seis meses mediante un crédito normal. No parece justo que personas jubiladas con una pensión suficiente sean discriminadas cuando solicitan un préstamo.

Animadas por la experiencia, las señoras desean comprobar si esta discriminación se extiende a otros campos. Nos propusimos alquilar un piso. Los agentes inmobiliarios ofrecían excusas peregrinas para disuadirlas. Parecidas trabas surgieron para cambiar el seguro del coche. La discriminación puede llegar al sistema sanitario, cuando los profesionales las eximen de exámenes complementarios y desaconsejan determinadas intervenciones. Todos sabemos que los ancianos no son prioritarios en los servicios de urgencias y hay largas listas de espera para que les implanten una prótesis o los operen de cataratas.

Un grupo de alumnos de la Universidad de Mayores, todos antiguos técnicos universitarios, confesaban sentirse discriminados frente a los demás, porque cambian las miradas, porque nadie les busca, porque ahora son ellos los que tienen que buscar actividades para ser útiles, ya que nadie les llama ni los necesita. Jesús, antiguo catedrático de instituto, sentenció en nuestra pequeña tertulia: «Mis obligaciones permanecen durante toda la vida y mis derechos desaparecieron a partir de los sesenta y cinco».

Los estereotipos adversos están también presentes en los propios ancianos y se observan a través de pensamientos como el rechazo al club de pensionistas, porque, según les he oído decir, «allí no hay más que viejos». Luego el anciano elabora estrategias psicológicas para hacer frente a las agresiones externas. Una reacción defensiva es la llamada «apreciación relativa», que se da cuando la persona mayor tiende a situarse, de manera natural, en una posición superior respecto a otros de su edad. La tendencia se descubre a través de los frecuentes comentarios autoensalzadores que muchos ancianos realizan respecto a sus coetáneos.

Es sabido que nosotros mismos nos vemos tan a diario que percibimos mal el envejecimiento, pues el espejo nos devuelve una imagen que acomodamos generosamente a nuestro entendimiento. Por eso cuando nos encontramos frente a otra persona de nuestra edad podemos creerla mayor que nosotros. Me viene a la memoria aquella graciosa anécdota que me contó el escritor y sociolingüista Rafael del Moral:

«La señora estaba en la sala de espera de un dentista en su primera consulta. En la pared, diploma y orla. Lee el nombre y recuerda a un compañero de clase: rubio, desenvuelto, simpático... Manuel Fuertes Medina. Recuerda que le regaló un libro porque lo tenía repetido, las *Rimas* de Bécquer, y que se sentía atraído por ella. ¿Cuántos años habían pasado? ¿Tal vez cuarenta? Quizá estuvo enamorada de él... Le caía tan bien aquel chico. En clase lo llamaban el Inglés, aunque era de Jaén. En cuanto entró en la consulta comprendió su error: no podía ser. Calvo, viejo, panzudo, canoso, la cara arrugada... No podía ser. Le examina los dientes, le aconseja, lo oye hablar y..., conmocionada porque reconoce la voz, le pregunta:

- ¿Estudió usted en la Autónoma de Madrid?
- Sí señora —le contestó—. Allí hice la carrera...
- ¿Y en qué año terminó usted? No sería en el setenta y nueve...
- Sí, exacto... ¿Cómo lo sabe...? ¿Por qué me lo pregunta...?
- Pues porque te recuerdo —dejó de hablarle de usted—. Éramos...
- Y...

El dentista no la dejó terminar. La miró detenidamente, y desde su calvicie, con su pelo canoso y su cara arrugada, le preguntó el muy imbécil:

- Sí, ya sé... ¿No sería usted por casualidad profesora mía?»

Los estereotipos no solo alcanzan al pensamiento de los jóvenes, pues numerosas personas mayores esán también impregnadas por falsas creencias. El *edadismo* se detecta con dificultad y es tema tabú. La forma sutil con la que se aplica impide que la víctima se reconozca como tal. Por ello, muchos ancianos se comportan de acuerdo a la imagen que se tiene de ellos.

La vejez ha perdido su estatus envidiable de antaño. Es femenina y sinónimo de dependencia. Cada día nuestros mayores se sienten más discriminados, y el comportamiento de muchos profesionales colabora a mantenerlo así. El respeto hacia los ancianos es una cuestión olvidada en nuestro sistema educativo, perdiendo de esta manera la oportunidad de que niños y jóvenes adquieran ciertos modelos de conducta. Los medios de comunicación tampoco promueven un cambio de valores que refuerce la posición social del anciano. La legislación lo considera como un adulto normal; sin embargo, ante los ojos de la sociedad pierde su estatus de adulto porque su cuerpo no le permite esa libertad y, una vez dependiente, sus derechos y responsabilidades son confiscados.

Una sociedad que no escucha a sus mayores es una sociedad muerta, y actualmente la longevidad no se entiende como un éxito, sino como una carga. ¿Qué representa un anciano para un joven? ¿Y un viejo para otro viejo? ¿Y un viejo para un político aparte del voto? A veces, cuando tienen dinero, se les tolera; pero si están escasos de recursos o incapacitados casi siempre molestan. Nuestra sociedad tiene distorsionada la percepción de la población mayor y los considera frágiles y una carga social. ¿Cómo sacarlos de esa discriminación irrefutable? Creo que debería existir un organismo que combatiera el *edadismo*, de la misma manera que se lucha contra el racismo o la desigualdad que existe entre hombres y mujeres. La sociedad silencia la discriminación y pondera la vulnerabilidad. Es el primer paso para admitir y desencadenar la violencia oculta o evidente que se ejerce contra ellos.

3.2. MALTRATO FÍSICO

Se entiende por maltrato o abuso físico las agresiones que se infligen por parte de

alguna persona del entorno del anciano, como el cónyuge, el hijo, familiares o incluso el profesional o vecino eventualmente encargado de cuidar al anciano, y esa conducta pone en peligro su desarrollo físico, emocional o social. El cuidador ejerce una fuerza física excesiva o inapropiada con la persona mayor, o abandona al necesitado, o, por negligencia, no realiza sus funciones de forma adecuada.

Un juez, lo ha contado un medio de comunicación, ha sancionado a un individuo con 3.240 euros por abandonar a sus padres. El fiscal lo sentó en el banquillo para que respondiese de un delito de abandono. Durante la acusación, el Ministerio Público sostuvo que los padres del imputado no podían cuidarse a sí mismos ni cuidar del domicilio que compartían con su hijo, debido a su avanzada edad y estado de dependencia. El hijo no cumplió con sus deberes de asistencia básica: alimentación, higiene, vestido, administración de medicamentos... Tal fue el estado de abandono en el que se encontraron que la madre del acusado murió sola en la calle cuando se dirigía al centro de salud aquejada de una crisis respiratoria.

Otro periódico informa de que un hombre fue condenado a pagar una multa de cuatro mil ochocientos euros por mantener a sus padres entre suciedad. Los alimentaba con comida que recogía de los cubos de basura, y sus ahorros los destinaba a diferentes inversiones que había realizado. Los ancianos fueron rescatados de su domicilio por orden del juez después de que los vecinos denunciaran que habían oído gritos pidiendo auxilio.

La tipificación legal de la conducta abusiva varía en función del daño inmediato que produce a la persona mayor y de la frecuencia e intensidad con la que se realiza. En este aspecto también hay que considerar los malos tratos físicos habituales y las conductas episódicas que realiza el cuidador como resultado de un arranque de cólera.

A nivel operacional, la forma de maltrato físico más cruel es el asesinato. Hay pocas investigaciones sobre ancianos eliminados por sus familiares. En un estudio reciente que realizó la investigadora Isabel Iborra, del Centro Reina Sofía, se indica que la prevalencia de personas mayores asesinadas en el ámbito familiar alcanza los tres casos por millón, y que los asesinos más frecuentes suelen ser, por este orden, la pareja, los hijos y otros familiares como nietos, sobrinos... Esta misma investigadora señala que las mujeres tienen mayor probabilidad de morir a manos de sus parejas, mientras que el hombre tiene más posibilidades de morir a manos de sus hijos. Con estos datos se observa que las personas mayores tienen menos probabilidad de morir por homicidio que los jóvenes. Sin embargo, cuando se les agrede, las lesiones tienen graves consecuencias, debido a la vulnerabilidad que engendra el proceso normal de envejecimiento.

Una patrulla de la policía encontró, también según una noticia de prensa, en el interior de una vivienda, los cadáveres de un matrimonio de ancianos. Según las primeras consideraciones del forense podrían llevar muertos más de diez meses. Los ancianos fueron presuntamente asesinados por su único hijo, que ha sido detenido por la policía para ser interrogado. Pese al tiempo que la pareja llevaba muerta, ningún vecino del inmueble había advertido la ausencia del matrimonio. Una hermana de la

anciana asesinada, residente en una ciudad vecina, denunció ante la policía la persistente ausencia de noticias de sus parientes. La denuncia llegó a la policía, la cual contactó con el hijo del matrimonio. El hijo aseguró que sus padres estaban bien y no había de qué preocuparse. Meses después la hermana de la víctima volvió a denunciar, y esta vez la policía solicitó autorización judicial para acceder al piso. Cuando abrieron la puerta encontraron los cadáveres del matrimonio casi momificados. El hijo del matrimonio asesinado acudía periódicamente al domicilio de los padres. El macabro gesto de conservar los cadáveres en el domicilio tenía como objetivo disponer de las pensiones que el matrimonio seguía cobrando.

Los casos de parricidio suelen salpicar las primeras páginas de algunos medios de comunicación. Los expertos opinan que los asesinatos de progenitores son el último acto de una perturbada historia de violencia intergeneracional, que se ejerce tanto de padres a hijos como de hijos a padres, y que finaliza en parricidio. Las variables implicadas en el acto suelen ser el beneficio económico del agresor y/o el consumo de sustancias tóxicas.

Entre el maltrato físico que sufren los ancianos (golpes, arañazos, pellizcos, puñetazos, quemaduras, contusiones, fracturas, ausencia de higiene...), en ocasiones es difícil diagnosticar el caso de abuso. Algunos trastornos neurológicos, metabólicos o cardiovasculares provocan que el anciano se lastime en sus caídas. Cuando esto ocurre, casi nunca se piensa que las heridas son ocasionadas por empujones que le proporciona el cuidador. Recuerdo el caso de aquella mujer de ochenta años que fue atendida en el servicio de urgencias de un hospital. La anciana presentaba un esguince de hombro y una herida en la ceja. Vivía en casa de su hija y esta le dijo al médico que su madre resbaló en la cocina y cayó de bruces. Cuando el facultativo ausculta a la paciente observa que su espalda está plagada de hematomas y sospecha que las cosas no ocurrieron como parece. Decide hablar con la hija y le informa que tiene que cursar un parte de lesiones a la policía. La hija se derrumba, rompe a llorar y confiesa que su marido, consumidor de drogas, la tiene tomada con su madre y con frecuencia le empuja para que se caiga.

En todos los casos de maltrato físico se aconseja que se observe al paciente y se compruebe si existen magulladuras o moratones en el lado contrario de la parte del cuerpo donde aparecen las lesiones. La observación de algunos signos externos nos ayuda a interpretar cómo sucedieron los acontecimientos: deshidratación, malnutrición, lesiones inexplicables, retraso en la búsqueda de tratamiento, reiteradas visitas a los servicios de urgencias, explicaciones contradictorias o poco convincentes por parte de la víctima o del agresor, etc.

Familiares y allegados pueden distorsionar las circunstancias de cómo el anciano se produjo las lesiones. Muchos niegan su culpabilidad y, por ende, los casos de violencia física solo se confirman cuando alguien testifica ante la autoridad o la víctima interpone la denuncia correspondiente. Las víctimas de malos tratos físicos casi nunca resuelven la situación por sí mismos. Muchos casos se agravan y permanecen en el anonimato durante años. Los hombres son más susceptibles de ser víctimas de malos tratos físicos que las mujeres. Por su parte, el maltrato físico que

proporciona el hombre a la mujer tiende a ser más violento. Algunos estudios de maltrato físico severo indican que más del ochenta por cien de los agresores son hombres con relación familiar o de pareja con la víctima.

Se cree que el maltrato en ancianos solo se refiere al abuso físico. Esta forma de violencia representa una pequeña parte del problema. Algunas investigaciones indican que el maltrato físico supone el cinco por ciento del conjunto de malos tratos que se infringe a los mayores.

3.3. MALTRATO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL

La provocación de angustia a través de gestos y actos verbales se considera abuso psicológico. Esta forma inapropiada de comunicación afecta negativamente al anciano e interfiere en su desarrollo cognitivo, social y emocional. Es difícil diagnosticar el abuso psicológico, porque entre expertos e investigadores existen fuertes discrepancias para definirlo. Tal vez el lector ha sido testigo de alguna agresión verbal y habrá comprobado que ese comportamiento deshumaniza al anciano, hiere su dignidad y le infunde un miedo insospechado.

Carlota, de setenta y dos años, se enjugaba las lágrimas con su impecable pañuelo blanco. Su yerno le reprochaba que viviera a costa de él sin aporte alguno al patrimonio doméstico. Ella era para sus nietos objeto de desprecio, de burlas y de risitas humillantes.

«¿Por qué nadie me quiere? Mi hija no me defiende. Yo no molesto a nadie. Siempre procuro estar sola en mi habitación o en casa de las vecinas. ¿Por qué me ignoran? Yo no les he hecho nada. No interfiere en sus vidas. Solo pido que me quieran un poco, que me hablen con respeto y no me insulten. El pasado fin de semana estuve enferma. Nadie me dirigió la palabra. Solo recibí reproches acusándome de que todo lo hacía mal. Mi yerno insinuó que con mi muerte se iban a quedar en la gloria. El lunes, cuando fui a casa de mi amiga Carmen, no tuve el valor de desahogarme. Le conté que pasé un divertido fin de semana con mis hijos y nietos, que todos son muy buenos y que se portan muy bien conmigo.»

Los casos de violencia psicológica no dejan huellas. Sospechamos su existencia cuando el anciano desarrolla frecuentes mecanismos de defensa con la intención de ocultar experiencias desagradables. Aceptar y reconocerse víctima de violencia psicológica es algo que no surge de manera espontánea. El estilo de vida y las experiencias condicionan la situación del anciano. Muchas personas mayores que sufren largos períodos de malos tratos psicológicos, no solo llegan a aceptarlos como normales, sino que incluso tienden a justificarlos.

El agresor psicológico actúa de forma encubierta: expresión facial insolente y desvergonzada, movimientos de cabeza, mirada aviesa y desdén forman el repertorio de conductas sutiles que evidencian su desprecio. Algunos cuidadores abusivos van más allá y materializan el rechazo al anciano mediante insultos, humillaciones o simple rechazo a la ayuda que necesitan. También infunden miedo y terror a sus víctimas mediante amenazas de abandono o la advertencia de expulsión del hogar. He sido testigo de este tipo de intimidación, especialmente cuando la persona mayor no accede puntualmente a las peticiones que le sugiere el cuidador. Muchas personas mayores se sienten inseguras y tienen miedo cuando presencian escenas de violencia

familiar, reciben insultos o se les exige que realicen actividades impropias de su edad o estado de salud. Algunos autores indican que el abuso emocional produce en el anciano tanta angustia y malestar como la violencia física.

La filosofía *Tantra*, llegada en el siglo VI a. C. de la mano de Buda, dice que el objetivo más elevado que alcanza el ser humano es la iluminación completa, y este estado de paz es el que elimina todos los obstáculos que oscurecen nuestra mente. Esta forma de pensamiento, sin embargo, considera que el objetivo final no se alcanza solo con el deseo, sino que es preciso utilizar métodos apropiados para conseguirlo. Me llamó la atención un pequeño relato que cuenta la mala relación que sostiene un hijo con su padre, e incide en cómo el maltrato psicológico es capaz de dejar huellas indelebles en las personas que lo padecen.

«Érase un hombre con mal carácter. Un día su anciano padre le dio un saco de clavos y le dijo que clavara uno en la verja del jardín cada vez que perdiera la paciencia o se enfadara con alguien. El primer día clavó treinta y siete. Durante las semanas siguientes procuró controlarse y día a día iba disminuyendo la cantidad de clavos nuevos en la verja. Había descubierto que era más fácil controlarse que clavar clavos. Llegó un día en el que dejó de añadir clavos. Entonces fue a ver a su anciano padre para decírselo. El sabio anciano le dijo que era el momento de quitar un clavo nuevo por cada día que no perdiera la paciencia. Los días pasaron y finalmente el hijo pudo decir a su padre que había quitado todos los clavos de la verja. Entonces el anciano condujo a su hijo hasta la verja del jardín y le dijo: “Hijo mío, últimamente te has portado muy bien, pero mira todos los agujeros que han quedado”. Ya nunca será como antes. Cuando insultas a un anciano, discutes con él, le profieres frases ofensivas, lo ridiculizas o le infundes malestar dejas huellas como estas. Puedes insultar a un anciano, proferirle malas cosas y después arrepentirte de lo que has hecho, pero no olvides que la herida quedará para siempre. No importa las veces que pidas perdón, las heridas permanecerán abiertas. La lesión que deja una palabra hace tanto daño como una herida física.»

Todos los estudios señalan que la violencia psicológica contra las personas mayores presenta una alta prevalencia y se combina con otros tipos de abuso. Muchos ancianos exteriorizan las consecuencias de la violencia emocional mediante frecuentes cuadros de ansiedad, miedo y depresión. Muchas víctimas suelen expresar sentimientos de vergüenza ante situaciones de burla, amenazas o insultos. Estas acciones producen un efecto acumulativo, que acarrea consecuencias destructivas para el desarrollo personal del anciano. Una constante que observo en situaciones de abuso emocional es que el cuidador manipula a la víctima y a su entorno para que todos crean que el anciano se queja por quejarse. Muchos de estos cuidadores también suelen proporcionar muestras ocasionales de ternura e indulgencia hacia la persona mayor con la intención de mantener viva su esperanza.

3.4. ABUSO ECONÓMICO

Con el peso de los años y la disminución de las necesidades materiales aumenta la exposición para diversos tipos de actos de violencia económica. La fragilidad y la pérdida de defensas facilitan este tipo de abuso, padecido no solo por aquellos ancianos que se distancian de sus bienes a causa de algún tipo de demencia degenerativa, sino también por los que presentan deterioro cognitivo normal. Dejar a una persona mayor sin dinero, utilizar sus bienes sin autorización, ocultárselos o apropiárselos son actos que no exigen excesivo esfuerzo por parte de unos cuidadores

que serían capaces, sin gran esfuerzo, de justificar su derecho. De ahí que sea tan difícil establecer los límites de la violencia económica. Necesitamos, está claro, considerar la pérdida de bienes materiales del anciano, pero también la actitud y comportamiento del agresor. De cualquier manera, la violencia económica es, junto al maltrato emocional, el tipo de abuso más frecuente. La confluencia de algunos factores (relación de confianza, dependencia, deterioro normal o cognitivo, aislamiento...) acentúa la vulnerabilidad, que facilita la subordinación y la coerción económica de personas próximas.

La apropiación indebida se produce tanto en el ámbito familiar como en instituciones. Este tipo de maltrato suele ir acompañado de actos de violencia física y psicológica y es sufrido por igual por hombres y mujeres. Los autores suelen ser personas del entorno: familiares, vecinos, amigos e incluso cuidadores profesionales. Una peculiaridad del agresor económico es que planifica minuciosamente sus actos y los ejecuta con premeditación. Con frecuencia piensa que la persona mayor no tiene necesidades y que, por tanto, no importa despojarlo de pertenencias. La violencia económica tiene efectos demoledores para el anciano que vive de los ingresos fijos de su pensión. Tanto a estos como a los que pierden los ahorros de toda su vida se les priva de su autonomía. Despojados de sus bienes, han de trasladarse a casa de un familiar, y en otros casos son obligados a ingresar en una residencia.

El hurto sistemático de pequeñas cantidades de dinero impide que el anciano se relacione, compre alimentos, medicinas o satisfaga pequeñas necesidades que dulcifican su vida. Cuando el agresor se apropia de objetos de aparente insignificancia no cae en la cuenta de la importancia de la repercusión en el equilibrio afectivo del anciano. El robo de un transistor, de una joya, del televisor, del ordenador, de un cuadro o de una lámpara puede hundir al anciano en un estado de aislamiento e incomunicación y provocarle un trauma por verse despojado de lo que con tanto apego, por su valor sentimental, formaba parte de su entorno. El abuso económico suele iniciar la espiral del aislamiento, del maltrato y de la violencia. Es una estrategia más de dominio, también envuelta en el silencio, que ejerce el cuidador para mantener su poder sobre la persona cuidada. Algunos ancianos se quejan de que su agresor comenzó cambiándole pequeñas cantidades de pesetas por euros, y finalizó su fechoría coaccionándole para que le transmita ante el notario todos sus bienes y propiedades. Existen ancianos que practican la mendicidad a la salida de grandes almacenes o realizan trabajos de economía sumergida, y en muchos casos podrían estar siendo víctimas de explotación económica.

Las crisis financieras que periódicamente atraviesan las economías nacionales afinan el ingenio del agresor y hacen que la violencia económica adquiera tantos perfiles como aristas tiene la condición humana. Me llama especialmente la atención el comportamiento de los agresores de guante blanco. Estas personas de semblante impecable son las que se encargan de administrar los bienes del anciano por orden judicial. Observo cómo sus señales de abuso son diferentes. Una vez conocí a un tutor legal que se mostró tacaño y enfurecido cuando tuvo que adquirir una silla de ruedas y realizar gastos para suprimir barreras arquitectónicas en el domicilio de la persona

que cuidaba. No escatimó un solo euro para adecentar, más tarde, una finca de olivar que había de heredar de esa tía abuela que tanto gustaba enaltecer.

Peor aún es la reciente estafa que han sufrido un buen número de ancianos en nuestro país. Me refiero a las mal llamadas «preferentes», que afectan a más de setecientos mil pequeños ahorradores. Muchos de ellos son ancianos que depositaron los ahorros de toda su vida en una cuenta bancaria y vieron cómo poco después su dinero se evaporaba a consecuencia de operaciones de ingeniería financiera diseñadas por responsables del sistema bancario. Una vergüenza nacional que deja impune a muchos de los que bendijeron y patrocinaron el expolio de bienes de un colectivo tan frágil. Una vez más el egoísmo humano no se hace eco del dolor ajeno y deja que el esfuerzo de largos años de trabajo se evapore y vaya a parar a impunes manos de egoístas magnates de nuestras finanzas, y todo ello aprovechando la ignorancia y el desconocimiento financiero de personas mayores indefensas que se dejaron llevar por tramposas recomendaciones de alguien que conocían de toda la vida como era el responsable de su sucursal bancaria. Un delito económico, sin precedentes, que deja a miles y miles de ancianos en la indigencia; nuestras autoridades todavía piensan cómo restañar la mayor trampa de las élites financieras de nuestro país.

También hay familiares y allegados que visitan al familiar residente y no tienen en cuenta el estado de salud del anciano y le obligan a realizar ejercicio físico. Otros le injurian, reprimen, se apropian de los bienes o le fuerzan a que les otorguen testamento.

Guadalupe no tenía descendencia, pero gozaba de inmensa fortuna. Recién cumplidos los setenta y seis prepara su futuro e ingresa en la residencia a causa de la incipiente esclerosis múltiple.

A diario recibía interminables visitas de las vecinas. Unas le traían regalos, otras establecían largas y tediosas conversaciones haciéndole ver lo mucho que le apreciaban, y las demás la agasajaban proponiéndole darle masajes, ir de paseo o distraerla mediante tediosas conversaciones.

El ajetreo finaliza por abatir a la débil anciana. El cansancio propició que le subiese la tensión hasta límites insospechados. Los responsables del centro toman cartas en el asunto y cesaron los infatigables encuentros. Durante una visita, el director me insinúa que las *interesadas inspectoras* pensaban más en la fortuna de la anciana que en su bienestar.

La tutela y la curatela son figuras jurídicas que protegen el patrimonio de algunas personas mayores. El tutor solo puede ejercer la representación del tutelado en aquellas funciones específicamente señaladas por el juez. El mal uso de estos dispositivos legales hace que aparezca la violencia económica. En otras situaciones el cuidador pone todo su ingenio para realizar un uso abusivo de los bienes del anciano: falsifica su firma, reclama su herencia antes de que muera, vende sus bienes sin su consentimiento, agiliza su incapacidad sin necesidad aparente y otros trucos encubiertos que van minando su integridad.

Algunos ancianos realizan tareas propias del personal remunerado cuando son invitados por los hijos a vivir con ellos, y poco a poco, sin advertirlo, se convierten en siervos, al privarles del descanso necesario y, lo que es peor, de su libertad. Me refiero a los abuelos que asumen la responsabilidad de ayudar a sus hijos sin reparos. Estos ancianos se ocupan de las tareas del hogar. Por la mañana llevan sus nietos al colegio, por la tarde los acompañan a otras actividades y por la noche hacen las veces de canguro. También son los encargados de hacer las compras, preparar la comida o

buena parte de ella (la menos gratificante) y prolongan la misma rutina los fines de semana, mientras sus hijos disfrutan de su *merecido* esparcimiento. Muchos de estos ancianos soportan una carga hasta la extenuación. Se sienten incapaces de negarse a todo lo que sus hijos solicitan. No se quejan por miedo a perder su reconocimiento. Les aterra la posibilidad de perder su afecto, y poco a poco creen percibir sentimientos y actitudes negativas por parte de los que disfrutan de su ayuda incondicional. En situaciones de este tipo pueden llegar a somatizar algunos síntomas: hipertensión arterial con oscilaciones bruscas, descontrol metabólico, elevación alarmante de la glucemia, sofocos, taquicardias, cansancio extremo, malestar, tristeza, ansiedad, autoinculpación... Estos tipos de maltrato tienen difícil diagnóstico. La persona mayor no reconoce estar sometida a situaciones de estrés y considera que su malestar tiene origen diverso. Sus hijos no hacen ningún esfuerzo por entrever la realidad, y se mantienen ajenos a la egoísta situación que ellos mismos provocaron.

En el año 2001 el investigador granadino Antonio Guijarro diagnosticó esta situación como *síndrome de la abuela esclava*. Esta enfermedad, que consideramos grave y potencialmente mortal, afecta más a mujeres mayores que durante años asumen de forma voluntaria y con agrado las responsabilidades del ama de casa. El sobreesfuerzo físico y emocional que realizan viene motivado por el hecho de tener que realizar varias tareas con eficacia y responsabilidad directa que provocan graves y progresivos desequilibrios físicos y psicológicos. El síndrome produce gran deterioro en la calidad de vida del anciano y puede ser muy peligroso, porque en momentos de crisis las víctimas ven como única salida el suicidio. El Instituto de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) reconoce esta situación como otra forma de maltrato.

No cabe censurar, sin embargo, el enorme beneficio que produce la equilibrada relación entre abuelos y nietos. Consciente de los vínculos, nuestro ordenamiento jurídico contempla el derecho de los abuelos a visitar a sus nietos. La llegada de los hijos de sus hijos suele ser un momento feliz, un deseo que se realiza. Muchos abuelos viven la llegada de sus nietos como la prolongación y permanencia de la familia. Se enorgullecen de tener nietos y no disimulan su alegría cuando contemplan, sujetan, juegan con ellos o se zambullen en rituales que les devuelven a su infancia. Es indudable que los nietos alargan la felicidad de muchos abuelos, que perdonan o transigen lo que jamás hubieran consentido o perdonado a sus hijos. Muchas veces hemos oído decir que se quiere más a los nietos que a los hijos. Creo que el amor filial es diferente, porque como abuelo se diluye la responsabilidad, y sospecho que se les quiere tanto por ese amor incondicional que se les profesa a los hijos.

Otra situación de trato inadecuado es la itinerancia, el nomadismo popularmente conocido como abuelos *ping pong*. Se produce cuando el anciano es obligado a vivir una temporada en casa de cada hijo a cambio de la pensión. La persona mayor, de casa en casa, cuando no de ciudad en ciudad, pierde sus referencias, sus espacios, su entorno de amistades, su ambiente propio y su identidad. La búsqueda de una adaptación que cada vez se siente menos capaz de realizar se convierte en un

imposible e ineficaz esfuerzo. El cambio de residencia distorsiona su sosegada vida. El cambio de lugar y distintas formas de vida exigen que la persona mayor despliegue toda su energía. Cambiar de costumbres requiere un esfuerzo suplementario para luchar contra el aislamiento que produce cada nuevo escenario.

El acoso inmobiliario es otra forma reciente de explotación económica. Se produce cuando la persona mayor es obligada a abandonar su vivienda de renta antigua por los continuos acosos de los popularmente llamados *asustaviejas*. Los centros de las ciudades, los cascos antiguos y las viejas edificaciones son lugares deseados por los especuladores inmobiliarios, que intentan desalojar a los ancianos de los lugares en donde han vivido toda su vida.

La apropiación indebida, el sometimiento a tareas propias del personal remunerado, el nomadismo y el acoso inmobiliario responden a las formas de maltrato económico más comunes. Es necesario recordar que en muchos casos los diferentes tipos de abuso se interrelacionan, de modo que las agresiones físicas, psicológicas o económicas de algunos cuidadores muchas veces no se distinguen de manera nítida.

3.5. VIOLENCIA MEDICAMENTOSA

El Consejo de Europa se hizo eco e introdujo en su clasificación otro tipo de abuso en personas mayores: la violencia medicamentosa. La define como la inadecuada administración de fármacos al anciano. También se habla de abuso por medicación cuando se producen retrasos reiterados en la administración de fármacos o el cuidador no sigue las recomendaciones prescritas por el facultativo. Este tipo de abuso se suele dar con mayor frecuencia en instituciones, aunque cada día se observa más en el ámbito familiar.

Hay residencias donde el cuidado y la seguridad son asuntos tan prioritarios que se asemejan en su funcionamiento a un hospital, y dejan de lado su apertura a la sociedad, la calidad de vida y el derecho del anciano a la autonomía. Para mantener el orden y prevenir a la manera del modelo hospitalario, nada mejor que el alto consumo de fármacos y una sobremedicación preventiva.

Aun siendo cierto que en estos centros viven muchos ancianos con problemas de salud que ingieren muchos medicamentos al día, la investigación clínica señala como inadecuadas prescripciones facultativas que no tienen en cuenta las reacciones indeseables de algunos fármacos ni los efectos secundarios que producen, especialmente benzodiazepinas, cuya inadecuada prescripción afecta negativamente al funcionamiento cognitivo del anciano y a la frecuencia de caídas y brotes de delirio. Otros estudios apuntan que ciertas prescripciones de fármacos carecen de eficacia para la salud del anciano. Algunos estudios empíricos en residencias concluyen que el excesivo consumo de antidepresivos difícilmente se justifica si se observa la reducida eficacia que tiene sobre algunos ancianos. Medicación que a veces se ingiere sin que el paciente tenga conocimiento de los efectos secundarios que produce.

La administración simulada de medicamentos es otra cuestión a tener en cuenta. A menudo a través de la bebida o con la ingesta de alimentos se administran, sin conocimiento del anciano, ciertas dosis de fármacos. Esta práctica se realiza de forma individual, sin conocimiento del equipo multidisciplinar. Solo un fuerte pretexto justifica la administración simulada de medicación. El principio de respuesta proporcionada ha de considerar los efectos negativos. A veces la administración simulada de fármacos aumenta la efervescencia del pretendido trastorno que se pretende soslayar.

Si el anciano rechaza ingerir la medicación, la administración simulada en líquidos o comidas solo se debe practicar de acuerdo con el equipo multidisciplinar y profesionales competentes que determinen la forma adecuada.

Un anciano pasó por el servicio de urgencias a causa de una crisis generalizada de ansiedad debida al alzhéimer que meses antes se le había diagnosticado. El médico le prescribe un tranquilizante y lo devuelve a su domicilio. Tres meses después ingresa en un centro de larga estancia y el facultativo le receta otro medicamento similar de efecto multiplicador. A la semana siguiente, la hija le visita y lo encuentra en silla de ruedas, ensimismado, cabizbajo y totalmente impedido para caminar. Enfurecida e indignada lo lleva a casa para que le atiendan otros especialistas. El nuevo facultativo diagnostica que padece una patología irreversible del sistema nervioso, posiblemente causada por una sobredosis de tranquilizantes. Desde ese mismo momento se interrumpe la medicación. Ya es demasiado tarde. La lengua del anciano permanece paralizada. No puede deglutir ni tragar los alimentos, y tras dos meses de suplicio el anciano muere.

Hay familiares y profesionales que por ignorancia, comodidad o cansancio administran inadecuadas dosis de fármacos a los ancianos. Otros les obligan a ingerir sobredosis para que permanezcan tranquilos. No caen en la cuenta de que la ingesta abusiva de medicamentos fuerza al anciano a pasar los días encamado o postrado en un sillón.

La sobremedicación acarrea un grave problema moral. Conculca derechos fundamentales de la persona, porque anula la voluntad del anciano y lo convierte en un ser incapaz de hablar y razonar, un muerto entre vivos con problemas cardiorrespiratorios, escaras y un estreñimiento crónico que exige la aplicación de enemas.

Es deseable que en todos los centros y familias reine la paz y que los ancianos permanezcan tranquilos. Hay enfermos, sin embargo, que se agitan, y el personal técnico o cuidador familiar recurre a dosis inapropiadas de psicofármacos para tranquilizarles.

Una residente perdió su autonomía solo un mes después de ingresar en la institución, porque la ingesta abusiva de medicación psiquiátrica había alterado el control de sus funciones básicas. Había perdido el habla y babeaba. Tenemos la obligación de decir que en algunas residencias y profesionales y cuidadores familiares se sienten sobrepasados por los acontecimientos y encuentran solución en la administración abusiva de fármacos. Para desembarazarse de molestos y errantes residentes los mantienen sedados, sin caer en la cuenta de que esta práctica perjudica gravemente la salud.

En instituciones la distribución de fármacos también puede suponer un problema. Se suelen repartir en vasitos de plástico que llevan el nombre del residente. No es raro que algunos trabajadores novatos se confundan y algunos ancianos ingieran la

medicación prescrita para otra persona. Los enfermeros no pueden estar al mismo tiempo en todos sitios.

La organización del trabajo en los centros propicia la aparición de la violencia medicamentosa. El modelo hospitalario que rige en algunas residencias y la ausencia de cooperación multidisciplinar hace que algunos profesionales utilicen neurolépticos y tranquilizantes de manera abusiva o negligente. La violencia medicamentosa es más frecuente en centros donde la plantilla de personal es escasa. El empleado se siente obligado a trabajar más rápido, y el acompañamiento del cuidador se sustituye por medicamentos que calman la ansiedad del anciano y hacen que permanezca quieto y somnoliento.

La medicación psiquiátrica está al orden del día tanto en familias como en algunas instituciones. Las benzodiacepinas pueden provocar dependencia tras dos semanas de ingestión.

Un artículo de la prensa australiana denunciaba recientemente la administración de psicótopos a los residentes bajo pretexto que hacían ruido y querían huir de la residencia.

Otra publicación canadiense reveló que entre 1995 y marzo de 1996 se administró a medio millón de personas un tranquilizante que les provocó fuerte dependencia. Más del treinta y cinco por cien de los pacientes eran personas de más de 65 años.

A veces la imagen que proyectan algunos centros y familias dista mucho de su realidad. Los ancianos no siempre viven en un entorno idílico colmado de actividad, comunicación y afecto. Es fácil observar que algunos permanecen ausentes, no prestan interés por lo que acontece a su alrededor y mantienen la mirada fija y perdida en un horizonte. Quizás es la sobremedicación la que provoca esa ausencia permanente y estado vegetativo.

La literatura médica se posiciona contra la prescripción indiscriminada de psicofármacos a personas mayores por los múltiples efectos secundarios que produce. A menudo la violencia medicamentosa no aflora por incompetencia facultativa sino por ignorancia, precaria formación, falta de profesionales o intereses espurios que llevan al anciano a permanecer sumergido en una falsa y delirante tranquilidad y sosiego.

Se hace necesario, por tanto, poner los medios para reducir el consumo de medicamentos, especialmente psicótopos, y priorizar intervenciones psicosociales y del entorno con el anciano de manera individualizada.

3.6. NEGLIGENCIA

Entendemos que existe abuso por negligencia cuando, de forma deliberada, el cuidador no presta la atención que el anciano necesita. Los actos de negligencia se pueden manifestar en un sentido activo o pasivo.

Es frecuente observar la negligencia activa durante la atención diaria que el cuidador presta al anciano: cuidados físicos, cambios posturales, alimentación, higiene personal... La negligencia en la higiene personal es un abuso frecuente.

Consiste en la inadecuada atención al aseo corporal. En ocasiones, al visitar a personas mayores observamos que la víctima presenta un estado inequívoco de indolencia que se deja ver en la suciedad, el desorden, el mal olor y otros signos deplorables.

También permanecen ocultos algunos casos de abuso por malnutrición. Se sabe que ocurre con mayor frecuencia en familias desfavorecidas. Una vez más es difícil predecir sus consecuencias y demostrar el lento y sinuoso camino que el anciano recorre hacia la dependencia por la privación de alimentos básicos.

Otra forma de negligencia activa es el abandono. Se produce cuando el cuidador priva voluntariamente al anciano de su libertad. En ocasiones he constatado cómo los ancianos permanecen en cama todo el día o se les obliga a permanecer sentados en un sillón durante períodos prolongados. Esta situación desarrolla en el anciano sentimientos de abandono, sobre todo porque se ve privado de toda posibilidad de relación. La negligencia pasiva u olvido es una forma común de maltrato en la familia e instituciones. En estos casos el cuidador ignora al anciano, descuida su presencia, lo confina en un apartado rincón e incluso olvida llamarlo para comer o para que participe en la vivacidad y ajetreo de la vida familiar o de la institución.

Loreto Concheiro, una amiga psicóloga que trabaja en programas de intervención social de Cruz Roja, me envió una carta anónima que expresa con claridad la negligencia pasiva que sufren algunos ancianos en el ámbito familiar: El texto de Amelia decía:

«Ya no sé en qué fecha estamos. En casa no hay calendarios y en mi memoria los días son una maraña. Recuerdo aquellos calendarios grandes ilustrados con imágenes de santos que colgábamos al lado del tocador. Ya no hay nada de eso. Todas las cosas antiguas han ido desapareciendo. Y yo también me fui borrando sin que nadie lo advirtiera. Primero me cambiaron de alcoba, pues la familia creció. Después me pasaron a otra más pequeña en donde dormía con mis biznietas. Ahora ocupo el desván, el que está en el patio de atrás. Prometieron cambiar el cristal roto de la ventana, pero se les olvidó, y todas las noches por allí se cuele un aire helado que aumenta mis dolores reumáticos. Desde hace mucho tiempo tenía intención de escribir, pero me pasaba semanas buscando un lápiz. Y cuando al fin lo encontraba, yo misma volvía a olvidar dónde lo había dejado. A mis años las cosas se pierden fácilmente: claro, no es una enfermedad de ellas, de las cosas, porque estoy segura de tenerlas, pero siempre desaparecen. La otra tarde caí en la cuenta de que mi voz también ha desaparecido. Cuando les hablo a mis hijos o a mis nietos nadie me contesta. Todos hablan sin mirarme, como si yo no estuviese con ellos, aunque escuche atenta lo que dicen. A veces intervengo en la conversación, segura de que lo que voy a decirles no se le ha ocurrido a ninguno, y de que les van a servir de mucho mis consejos. Pero no me oyen, no me miran, no me responden. Entonces, llena de tristeza, me retiro a mi cuarto antes de terminar la taza de café. Lo hago así, de pronto, para que comprendan que estoy enojada, para que se den cuenta de que me han ofendido y vengan a buscarme y me pidan perdón. Pero nadie viene. El otro día les dije que cuando me muera me iban a echar de menos. Mi nieto más pequeño dijo “¿Estás viva, abuela?”. Les cayó tan en gracia que no paraban de reír. Tres días estuve llorando en mi cuarto, hasta que una mañana entró uno de los muchachos a sacar unas llantas viejas y ni los buenos días me dio. Entonces me convencí de que soy invisible. Me paro en medio de la sala para ver si, aunque estorbe, me miran, pero mi hija sigue barriendo sin tocarme, los niños corren a mi alrededor, de uno a otro lado, sin tropezarse conmigo. Cuando mi yerno enfermó, pensé tener la oportunidad de serle útil y le llevé un té especial que yo misma preparé. Se lo puse en la mesita y me senté a esperar que se lo tomara. Estaba solo viendo televisión, pero ni un parpadeo me indicó que se daba cuenta de mi presencia. El té poco a poco se fue enfriando y mi corazón con él. Un día los niños estaban alborotados, y me vinieron a decir que al día siguiente nos iríamos todos a pasar una jornada en el campo. Me puse muy contenta. ¡Hacía tanto tiempo que no salía y menos al campo! El sábado fui la primera en levantarme. Quise arreglar las cosas con calma. Los viejos tardamos mucho en hacer cualquier cosa, así que me tomé mi tiempo para no retrasarlos. Al rato entraban y salían de la casa corriendo y echaban bolsas y juguetes al maletero del coche. Yo ya estaba lista y muy alegre, me paré en el zaguán a esperarlos. De repente arrancaron el coche y

éste desapareció envuelto en bullicio. Comprendí que yo no estaba invitada, tal vez porque no cabía en el auto. O porque mis pasos, tan lentos, impedirían que los demás corretearan a su gusto por el campo. Sentí claro cómo mi corazón se encogía, la barbilla me temblaba como cuando uno se aguanta las ganas de llorar. Yo los entiendo. Ellos sí hacen cosas importantes. Ríen, gritan, sueñan, lloran, se abrazan, se besan... Y yo, ya no sé a qué saben los besos. Antes besuqueaba a los pequeños. Era un gusto enorme el que me daba tenerlos en mis brazos como si fueran míos. Sentía su tierna piel y su respiración dulzona muy cerca de mí. La vida nueva se me metía como un soplo y hasta me daba por cantar canciones de cuna que nunca creí recordar. Pero un día mi nieta Elvira, que acababa de tener un bebé, dijo que no era bueno que los ancianos besaran a los niños por cuestiones de salud. Desde entonces ya no me acerqué más a ellos, no fuera que les pasara algo malo por mis imprudencias. ¡Tengo tanto miedo de contagiarlos! Yo los bendigo a todos y los perdono, porque ¿qué culpa tienen los pobres míos de que yo me haya vuelto invisible?».

Los actos de negligencia pasiva, como los que se describen más arriba, se caracterizan porque el cuidador se muestra indiferente y nunca responde a las señales emocionales que le dirige el anciano. De esta manera la persona que cuida muestra su desapego y solo se implica en las necesidades del anciano cuando es absolutamente imprescindible. Con frecuencia estos cuidadores se muestran inexpresivos, no manifiestan señales de alegría y satisfacción cuando se relacionan con la persona mayor, y al ejercer su responsabilidad siempre revelan su desgana y falta de disponibilidad e implicación. En consecuencia, el anciano puede presentar estado de malnutrición, falta de higiene, vestimenta inapropiada...

La presentación clínica de la violencia en instituciones es polimorfa y, aunque las secuelas del maltrato físico son fácilmente reconocibles, los actos de negligencia y de violencia emocional o sociológica se detectan con dificultad. La complejidad del problema se produce debido a la diversidad de cuidados y situaciones que atraviesa el ser humano en estado de fragilidad.

Los cuidadores negligentes realizan sus tareas de forma mecánica y sin ningún componente afectivo y motivador. Hacen uso innecesario de pañales y con frecuencia proporcionan un trato infantilizado al anciano. La negligencia pasiva pone de manifiesto el fracaso del cuidador en la supervisión de todos los aspectos relacionados con el bienestar.

«Ahora recuerdo la queja de aquella señora. El infortunado olvido del cuidador hizo que esperase durante más de una hora para que le cambiasen el pañal. O la enfurecida frase de Miguel: “me llevo a mi madre de esta residencia y me gustaría morir antes de entrar en un lugar como este”. Al poco tiempo de ingresar en el centro, la desafortunada madre dejó de andar y presentaba delgadez extrema.

También pienso en aquella residente nonagenaria que vestía ropa muy vieja y usada. Los hijos, de ampulosa apariencia y con suficiencia de medios económicos, jamás se ocuparon de esta cuestión. Un día la supervisora de enfermería les sugirió que su madre debía ir mejor vestida. Uno de los hijos, con inesperada insolencia, espetó delante de su progenitora: “mi madre no necesita nada porque pronto morirá y no vamos a tirar el dinero”, “además, a mi madre le da igual ir vestida como sea, porque no se entera de nada”.

El abuso por negligencia estigmatiza la institución, aunque su cotidianeidad se hace invisible incluso para expertos en el tema. En algunos centros ocurren casos de negligencia que son el secreto mejor guardado. Ya es preocupante que haya residentes víctimas de absurdas negligencias, pero resulta más dramático y penoso que situaciones trágicas pasen inadvertidas.

Durante el pasado verano un medio resaltó el luctuoso suceso de la muerte de dos ancianos. El director del centro se excusó diciendo que «todo sucedió de la forma

más estúpida que se pueda imaginar». Después de recoger a los ancianos en el domicilio para trasladarlos al centro, el conductor, por un olvido inexplicable, los dejó dentro de la furgoneta durante más de diez horas. El trágico despiste acabó con la vida, por asfixia, de dos personas de ochenta y tres y ochenta y siete años que padecían demencia degenerativa. Algunas fechas después la impactante noticia quedó sumergida en el anonimato.

Al analizar algunas situaciones de negligencia pasiva pienso en que la ignorancia generalizada sobre las necesidades reales del anciano, la ausencia de sensibilidad del cuidador y su escasez de recursos personales son causas suficientes para que aparezca este tipo de abuso. De esta manera se evidencia el fracaso de una sociedad incapaz de proporcionar y distribuir cariño y bienestar. Por eso algunos niveles administrativos evitan verbalizar el término *abuso por negligencia* y lo esconden bajo el eufemismo *cuidado inadecuado*.

Desde esta perspectiva hay que considerar que el concepto de negligencia es subjetivo y cambiante, al estar mediatizado por aspectos culturales y expectativas familiares. Para determinarlo habría que analizar los discursos y creencias del anciano y del cuidador e identificar sus opiniones respecto al óptimo cuidado. En el ámbito institucional, ciertos parámetros como deshidratación, cambios posturales, determinados accidentes, higiene, administración de medicación, atención durante la comida o actitud del cuidador pueden indicar la presencia de este tipo de abuso.

Por último, es necesario tener en cuenta que al tipificar la negligencia corremos el riesgo de no darle la importancia que merece, porque es difícil establecer la frontera entre lo que consideramos negligencia y lo que no.

Algunas clasificaciones de maltrato incluyen en su tipología el *self-neglect* o autonegligencia. Como ya se ha comentado, este tipo de abuso se caracteriza por la propia amenaza que el mayor realiza contra su salud o seguridad y que se manifiesta mediante la negativa o falta de servicios a sí mismo en la comida, vestido, abrigo, higiene personal, medicación... La definición de autonegligencia excluye situaciones en las que el anciano es mentalmente competente y realiza una elección consciente y voluntaria de actos que amenazan su seguridad o salud como opción personal.

Las personas autonegligentes y las conductas autodestructivas se observan con mayor frecuencia en instituciones que en el entorno familiar, y su prevalencia es mayor en países ricos que en las zonas pobres del planeta.

Existen otros tipos de maltrato que pueden encasillarse en alguno de los anteriores apartados. Sin embargo, por su peculiaridad o frecuencia algunas clasificaciones incluyen otros tipos de maltrato fuera de los cinco tipos básicos. Sirva como ejemplo el edadismo, ya mencionado, o actitudes voluntarias como el abuso sexual y también otros actos que inducen y provocan sentimientos de humillación y destruyen la autoestima del anciano.

3.7. ABUSO SEXUAL

Suele pensarse que las ancianas no suscitan deseo sexual. Se rechaza la idea de

que puedan ser víctimas de violencia sexual y se discute si estos hechos existen o no. La literatura científica también pasa de puntillas al estudiar la gerontofilia, y la sociedad considera un tema tabú el abuso sexual en ancianos. Los mitos y prejuicios sobre esta cuestión hacen que muchos casos no se conozcan ni se hable de ellos. Se estima que uno de cada diez adultos mayores ha vivido abuso sexual, pero solo uno de cada cinco lo denuncia.

El abuso sexual implica una relación asimétrica y coercitiva. El agresor ocupa una posición de dominio sobre la víctima y le impone la conducta a seguir. Aunque algunos autores incluyen el abuso sexual contra ancianos en el abuso físico, creo que debiera definirse con un solo principio: la relación sexual entre anciano y cuidador es siempre inapropiada. Abusar sexualmente de una persona mayor es un acto perverso, y un delito que contempla nuestro Código Penal. Se produce cuando la persona mayor es forzada a que participe en actividades sexuales mediante comportamientos verbales, sugerencias, caricias, felación, desnudez impuesta, tocamientos, violación u otros contactos físicos no deseados. Los autores suelen ser personas de su entorno: familiares, residentes, allegados, vecinos, cuidador familiar, personal sanitario, voluntarios, etc.

«Tarde de otoño en un pueblo pequeño —así lo describe el periodista—. Una mujer nonagenaria oye llamar a su puerta. Su inusual confianza le hace creer que es una vecina o algún conocido que viene a darle un rato de compañía. Con la puerta entreabierta, alguien la empuja con brusquedad y se introduce en la casa. Un desconocido joven y fuerte con evidente nerviosismo le pregunta si tiene dinero y comida. Adelina se percata de la situación y del peligro que corre. Sin pensarlo dos veces entrega al malhechor una pequeña bolsa de plástico que guarda en el interior del sujetador y que contiene algo más de doscientos euros. Como el delincuente cree que no tiene más dinero, simula tener un cuchillo y a empujones introduce a la anciana en la habitación, la desnuda, abusa de ella y desaparece. Instantes después... Adelina sale a la calle. Aturdida y nerviosa pide auxilio a los vecinos y estos la trasladan al centro de salud. En menos de veinticuatro horas la policía detiene al agresor. El fiscal pide quince años de prisión por agresión sexual, otros cinco por allanamiento de morada e intento de robo y una indemnización de 5.250 euros por el dinero sustraído y por los días que tardaron en curar las lesiones físicas.»

Adelina es consciente de que su declaración en el juicio es fundamental, y ante la posibilidad de perder sus facultades mentales o fallecer, graba el relato de los hechos para que la cinta sirva como testimonio en la vista oral del juicio. En nuestro país la Ley de Enjuiciamiento Criminal contempla esta posibilidad y es especialmente útil en circunstancias como esta. El abuso sexual es particularmente grave cuando el anciano no puede protegerse, ni comunicarse por motivos físicos, psicológicos o ambientales. Muchos no comprenden plenamente la situación, y aunque guarden ciertas capacidades no se implican en la actividad sexual con pleno conocimiento.

Se sabe que las personas mayores que han padecido abuso sexual o incesto son más vulnerables y tienden a minimizar los actos de violencia sexual que padecieron. Además, desarrollan trastornos como estrés postraumático, depresión, alcoholismo, vergüenza, culpa, miedo a represalias, abandono por parte de los abusadores, ingesta inadecuada de medicamentos o ideas suicidas. Se sabe que una parte de la generación actual de víctimas mayores que sufrieron abuso sexual sigue recibiendo agresiones de este tipo. La mayoría se siente culpable y presenta dificultades de relación, baja autoestima, situación de desamparo y marginación. La agresión sexual también

agrava y acelera los factores normales del envejecimiento.

Los resultados de un estudio indican que las mujeres mayores vinculadas con episodios de abuso sexual y malos tratos físicos sufren mayor número de ideas y tentativas de suicidio. Otras investigaciones indican que el dieciocho por ciento de las mujeres violadas son mayores de sesenta años, y que el noventa por ciento de los agresores son miembros de la familia (hijos adultos o esposos). Más de la mitad de este grupo de mujeres suele morir antes del año desde que se produjo la agresión.

En instituciones, el abuso sexual no es un fenómeno nuevo. Ocurría en antiguos asilos y no solo con ancianas, sino también con mujeres deficientes mentales. En aquella época muchas familias miraban para otro lado para no perturbar su dura tranquilidad.

Hoy las cosas han cambiado y el abuso sexual en instituciones se considera una forma particularmente grave de maltrato, al producir daño físico y emocional en la víctima. Como en el ámbito familiar, el agresor pertenece al ámbito próximo del anciano: personal sanitario, familiares, residentes, voluntarios o personas ajenas a la institución. Desde la residencia, Lourdes se atrevió a confesar:

«Mi marido siempre ha sido una persona muy dominante. Nunca me ha pegado, pero durante los últimos años me presiona para que participe en actividades sexuales aunque yo no tenga ganas. Además me fuerza y finalmente acepto y entro en su juego.»

Las ancianas que viven en residencias suelen ser personas débiles, indefensas y dependientes. Otros factores, como ciertas características físicas, demencia, ausencia de recursos económicos o un bajo nivel socioeducativo hacen que se sientan aún más vulnerables. Es precisamente la vulnerabilidad y su condición de mujer lo que favorece que recaiga sobre ellas la mayor parte de los abusos.

Las causas por las que las víctimas no denuncian al agresor son las mismas que presentan otros colectivos más jóvenes. A veces no revelan los hechos a causa de su deterioro mental. En otros casos no los verbalizan por vergüenza o porque mantienen una relación de dependencia con el agresor. Otras víctimas piensan que nadie les creerá o que les irá peor si se quejan. El miedo a las represalias, la autoinculpación y los valores religiosos también juegan un papel preponderante para que la situación pase inadvertida. Profesionales, familia y allegados suelen silenciar esos vergonzosos actos por inconfesables intereses particulares (pérdida del trabajo, clausura del centro, rechazo familiar, miedo al escándalo...). Estas y otras razones impiden que muchos casos de abuso sexual salgan a la luz pública.

Se ignora el número de víctimas mayores de abuso sexual tanto en la familia como en residencias. Los datos provienen de archivos policiales, y esta circunstancia arroja una fotografía muy desdibujada de la realidad. Más del noventa por cien de las agresiones sexuales no se denuncian y la edad de la víctima tampoco queda registrada.

Se sabe que los casos de gerontofilia son insignificantes si se comparan con otras formas de violencia que sufre el anciano. Pero cuando algún caso sale del anonimato ocupa un lugar prominente en los medios de comunicación. El 15 de noviembre de 2013, en un diario del sur de Francia apareció el siguiente escándalo:

«Un empleado de la residencia viola a una anciana de 89 años. El acusado, que fue trasladado a dependencias policiales, utilizó a la casi nonagenaria mujer como un juguete sexual. Le forzó a que le practicara una felación mientras el individuo le tocaba los pechos. La víctima padecía alzhéimer y no pudo defenderse.»

Al analizar el comportamiento del agresor habría que preguntar si estos hechos no son más comunes de lo que se cree o si su excepcionalidad se debe a que son contrarios a la evolución humana. Hoy día, la gerontofilia se diagnostica más como una desviación de la personalidad del agresor que como un trastorno sexual. Por desgracia, esta cuestión no ha sido aclarada.

El psicoanálisis interpreta la etiología de la gerontofilia como consecuencia de la represión de la lujuria del individuo, en edad temprana, por parte de la madre. Otros consideran que el gerontófilo percibe a la anciana como un objeto fetiche y su erotización le hace pasar a que la maltrate sexualmente.

Se piensa que estos agresores presentan dificultades para tener fantasías sexuales acerca de chicas de su edad y se sospecha que el componente más importante de su relación patológica es precisamente la diferencia de edad. Para estos sujetos la agresión sexual no constituye un acto de deseo, más bien es un gesto que determina su poder y dominación. De esta manera el agresor vive la violencia como un acto de sadismo hacia la anciana. Se sabe que cuidadores frustrados, alcohólicos y asociales matan a sus víctimas después de violarlas. Sin embargo, hay que saber que este tipo de agresor no sufre problemas de salud mental y que su víctima puede ser cualquier mujer, independientemente de su estado de fragilidad.

En instituciones, la represión de la sexualidad es otra forma de violencia. Se sabe que con el transcurso de los años disminuye la libido y la frecuencia de las relaciones sexuales. A propósito de esta cuestión, un estudio del *New England Journal of Medicine* indica que la cuarta parte de ancianos entre 75 y 85 años reconocen haber tenido relaciones sexuales durante el año anterior, y este porcentaje se duplica en personas entre los años 65-74 años.

Hay ancianos que conservan su sexualidad, aunque diversas circunstancias le impidan ejercer este derecho. En algunas instituciones se prohíben las relaciones sexuales de manera encubierta, al no disponer de camas de matrimonio ni de cerradura en las puertas. Algunos profesionales ridiculizan y humillan la masturbación, aunque esta práctica sea corriente en los centros.

Los datos de otro estudio publicado en el *Australian Journal of Ethics* así lo confirman. Demuestra que en centros geriátricos se pasa por alto la sexualidad del anciano y que los residentes se quejan de falta de comunicación sobre el tema con el personal. De esta manera se profundiza en la idea que la sexualidad del anciano es un tema tabú para los profesionales, y por ello no la facilitan o la prohíben.

También hay familias que por razones egoístas o económicas desaprueban que el anciano se enamore o se case. Los responsables de la institución aceptan este discurso y terminan considerando que la sexualidad en la edad proveya se debe prohibir, por inmoral, sucia y pecaminosa.

Todavía permanece en mi recuerdo aquel anciano que, en complicidad con la dirección y algunos profesionales, se dirigió hacia unos grandes almacenes. Compró

un traje, un ramo de flores y una caja de bombones. De vuelta a la residencia se apimpolla, va a la sala de estar de mujeres y pide el matrimonio a una residente. La anciana se emociona y con lágrimas en los ojos acepta la propuesta. Ambos superaban los ochenta años. La fiesta no se hizo esperar y alguno de los asistentes me describió cómo la conducta y estado emocional de esas longevas personas se asemejaba al de dos adolescentes.

La adaptación sexual refuerza la autoestima y calidad de vida del anciano. Su expresión hace que lleve una vida sana y cuide su cuerpo, con el fin de suscitar el deseo sexual en otros.

Cada día somos más conscientes de los problemas que acarrea el abuso sexual en la tercera edad. Buscar ayuda es un paso crucial para que la víctima salga del sufrimiento que seguramente vivió durante largos años de su vida. La ausencia de información y recursos impiden que se detecten casos y se den respuestas adecuadas.

También debemos saber que el cuidador abusivo nunca desea romper los vínculos con la víctima. Más bien en su comportamiento subyace el deseo de reforzar la dependencia del anciano para obligarle a ser sumiso y que se comporte de una manera determinada.

Por último, es posible que el lector haya presenciado alguna situación de abuso. Si esto ocurre, debe tener presente que posiblemente es la única persona que conoce el drama que vive el anciano. Y si no hace nada, también debe saber que el secretismo que envuelve la situación puede perdurar para siempre.

Apreciado lector, si una persona mayor te desvela que es víctima de abuso sexual es posible que no sepas reaccionar. Incluso puedes sentirte tremendamente abrumado si conoces al agresor. En este caso, es primordial que la creas y hagas todo lo posible por sostener su estado de ánimo y atender sus necesidades. La comunicación inmediata de los hechos al personal técnico competente es imprescindible.

La mayoría de las situaciones que se describen más arriba incluye alguna violación de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, que establece cuestiones básicas que debemos respetar en las esferas civil, política, social, económica y cultural.

Todas las personas mayores poseen unos derechos inalienables que están protegidos por las leyes de sus respectivos países. Estos incluyen el derecho a no ser sometido a trabajos duros, libertad de reunión, prensa, religión, derecho a un tratamiento médico adecuado, derecho a no ser declarado incompetente sin un proceso legal justo, derecho a voto, y derecho a ser tratado con cortesía, dignidad y respeto. La violación de estos y otros derechos puede incluir la prohibición de recibir visitas de amigos, asistir a actos religiosos, violación de su correo persona o la coacción para que emita el voto en un determinado sentido, contrario a su ideología, entre otros.

4

Algunos casos de maltrato en la familia

La familia garantiza, o puede garantizar, un ambiente cálido y seguro para las personas que la forman. Hay quien considera, sin embargo, que es una de las instituciones más violentas de nuestra sociedad. Esto se debe a que sus miembros mantienen continuas e intensas relaciones, y esta reciprocidad se convierte en un peligro para los individuos más débiles, dado que unos se entrometen en cuestiones privadas de otros para influir en su comportamiento y forma de ser.

Las investigaciones destacan que la violencia contra los ancianos se produce con mayor frecuencia e intensidad en el seno familiar que en otros lugares en donde residen, y que tiene consecuencias destructivas y duraderas tanto para la víctima como para el agresor.

Antes de seguir avanzando me permito recordar que en décadas anteriores hijos y familiares próximos consideraban a los abuelos como parte de ellos mismos. Todos los indicios hacen pensar que la ontogénesis les había programado para cuidarles y protegerles. Rara vez contemplaban la posibilidad de ingresarles en una residencia, abandonarles o no prestarles la debida atención.

En nuestro contexto, hasta los años cincuenta los hijos vivían cerca de los padres y abuelos o cerca del domicilio hasta sus últimos días. En muchos hogares convivían hasta tres generaciones y la mujer asumía el rol de cuidar a los mayores.

En los años sesenta, sin embargo, comienza el fin de la familia tradicional. La evidencia de este declive la percibimos ahora. La estabilidad del matrimonio disminuye. Hoy se divorcian casi el 55 por 100 de las parejas que se casan. La cohabitación a dos es una práctica que cada día goza de mayor aceptación. El porcentaje de adultos solteros alcanza el 35 por 100 y la proporción aumenta porque se ha perdido el principio de adquirir perennes compromisos de pareja. La familia actual sufre cambios en su estructura y en el desempeño de roles. Cada vez hay más viviendas unipersonales, familias monoparentales, parejas sin hijos y del mismo sexo... Hoy se tiende a considerar la familia, no por su configuración sanguínea, sino por lo que hacen sus miembros y comparten entre sí.

La familia de hoy cubre las necesidades de sus mayores de otra manera y parece importarle más la propia relación que el cuidado que presta a familiares menos próximos. La reciprocidad entre padres mayores e hijos tampoco se rige por los parámetros de antaño. La masiva incorporación de la mujer al trabajo, los cambios culturales, la movilidad geográfica y la industrialización es buena muestra de ello. Además, los ancianos de hoy son cada vez más mayores, y los hijos también envejecen. Muchos de estos cuidadores cumplen el rol familiar y el profesional. Esto

implica que se centren más en aspectos utilitarios que en la dimensión afectiva que el anciano reclama.

El hombre y la mujer viven más años y se multiplica la probabilidad de que la dependencia aparezca. El anciano dependiente emprende un camino sinuoso y agreste. A menudo no se entiende a sí mismo, y el hecho de envejecer se convierte en un riesgo para aquellos que tienen la suerte de alcanzar la longevidad. Hoy algunos enfermos de alzhéimer alcanzan una supervivencia de más de quince años.

Ante la dependencia, el anciano mira a su familia y deposita su futuro en manos de sus hijos y especialmente en las mujeres de su entorno (esposa, hijas, nietas...). La solidaridad familiar se convierte en solidaridad femenina. La mayoría de cuidadores son cuidadoras. La mujer, presionada por el peso de la tradición, se coloca en un plano de inferioridad respecto a su homólogo masculino y se responsabiliza del cuidado del anciano.

Conozco abuelas jóvenes que llevan la carga de los hijos al tiempo que se ocupan de los padres y/o suegros dependientes. ¿Quién imagina que estas personas puedan permanecer diez o quince años de su vida en esta situación? La mujer cuidadora asume una responsabilidad trascendental. A menudo no se para a pensar que el cuidado a la persona querida finaliza por erosionar la relación y que sus expectativas dejarán de coincidir con los deseos y/o necesidades del anciano.

En los primeros momentos la altruista cuidadora se siente satisfecha y dichosa. Sin embargo, a medida que pasan los días la generosa acción se convierte en una carga dura de llevar. La mujer cubre todas las necesidades del anciano y, lo que es peor, monopoliza su sufrimiento y degradación. Los acontecimientos le superan y las situaciones de abuso o negligencia no tardan en aparecer. Más del 80 por 100 de los casos de abuso ocurren en el ámbito familiar, y su origen correlaciona con la dependencia del anciano y el cansancio del cuidador.

Hay abusos que emergen como respuesta al estrés y al desacuerdo que existe entre miembros de la familia; otros por incompatibilidad o resentimiento. Muchas veces el cenit de las discrepancias propicia la vuelta a una efímera paz, que da paso a que aparezcan otros episodios de violencia.

El aislamiento del cuidador le sitúa en posición de dominio sobre el anciano y favorece que la violencia persista en el tiempo. La carencia de contactos sociales y la convivencia prolongada con el anciano se asocia con altas tasas de maltrato. También familiares que se rigen por patrones de violencia son proclives a propinar malos tratos a los ancianos que tienen a su cargo. De esta manera, se infiere que aquellos adultos que no resuelven conflictos anteriores tienden a cometer actos abusivos contra los individuos más vulnerables de su entorno y justifican sus actos de violencia a través de lo que hoy conocemos por *aprendizaje intergeneracional*.

El postulado sugiere que las actitudes de los niños se forman pronto e influyen en el comportamiento de toda su vida. Experiencias negativas durante la niñez predicen una deficiente regulación del estado emocional y conforma la personalidad hostil. Así, los menores aprenden por observación, y la exposición a la violencia les lleva a que la aprueben y practiquen cuando son mayores.

Por ello es necesario proteger el espíritu de los niños, y no hay mejor receta que hacerles crecer en un ambiente de sosiego y cargado de amor, respeto y comprensión. Un entorno familiar cálido y protector inculca en el menor sentimientos de empatía y de pertenencia al grupo. Los padres que escuchan, motivan y aconsejan reglas de comportamiento a sus hijos, sin darse cuenta les facilitan modelos de conducta y formas de ser que no tardarán en aplicar.

Siempre pensé que el maltrato a personas mayores tiene origen multidimensional, y que la educación infantil es el método más eficaz de prevención.

Todavía recuerdo los libros con cubierta azul que había en aquella escuela rural donde aprendí a leer: *Cuentos, leyendas y narraciones*. Era el único libro de lectura, y el maestro, de forma machacona, nos lo hacía recitar cada tarde. A veces me pregunto si el único relato que recuerdo de aquel pequeño volumen condicionó mi vocación. Quiero recordar que la historia decía algo así:

«En una casa de labranza vivía un matrimonio con su hijo pequeño y el abuelo. La familia tenía un perro que les acompañaba a todas partes. Aparentemente todos se llevaban muy bien. Sin embargo, las relaciones que los padres mantenían con el abuelo eran tensas, al considerarle como un estorbo. Con frecuencia le regañaban porque no podía vestirse solo y le decían que siempre se manchaba al comer. Continuamente le referían que olía mal y que tenían que perseguirle para que se lavase. El matrimonio y su hijo solían comer juntos, y para ello... cada día se sentaban en la mesa grande de la cocina. Por el contrario, al abuelo le indicaban que su sitio era el quicio de la puerta que comunicaba con el corral. Allí se sentaba y le servían los alimentos en la escudilla de madera que utilizaban para dar de comer al perro. Una tarde de primavera, cuando el sol se había puesto, el padre volvió de la huerta, entró la borriquilla en el establo y depositó los aperos en el hangar del corral. Al entrar en la casa encontró a su hijo sentado en el lugar donde solía comer el abuelo. El chaval estaba trasteando con una gubia un pequeño tronco de madera que días antes le había regalado su madre.

— ¿Qué haces? —preguntó el padre de forma altiva.

— Estoy haciendo una escudilla.

Entre sorprendido y curioso, el padre le respondió:

— El perro ya tiene la suya. ¿Para qué queremos otra?

El pequeño miró fijamente a los ojos de su progenitor y con sonrisa complaciente le respondió:

— No es para el perro. Es para vosotros y en ella os daré de comer cuando seáis viejos.»

El cambio de roles que opera en la familia también provoca que aparezcan actos de violencia. Es frecuente observar cómo una persona autónoma abandona su estatus para ocupar el rol de anciano dependiente. Cuando la situación surge en familias con características violentas, la persona dependiente puede ser víctima de los mismos abusos que ella practicó en tiempos pasados.

La inversión de roles, junto a la inversión generacional, son variables que operan en algunas situaciones de maltrato. Algunos estudios informan que un porcentaje significativo de ancianos son víctimas de la propia pareja o de sus hijos, al producirse los cambios de rol en la familia.

Algunas investigaciones ponen de manifiesto que hay mujeres mayores que maltratan a sus maridos dependientes. En estos casos la inversión de roles es clara. Tradicionalmente los hombres se casan con mujeres más jóvenes, y junto a esta circunstancia está constatado que la esperanza de vida de la mujer es superior a la del hombre.

¿Qué ocurre? A determinadas edades la dependencia en el hombre surge antes que en la mujer. Si durante una larga convivencia la mujer ocupó el rol de víctima, el

transcurso de los años le brinda la oportunidad de convertirse en verdugo y reproducir los comportamientos que aprendió de su ahora dependiente agresor.

Hay quien sugiere que el origen de la violencia en la familia también se encuentra en las falsas expectativas que el cuidador se crea en torno a la persona que asiste. Algunos cuidadores se obstinan en obligar al anciano a que realice actividades poco acordes a su estado de salud. Cuando la persona mayor no consigue los objetivos, en el azorado cuidador se despiertan sentimientos de frustración que dan paso a actitudes y comportamientos violentos.

Tampoco se puede ignorar que ciertos rasgos de personalidad (del anciano y del cuidador) desempeñan un importante papel en que aparezca la violencia en la familia. De esta manera, se postula que los cuidadores abusivos son personas con poca capacidad para controlar sus impulsos, padecen frecuentes estados de ansiedad, tienen baja autoestima y muestran escasa empatía con la persona que tienen a su cargo. Algunos estudios relacionan el maltrato con el estado de ansiedad y depresión que padece el cuidador; sin embargo, es difícil determinar hasta qué punto estas variables se encuentran en la etiología del problema o son la consecuencia del mismo.

Los datos de algunos estudios hacen pensar que la penuria económica influye en la calidad de las interacciones familiares. La actual crisis económica propicia baja generación de empleo, contención salarial y creciente vulneración de los derechos laborales. Estas circunstancias provocan el deterioro en la calidad de vida de muchas familias. El estrés que produce la desventaja socio-económica es un factor de riesgo que genera violencia en sus distintas manifestaciones; sin embargo, es evidente que muchas familias modestas atienden de manera inmejorable a los ancianos que tienen a su cargo.

El consumo de sustancias tóxicas, ausencia de formación, alcoholismo, afectividad negativa y estilo atribucional del cuidador son variables que facilitan la aparición del maltrato en ancianos que viven con su familia.

Las características personales del anciano pueden aumentar el riesgo de ser víctimas de abuso o negligencia. Ancianos con trastornos neurológicos y que presentan conductas disruptivas tienen más probabilidades de sufrir actos de violencia. Si el enfermo es mujer, la probabilidad de sufrir algún tipo de abuso aumenta.

La edad del anciano, el tipo de dependencia y el ambiente familiar forman un conjunto de variables que influyen en la exacerbación del problema.

Tampoco se puede olvidar el poder regulador que ejercen los genes sobre nuestra manera de ser. Estudios actuales admiten que la ontogénesis condiciona el carácter del individuo, y junto a la influencia del ambiente forman la base para el desarrollo de ciertos comportamientos violentos.

El estado actual de la investigación no explica con precisión qué motivos empujan a un cuidador familiar a volverse violento, mientras otro, en circunstancias parecidas, no reacciona de la misma manera.

Conozco otras líneas de investigación que pretenden explicar los orígenes de la violencia contra los mayores en la familia. Pienso, sin embargo, que no se llegará a

identificar una sola causa. Es fácil observar que en cualquier caso de abuso intervienen diferentes factores de riesgo que, a su vez, interaccionan con el ambiente y ciertas peculiaridades personales del anciano y/o cuidador. Si a esto añadimos las diversas razones que operan en el silencio de la sociedad, de víctimas y de agresores, es fácil comprobar que nos encontramos ante un problema que necesita un abordaje más sistemático y riguroso del que hasta ahora se realiza.

4.1. LA CODEPENDENCIA

Durante mucho tiempo las *asociaciones de alcohólicos anónimos* utilizaron el concepto codependencia como elemento protector de la familia y tratamiento de la adicción del enfermo. La codependencia puede surgir cuando existe una relación afectiva muy positiva entre el anciano y el cuidador, y puede acabar en situaciones de rencor, odio, frustración..., que dan paso a la violencia.

El cuidador codependiente estigmatizado por experiencias negativas infantiles se convierte en valedor del desvalido anciano y se hace redentor de la situación. Lo socorre y se sacrifica para cubrir todas sus necesidades. Se siente responsable de él y de sus problemas e ignora los propios deseos y necesidades. Con el paso del tiempo cae en la propia trampa y la dinámica del cuidado mina su autoestima. Manifiesta irascibilidad, odio, rencor y desprecio hacia el anciano por la carga insoportable que representa. El anciano, a su vez, se vuelve más exigente y controlador y le hace la vida imposible. El cuidador le agrade para escapar de la situación y la víctima emprende su antiguo rol de persona desamparada e indefensa. El círculo de relación patológica finaliza cuando el cuidador se siente culpable y vuelve a desempeñar el rol de cuidador codependiente. Después la situación se repite. Este esquema de relación inconsciente, conocido como triángulo de Karpman, se eterniza hasta que un tercero hace su presencia o alguno de los dos decide poner fin a la situación. Solo el «desenganche» rompe el círculo infernal.

Un día y en aquel lugar, una voz familiar, temblorosa y débil me comenta:

«¡Buenas! Soy Francisca. Usted sabe que soy viuda y vivo con mi hija Rosita, que tiene sesenta y siete años. Razono muy bien, leo, escucho la radio, veo la tele y puedo mantener una conversación a pesar de mi edad, que pronto va a llegar a los noventa años. Como ando muy mal de las piernas, necesito que mi hija me ayude para comer, vestirme, lavarme y que empuje mi carrito cuando rara vez me saca de paseo. Me gustaría ingresar en una residencia y, aunque puedo pagarla, mi hija no me deja ir porque es muy cara. Además, me insinúa que si lo hago nuestros vecinos la criticarán y la tacharán de ser una mala hija. Cuando muera, todas mis propiedades y el dinero que tengo en el banco serán para ella. Pues bien, a pesar de ello, mi hija se resiste y no quiere contratar a una persona para que nos ayude. Rosita es muy buena; sin embargo, se irrita con facilidad y todo lo que hago le molesta. Dice que cuando mastico los alimentos produzco un ruido que le desagrada. Como no controlo esfínteres, me reprocha que cada vez que me cambia los pañales aprovecho la ocasión para hacer mis necesidades. También me reprende porque hablo demasiado y me dice que siempre repito las mismas cosas. Todo su tiempo me lo dedica. No sale nunca con sus amigas, y el día que se levanta con el pie izquierdo me insulta constantemente. Me amenaza con cerrar la puerta de mi habitación y en repetidas ocasiones me deja sola. Ayer pasó el día insultándome, me propinó dos pellizcos y un golpe en la cabeza, no me cambió los pañales y en toda la jornada solo me dio de comer dos yogures y un flan. Antes de acostarse vino a mi habitación, me pidió perdón, me dio un beso en la frente y me dijo que me quería mucho. Yo comprendo que se irrite, pero a veces quiero morir. Llora con frecuencia y disimulo mi pena para que mi hija no se percate del estado en el que me encuentro. No

tengo ilusión por nada y me preocupa Rosita. *¿Qué va a ser de ella cuando yo muera?»*

Cuando se atiende a un familiar dependiente, muchos cuidadores se encuentran en el dilema de elegir entre lo que consideran el infierno de la residencia o el falso paraíso del domicilio. Las cosas no son así de simples. Hay residencias que son verdaderos infiernos y deberían ser clausuradas de inmediato, pero también se producen situaciones de verdadero infierno en la esfera familiar.

Algunos cuidadores obligan a sus ancianos a quedarse en casa, aun cuando expresan su deseo de ingresar en una institución. Consideran que tal decisión es la más cómoda para ambos. Sin embargo, el domicilio puede representar un peligro tanto para el anciano como para el cuidador.

Con esto no quiero decir que la institucionalización sea la mejor solución. Pero en casos como el que se describe, la persona mayor corre el riesgo de morir en su cama por ausencia de cuidados y el cuidador puede desarrollar trastornos físicos y emocionales. Por tanto, hay que comprender que en muchas situaciones la atención de la persona mayor dependiente en el domicilio no es posible.

Con frecuencia encuentro parejas que viven y envejecen juntas, y ninguno cree poder vivir sin la presencia del otro. La relación codependiente se produce por la influencia del entorno o la educación recibida y crea un vínculo patológico donde aparecen sentimientos recíprocos de amor y odio, de alegrías y tristezas, de premios y castigos, de seducción y rechazo. Muchas la forman marido y mujer, hermanos o primos mayores, madres o padres viudos que viven con alguno de sus hijos de avanzada edad. Con frecuencia, la persona menos vulnerable desempeña el rol de cuidador y suele vivir a expensas del familiar que cuida.

Muchos de estos cuidadores rechazan las ayudas que se les ofrecen para cuidar a la persona que tanto dicen querer. No admiten las estructuras de respiro, ni la ayuda a domicilio, ni el acogimiento temporal del enfermo en una residencia. De esta manera le privan la posibilidad de establecer nuevos contactos, disfrutar realizando actividades de esparcimiento y conocer nuevos entornos.

Tampoco el cuidador piensa en la oportunidad que estos recursos le brindan para que pueda vivir su vida, pensar en él y conservar una vida autónoma. Algunos cuidadores, según sospecho, prefieren destruir y destruirse al fuego lento de su soledad. Cuidadores que de cara al exterior rodean a la víctima con falsas deferencias, pero que en la intimidad las aíslan y les impiden su desarrollo personal.

La convivencia en este subsistema familiar la catalogo de alto riesgo debido a la codependencia que se da entre sus miembros. A menudo el hogar se deja invadir por la soledad compartida y el aislamiento de sus moradores. Se convierte en un islote hermético y cerrado perdido en la inmensidad de la sociedad. Una fortaleza anónima e inexpugnable que guarda vergonzosos secretos que jamás se llegan a descifrar.

El desfilar de los años hace que el cuidador se sienta sobrepasado por las necesidades crecientes que provoca la degradación progresiva del anciano. Desarrolla sentimientos de impotencia, dolor e incompreensión frente a los cambios que sufre su ser querido. Los síntomas de ansiedad y aprehensión se instalan en el ambiente ante la perspectiva de un futuro incierto.

Aunque el cuidador se siente frágil y vive la situación como una carga angustiosa que dice menospreciar, no busca alternativas a su estado de precariedad. Rechaza cualquier tipo de ayuda que reemplaza con interminables presencias que no le dejan el tiempo necesario para el ocio y su libre expansión.

En definitiva, se aliena a su triste realidad y desarrolla actitudes y comportamientos de protección obligada hacia la persona que cuida. Esta situación de codependencia infunde desánimo y preocupación tanto en la víctima como en el supuesto agresor. Ambos se dejan atrapar por la sórdida situación y soportan con dificultad su estado de precariedad. El cansancio físico y también moral amenazan la buena relación del cuidador, y los primeros brotes de violencia oculta y desconocida hacen su aparición.

Como en el caso que describo, la dependencia de Francisca no le impide ser consciente de su vulnerabilidad. Sin embargo, su fragilidad es la piedra angular que sostiene la relación jerárquica. La pérdida de autonomía funcional, ser mujer y su edad son factores de riesgo que la convierte en potencial víctima.

Estudios recientes indican que el deterioro de la salud juega un papel clave en la aparición del maltrato. Los decrementos físicos y cognitivos disminuyen la competencia del anciano, por lo que parece razonable considerar la dependencia como un factor de riesgo. Sin embargo, como ya se ha dicho, estudios prospectivos han de aclarar esta afirmación. El deterioro cognitivo y la dependencia funcional del anciano puede provocar situaciones de abuso, pero por mi experiencia creo que no son condiciones suficientes para que esta situación se produzca.

No cabe duda de que Rosita quiere a su progenitora, pero por alguna razón le guarda rencor. Así, algún día el abuso de poder emprendió lentamente la espiral de la violencia que debió comenzar con actos leves de negligencia, tuvo que proseguir con el insulto y finalizó con agresiones físicas, ya que su madre no supo o no pudo poner límite a las primeras discusiones.

Francisca también quiere a su hija de manera incondicional y su relación es diferente a la que pueda establecer con otras personas. La considera como parte de su propio cuerpo y esto hace que desarrolle sentimientos que le incitan no solo a consentir sino a justificar los comportamientos soeces de Rosita. Formas y maneras de actuar de los hijos que el anciano admite y tolera en silencio como algo natural de la condición humana.

Quizá la cuestión estribe en que a Francisca no le queda otro remedio que confiar en su hija para satisfacer sus necesidades. Esta circunstancia le coloca en una posición de fragilidad que le fuerza a depender inexorablemente de ella.

Con frecuencia observo que el afecto de los padres hacia sus hijos supera al deseo de que les traten correctamente. Por ello, las víctimas adoptan una actitud permisiva, sumisa y pasiva frente a la violencia. Se sienten impotentes y culpables de la situación que padecen, aprenden a no defenderse y padecen deterioro íntimo, con tendencia a la depresión.

En muchos casos la víctima se avergüenza de su situación y no denuncia su realidad por miedo al desafecto o a las represalias. Desarrolla la creencia de que su

agresora es la única persona que le puede ayudar a salir de su tenebroso estado, y su único anhelo es que la situación se solucione por sí misma. Estas circunstancias favorecen que perduren las condiciones que provocan la aparición y mantenimiento del problema.

El amor de Francisca por su hija le ha llevado a desarrollar algo semejante al «síndrome de Estocolmo»: a pesar de sus amenazas y su mal cuidado, le está agradecida por el cuidado irregular que le presta, y en consecuencia no es capaz de salir de la situación.

Muchos agresores que padecieron prácticas de crianza inadecuadas y dependen económicamente del anciano no toman conciencia de sus actos ni del delicado estado de salud en el que se encuentra la víctima. Así sucede en este caso, donde Rosita alterna episodios de violencia con muestras de ternura e indulgencia, con el propósito de mantener viva la esperanza de su madre.

Algunos expertos alegan que la relación de autoridad y el comportamiento duro que impone el agresor vienen dados por la carencia de poder económico. Observo que tanto en esta como en otras situaciones similares, víctima y agresor camuflan la relación íntima y peligrosa que padecen. Desde este punto de vista sospecho que los procesos que conducen a una persona a ser agresor y a otra a ser víctima son distintos; sin embargo, sus estilos de vida y comportamientos están próximos.

Como Francisca, miles de personas sufren en su hogar situaciones crónicas de violencia oculta que los expertos catalogamos de alto riesgo, situaciones dramáticas que difícilmente detectamos y que nunca se contabilizan en las investigaciones que nos anuncian la prevalencia de este grave problema.

4.2. EL HEREDERO UNIVERSAL

María tiene 80 años. Es una persona culta, inteligente y de trato afable. Su vida transcurrió simultaneando la docencia en un instituto de enseñanza secundaria con su pasión por viajar y realizar actividades culturales. Tiene el pelo grisáceo y aún conserva claros rasgos de su fina elegancia. Vive en un lujoso piso del centro de la ciudad sin penuria económica alguna. Desde hace ocho meses sufre cáncer de pulmón. Los médicos le aconsejan que resida en su domicilio y acuda al hospital para recibir sesiones de quimioterapia.

Dos de sus tres sobrinos están casados y residen en otra ciudad. Paco, el más joven, sigue soltero y vive cerca de su tía. Desde pequeño mantuvo una relación estrecha con ella y presenta un carácter dependiente, inmaduro, débil e irascible. Es alcohólico social y nunca ejerció profesión conocida. Con frecuencia visita a María, y en presencia de los vecinos tiende a proyectarse como una persona comprensiva, paciente y altruista. Dice quererla mucho. Sin embargo, al relacionarse con su tía le insulta y no escatima reproches hacia sus hermanos y cuñadas, a los que acusa de haberle dejado solo en tan lamentable situación.

María siempre manifestó que cuando muriese sus bienes irían a parar, en partes iguales, a los tres hijos de su fallecido hermano. Paco nunca compartió tal decisión.

Se consideraba heredero universal de la fortuna de su tía. Solía decir que sus hermanos disfrutaban de una posición privilegiada y no necesitaban heredar «nada de nadie».

La fortuna de María y el odio hacia sus hermanos siempre estaban presentes en la mente de Paco. Muchas tardes estos pensamientos circulares le impulsaban a beber de forma compulsiva, y cuando la noche hacía su presencia se dirigía a casa de su tía con la excusa de *darle compañía*.

En estado de embriaguez, Paco profería constantes reproches e injurias hacia la anciana que lo vio crecer. Minusvaloraba y ridiculizaba todo el afecto y ayudas que le dispensó a lo largo de su vida. Al mismo tiempo, con tono insolente y agresivo, le exigía que le declarase heredero universal de todos sus bienes. Y solía sentenciar: «ya se aproxima el momento de la verdad, te vas a morir sola, en tu casa y en la oscuridad; sufrirás mucho a causa de esa enfermedad que te mereces; eres mala e injusta y Dios te va a condenar...». Día a día la relación se agravaba, se hacía más tensa. El trato interesado, los ultrajes y las amenazas aumentaban a medida que la salud de María se iba desvaneciendo.

El curso de la enfermedad y las repetidas presiones psicológicas y económicas dejaron su surco en el rostro de la venerable anciana. Llegó el momento en que María se sintió aislada. No comía. Apenas dormía. Su mirada se tornó triste, agotada y dolorida, sin sonrisa. Había desaparecido la frescura de antaño, dando paso al sufrimiento y a la desesperación. Sus ojos solo veían oscuridad, sus manos temblaban y, lo peor, se sentía incapaz de pedir ayuda. Una tarde de un domingo apareció muerta en el patio interior. Se había precipitado desde el quinto piso. Días antes, y ante notario, había dejado todos sus bienes a una comunidad religiosa.

Estoy cansado de ver y escuchar cómo hay ancianos que, con su trabajo y esfuerzo, consiguen generar pequeños ahorros para disfrutar de una vejez tranquila y placentera. Muchos, sin embargo, no soportan ver a un hijo o familiar próximo en estado de necesidad. Si este no ha querido trabajar o administrar sus bienes, el anciano se crea la responsabilidad de ayudarlo económicamente. Es aconsejable que los ancianos no se desprendan de sus bienes hasta el fin de sus días, pero si tiene medios es comprensible que se socorra a alguien de manera puntual. En ningún caso la ayuda debe ser infinita, y menos que la generosidad del anciano le lleve a su propia ruina. Generar dependencia económica sin límite es malo, tanto para el anciano como para el cuidador. Hijos, sobrinos o allegados sin escrúpulos (individuos vagos, egoístas e inútiles) exigen y presionan directa o indirectamente a sus mayores para que les asistan económicamente o les escrituren los bienes hasta dejarlos en la indigencia.

Muchos cuidadores que viven a expensas de las víctimas son individuos que no aprendieron a resolver sus conflictos y que de forma sutil proyectan su ira «a fuego lento» sobre el anciano. Son incapaces de controlar sus impulsos y no caen en la cuenta del daño que infieren a su ser querido. Algunos, como en el caso de Paco, consumen alcohol o algún tipo de sustancia tóxica.

El agresor económico pone sus ojos sobre ancianos que viven solos. Suele tener

bajo perfil profesional, escasa autoestima e indiferencia por cambiar su destino. Práctica sus fechorías mediante el engaño, el chantaje y la presión psicológica. También se caracteriza por tener problemas con otros miembros de la familia y desarrollar afectividad negativa hacia la persona mayor que tanto dice querer. No sorprende que las reacciones emocionales incontroladas y el alcoholismo de Paco tengan algo que ver con experiencias negativas de su infancia. La ausencia de afecto en edad temprana favorece el desarrollo del apego inseguro que marca la vida del individuo para el resto de sus días.

Resulta doloroso observar a niños que nunca recibieron cariño. Los menores que crecieron sin el amor de sus padres desarrollan la maldita incapacidad de saber dar y recibir afecto y se les priva de una virtud característica del ser humano. Por esa razón, tal vez, Paco permanece ofuscado y enfrentado al perdón de hipotéticos agravios, una persona resentida y obsesionada por cobrar su propia revancha. Su sed de venganza lo transforma en verdugo y le impide reconciliarse con su familia.

A menudo es difícil demostrar el grado de violencia económica. Sus consecuencias, sin embargo, son, a mi parecer, tan perniciosas como la estela que deja la violencia física. Cada día encuentro más ancianos que sufren escasez sin necesidad, porque la supuesta tolerancia del agresor se transforma en la intimidad en actos de odio, egoísmo, indiferencia y desamor. El agresor económico piensa que está en posesión de la verdad. Justifica sus actos porque cree que nunca ofende a nadie. Para sus adentros se suele decir: «el anciano no necesita nada y, por tanto... todo lo que tiene me pertenece».

Otra característica del agresor económico es que tiende a manipular a las personas que le rodean. Actúa de la misma manera con hermanos, familiares, amigos, vecinos... La sutileza de su comportamiento la dirige para que todos opinen que es un excelente hijo, sobrino, amigo o cuidador, y que la persona mayor se queja por quejarse, sin motivo aparente. Para ello, ante los demás no duda en distorsionar los lamentos del anciano y hace creer que pierde la cabeza y que no está en su sano juicio. De puertas afuera se le considera como una persona admirable, pero de puertas adentro el hogar se transforma en un auténtico infierno.

Con frecuencia las víctimas de violencia económica prefieren soportar un calvario antes que su situación se conozca en el entorno. Una vez más el silencio se convierte en el fiel aliado que perpetúa la situación sin que la sociedad tenga opción de poner fin a hechos delictivos. Las personas cercanas, además, suelen dar más crédito a opiniones hipócritas y mezquinas del cuidador que a los reales lamentos del anciano.

La violencia económica contra los ancianos se ha convertido en un verdadero problema de salud pública. Su opacidad nos hace tolerar la intolerancia de muchos agresores, que viven con la esperanza que algún día llegue el desenlace final de esa persona tan respetada y amada. Es posible que el ocaso de la situación facilite mayor bienestar económico al agresor, aunque también ensancha ese huerto interior en donde almacena remordimientos y secretos inconfesables que tarda en olvidar.

Víctimas como María piensan que su enfermedad evolucionará de forma favorable. Sin embargo, pronto son conscientes de que nunca se van a curar, que

están solas, que nadie les quiere y que el supuesto afecto es solo una quimera movida por el interés.

El miedo a la muerte es algo normal. Sin embargo, muchos enfermos en fase terminal desarrollan sentimientos de pánico obsesivo, no por la desaparición eterna, sino por miedo al dolor, a la soledad y al abandono.

Los días transcurren para la anciana con pavorosa lentitud y el sufrimiento se alarga y acentúa. Se siente defraudada. Ya nada le importa. Pierde la ilusión por vivir y los pensamientos de poner fin a sus días rondan por su mente.

El suicidio en la persona mayor es el más cruel de los abandonos. Hoy constituye un problema social al que no se le presta mucha atención. Las estadísticas oficiales intentan disimularlo y no reflejan la verdadera magnitud. El número de casos aumenta sin cesar. Este incremento no solo se debe al aumento de la población mayor, ni a que el envejecimiento suponga un infierno, más bien se debe a que se considera normal que el anciano se deprima, y por tanto no damos importancia ni se ponen los remedios necesarios para paliar los momentos depresivos y de ansiedad que sufren.

Muchos de nuestros ancianos están sometidos a constantes presiones económicas y familiares. La ausencia de refuerzo existencial hace que sus vínculos se deterioren hasta tal punto que el sujeto decide excluirse totalmente, dándose muerte. El suicidio es la expresión del sufrimiento intenso, de la desesperanza y el punto final de una vida que ya no tiene sentido.

Hay quien relaciona el suicidio con la enfermedad crónica. Sin embargo, los decrementos físicos no son el único factor que desencadena la conducta suicida. Otros eventos sinérgicos, como el abuso, la negligencia, el aislamiento, la institucionalización, la soledad o el desafecto familiar, hacen que muchos ancianos se encuentren perdidos e inseguros y, en consecuencia, emprenden un camino rápido y sin retorno para solucionar sus problemas.

4.3. LA PÉRDIDA DE LA MEMORIA

Jacinto, viudo y octogenario, de excelente humor, trato afable y fácil sonrisa, vivía con sus dos hijas solteras. Su vida transcurría de manera tranquila y rutinaria. Talega en mano, sombrero calado y azada al hombro, se dirigía a diario hacia las afueras del pueblo para cultivar su pequeña huerta. De vuelta a casa, y tras un ligero aseo, le gustaba frecuentar el único bar de la plaza. Allí jugaba al dominó, ojeaba el periódico y tomaba algún que otro refresco en compañía de los pocos amigos que le iban quedando. Pero en unos años, y de manera lenta, su salud se deteriora. Las ausencias y la desorientación empiezan a afectarle. Cada vez habla menos, hasta que deja de hacerlo. No reconoce a quienes lo visitan. Con los ojos cerrados, y en permanentes lamentos, pasa las horas postrado en la cama con las rodillas plegadas en posición fetal. Apenas come. Los males se agudizan. Una de sus hijas lo alimenta con una voluminosa jeringa que introduce en su boca desdentada. Ha perdido peso. Su rostro, pálido y rugoso, delata un estado deplorable.

El primer signo de alerta se manifiesta cuando una tarde de verano Jacinto se introduce por la puerta entreabierta de la casa vecina a la suya. Avanza por el pasillo hasta la habitación del fondo. Se postra en la cama y se duerme. La vecina descubre a Jacinto, con asombro y estupor, descansando en su dormitorio. Llama a sus hijas. La enfermedad de Alzheimer ha iniciado el desgarrador destino. Jacinto es presa de los olvidos de manera paulatina e insidiosa. Deambula por la casa y presenta un comportamiento excéntrico que causa pavor. Su hija Sara, presa del miedo y sobrepasada por los acontecimientos, obligada a hacer algo, lo ingresa en la residencia de un pueblo cercano. Jacinto se siente aún más triste. Apenas come. Camina con dificultad. No se relaciona ni se involucra en actividades comunes.

La hermana de Sara, Antonia, no acepta el ingreso de su padre. Desarrolla sentimientos de vergüenza y culpa, además de cierto rencor hacia Sara. Discrepan, se insultan, se enfrentan y se reprochan mutuamente la situación de su padre. La convivencia se hace imposible. Sara abandona el hogar y se instala en la capital, en el piso de una amiga. Pasan los meses y Antonia se siente presa del remordimiento y de la soledad. Cree que su padre padece un trastorno transitorio. Se persona en la residencia. Le reprocha al director una atención descuidada. Cree que lo atiborran de medicamentos. Discuten. Pide el alta voluntaria. Piensa que ella, sin ayuda, lo cuidará mejor. Lo instala en su dormitorio.

Jacinto muere cuatro años más tarde. El cadáver presenta un estado patético. El cuerpo, malnutrido y deshidratado, refleja su peor cara en la profunda escara del cóccix por la que se descubre el color nacarado del hueso; mejillas y finos labios hundidos; pelo grasiento y rostro esquelético sin rasurar. Yace en un cuarto con un ventanuco entornado por el que penetra una tenue claridad. La mesita de noche está atiborrada de cacharros sin fregar. En un rincón se amontonan trapos sucios y sábanas grasientas de colores inconcretos. Una tenue bombilla pende del techo. Las paredes muestran inconfundibles signos de humedad. Un tufo invade la densidad del ambiente.

Varios meses después Antonia viene a mi consulta por indicación del médico de cabecera. Se sienta en el sofá y, con sonrisa apagada, me habla con desesperada impaciencia:

«Sufro un calvario —me dice— que no lograré olvidar. El día que saqué a mi padre de la residencia era una mujer feliz. Fui consciente de lo que hice y siempre esperé que se recuperara y que volviera a ser el de siempre. Aunque no pisaba la calle, ni me relacionaba, me sentía satisfecha. Estaba pendiente de él para ayudarlo en todo. Todas las semanas me acercaba al centro de salud y el médico me recetaba las medicinas. Poco a poco, sin embargo, se iba deteriorando.»

Antonia lucha contra ella misma y prosigue la conversación con afligida voz:

«La enfermedad mostró su severo perfil. Los frecuentes episodios de confusión aparecían de forma inexplicable. La demencia borró sus recuerdos. Una persona sin memoria no es nada. Ni razonaba ni expresaba sentimiento alguno. A veces se quedaba paralizado e inmóvil, absorto y desconcertado. Se volvió agresivo e irascible, aunque nunca antes había padecido estallidos de cólera. Me seguía a todas partes. Un día, cuando me arrodillé para calzarle las zapatillas, me tiró del pelo y me dio varios golpes en la cabeza. Otras veces me apesaba por las muñecas y no las soltaba. Las magulladuras y moratones de mis brazos testifican su brutalidad. Una noche se acostó y nunca se quiso levantar. Le costaba tragar. No controlaba esfínteres y obsesivamente se quitaba los pañales para rascarse en sus partes íntimas. Mi padre

era un muerto en vida y yo me iba consumiendo. Ni sabía lo que le estaba pasando ni era consciente de su final. Yo me sentía más condenada que él. Creo que dejé de quererlo y solo deseaba que muriese de una vez. ¡Sí!, ¡que muriese! Ambos habríamos ganado. Siempre me sentí sola y aislada. Solo la trabajadora social venía de vez en cuando. Para la ocasión limpiaba un poco la salita y con cierto desparpajo fingía que todo iba muy bien. En cuanto a mi hermana, hipócrita y desentendida, solo se dejó ver en la iglesia el día del entierro. La situación se hizo insoportable. No aguantaba más. Me fallaban las fuerzas y pasaba los días postrada en el sofá frente al viejo televisor. Me daba asco comer. Pasaban las noches en blanco. Tomaba ansiolíticos para olvidarme de todo y dormir. Así huía de las emociones. Lloraba. Quería desaparecer. ¿Por qué tuve que nacer? ¿Qué sentido tiene mi vida? ¿Qué futuro me espera?».

Antonia saca un pañuelo de su bolso negro. Se limpia las abundantes lágrimas y con voz entrecortada continúa:

«Siento vergüenza y me duele decirlo. Muchos días no tenía fuerza ni ganas de hacer nada. Todo me daba igual. No limpiaba ni ordenaba la casa. A mi padre no le cambiaba los pañales y olvidaba darle la medicación. Con frecuencia le saltaba algunas comidas y no le daba de beber. Un día comenzó a tener mucha fiebre. Estaba muy agitado y respiraba con dificultad. Le di tres aspirinas y tardé en llamar a la ambulancia porque todavía albergaba la falsa esperanza de que mi padre se recuperaría. Cuando el médico llegó era demasiado tarde y solo tuvo que certificar la defunción. Desde la muerte de mi padre me encuentro conmocionada y dominada por la desesperación. Paso las noches en vela y no puedo dormir. A todas horas pienso que tuve un comportamiento indigno, que fui una mala hija y aceleré la muerte de la persona que más quería. Siento vergüenza de mí misma y ahora sufro un remordimiento que me sigue a todas partes y no me deja vivir.»

Lamenté no seguir con Antonia, porque no volvió a mi consulta. Hubiese preferido seguir la terapia y evaluar con precisión todas las circunstancias.

La enfermedad de Alzheimer constituye un azote para nuestra sociedad. Afecta a funciones superiores: razonamiento, memoria y aprendizaje. La padecen más del once por cien de las personas mayores de sesenta y cinco años. No sabemos cómo remediarla. Aún ignoramos las causas que la provocan. Muchas personas que sufren alzhéimer viven con su familia. Además de estar atentos a los lacerantes efectos que produce la degradación progresiva en el enfermo, hay que contemplar el prolongado martirio al que se somete el cuidador. Estas circunstancias no solo distancian a los allegados de su ser querido, sino que pueden destruir la convivencia. Sara reaccionó como suelen hacer muchos familiares. En la fase inicial del síndrome niega y rechaza la situación e ingresa a su padre en una residencia con el pretendido deseo de que mejore. No cae en la cuenta de que tal decisión debe ser consensuada, y produce angustia y confusión a su hermana. Las relaciones familiares se tensan. Suele ocurrir. Surgen reproches mutuos sobre el tiempo y formas de atención que cada una dedica. De pronto la *portavoz de la familia* se presenta en la residencia, solicita el alta voluntaria de su padre y contrae la obligación de cuidarle hasta el final de sus días. Como muchos otros cuidadores, Antonia no dispone de la formación necesaria. No es capaz de entender que su padre nunca recuperará la salud mental, que el alzhéimer prosigue su curso, y no se detiene hasta salir victorioso en su particular batalla. El cariño le impide imaginar el calvario que supone cuidar a una persona con alzhéimer. La dolorosa y aterradora situación del padre altera sentimientos y rompe la armonía.

Cuatro años más tarde, Jacinto se encuentra despojado de todo su ser y el alzhéimer abandona su cuerpo enjuto y desaliñado, con ese orgullo sin piedad que la guadaña exhibe como signo del deber cumplido.

Durante todo ese tiempo Antonia soporta un infierno. La soledad compartida

estuvo salpicada de mutuas agresiones y zarandeos. Atrás quedan momentos de crisis, ultrajes y bruscas contenciones para darle de comer. También permanecen en el recuerdo las interminables noches cargadas de gritos e insultos entre personas que se quieren pero que no se reconocen. Situaciones trágicas que impulsan a que Antonia se esconda en el desván, mientras el padre, absorto y ensimismado, pasa la noche sentado en la incómoda silla de la cocina.

La convivencia de excesiva exigencia termina por carcomer los sentimientos de la bondadosa hija. Antonia se siente ansiosa e impaciente con su padre. Cada día se hunde más en la amargura y desesperación. La depresión se instala en su mente. Totalmente perdida y aislada, la desventurada hija se postra en la vereda de un tiempo pretérito que nunca volverá.

Ahora su vida no tiene sentido. No soporta ver a la persona que más quiso en esas circunstancias. La ausencia de motivación le impide realizar las tareas de cada día. Presa de la apatía, se siente huérfana e incapaz de controlar la situación. Se deja llevar por su realidad y la negligencia acaba con una situación que nunca tuvo que comenzar.

Es fácil hacer morir a una persona dependiente por olvidos voluntarios o involuntarios. Muchos ancianos mueren en su casa por actos de negligencia y la causa nunca se investiga. El médico certifica el óbito de una persona mayor *por causa natural* sin realizar la pertinente investigación. Así se evitan problemas a la familia o a la institución. A determinadas edades las autopsias no se practican, aunque haya pequeños indicios de que las cosas no ocurrieron como parece. No es de extrañar que Antonia sintiese cierto alivio por la muerte de su padre. Ambos estaban vencidos y se habían liberado de la pavorosa y permanente amenaza del alzhéimer.

Aunque parece que los problemas han terminado, otra cruz espera a la afligida Antonia, los recuerdos. En su mente sigue incrustada la alegría, pero también los desgarradores momentos que vivió junto a la persona que más quiso. En su soledad busca recuerdos de momentos agradables que pasaron juntos. De forma fugaz irrumpen en su conciencia sentimientos de culpa, enfado y angustia que se ligan al dolor. La depresión y el duelo son reacciones emocionales que tenemos que afrontar cuando un ser querido se nos va para siempre. Su reelaboración ayuda a soportar la pérdida y a proseguir la vida.

Deseo que Antonia haya encontrado el apoyo necesario, que consiga abrirse caminos, que vuelva a experimentar sensaciones de optimismo y que establezca relaciones humanas que le devuelvan la felicidad. Al fin y al cabo, su pecado fue consagrar cuatro años de su vida al cuidado de su padre. Todo comenzó por un acto de humanidad valiente y altruista que sin querer terminó por destruirla.

En la actualidad, muchas personas viven el calvario que padecieron Jacinto y Antonia. La enfermedad de Alzheimer se instala a diario en miles de cerebros humanos y los destruye de manera progresiva e irreversible.

La demencia es la principal causa de incapacidad en el anciano, y las consecuencias individuales son tan importantes como las que ocasiona a nivel familiar. Algunos estudios indican que el cuidador familiar dedica entre setenta y cien

horas semanales a la atención del paciente. Se estima que en nuestro país hay más de 450.000 personas con Alzheimer. El envejecimiento de la población y la mayor esperanza de vida harán que esta cifra se duplique en el año 2050. Nos encontramos indefensos mientras solo sepamos aplicar remedios paliativos. Miles de líneas de investigación están abiertas. Los avances de ingeniería genética, regeneración neuronal y el uso de células madre tienen que dar resultados y poner al descubierto los enigmas que alberga el síndrome demencial, todavía tan terrible como espeluznante.

4.4. EL ASESINATO «SOLIDARIO O COMPASIVO»

El matrimonio duró más de cincuenta años, los diez últimos acompañados por la enfermedad. Había sido un matrimonio ejemplar, dinámico y alegre. Tiempos felices. Pero el Alzheimer entra en casa sin permiso y se instala en el cerebro de ella con intención de destruirlo. El visitante cambió la feliz relación conyugal. El ataque es lento. No aparenta cambio alguno, aunque por dentro hay algo que le sigue carcomiendo. Se agrava con severos problemas óseos. Paulatinamente, los deterioros se hacen patentes: cambios de humor, pánico absoluto, comportamiento agresivo, peleas, fugas ocasionales, ausencia de comunicación, dependencia y también leves momentos de respiro. Ahora se instala la soledad, la tristeza, la angustia y la desesperación. El anciano, sobrepasado por los acontecimientos, rechaza el declinar: «Un anciano mata a su esposa aquejada de Alzheimer». Así de crudo y real fue el titular del periódico local.

«Se adoraban. Él era una persona encantadora y debió sentirse muy desesperado para acabar con la vida de su mujer. Eso decía una vecina que, junto a otras, se esforzaban en testimoniar el atípico crimen. A juzgar por sus comentarios, se podría decir que el apuñalamiento de la mujer de 85 años, presuntamente a manos de su marido de 75, no es un crimen de género, sino compasivo.»

La salud del marido empezó a deteriorarse por el corazón. Se operó. Volvió a tener dos sustos cardíacos. Disminuían las posibilidades de cuidar de ella. La mató al verse incapaz de proseguir con los cuidados. A continuación se autolesionó varias veces con la misma arma con la intención de quitarse la vida. Una conocida del matrimonio, que aguardaba en la calle mientras los servicios funerarios retiraban el cuerpo de la víctima, incidió en que la última vez que vio al anciano fue el pasado martes, y dijo que lo encontró muy desmejorado porque su mujer estaba encamada y su situación había empeorado.

Es usual que sucesos como este conmocionen a los conocidos de la pareja. Con frecuencia veían el exquisito trato y el cariño que profesaba el marido a su mujer. Las condiciones de vida y los rasgos de personalidad del individuo son elementos suficientes para explicar la violencia entre parejas mayores. El modelo teórico *situacional*, sin embargo, sostiene que repetidos episodios de estrés, estado de salud, edad, recursos económicos, entorno y lugar de residencia forman una constelación de circunstancias que, combinadas en frecuencia e intensidad, desencadenan situaciones trágicas. La dependencia es un concepto clave en la literatura sobre malos tratos y un

rasgo común de muchas víctimas. En un tercio de parejas abusivas uno de sus miembros sufre pérdidas cognitivas, y la agresividad del otro puede llevar tiempo instalada o surgir paulatinamente.

El anciano que cuida al cónyuge demente desconoce el impacto que produce la enfermedad e ignora los problemas y necesidades que engendra. El transcurrir de los días propicia que afloren conductas negligentes y momentos trágicos. A veces el marido cree que la mujer se encuentra mejor de lo que manifiesta. Por eso la deja sola, no supervisa sus actos o se muestra agresivo para que haga cosas que no puede realizar. También le pasa por la cabeza que si no se cuida es porque no quiere.

La demencia exagera tensiones en parejas que vivieron largos años en dulce armonía. Las tareas del hogar recaen sobre él y la enferma cada vez se vuelve más agresiva y exigente. El modelo dinámico de la violencia explica que la relación disfuncional entre parejas mayores resulta de una reacción patológica individual. Y, desde esta perspectiva, la conducta violenta de uno se explica por el comportamiento agresivo del otro.

Desempeñar el rol de cuidador es fuente de estrés, y no hay duda que la inversión de roles aumenta la vulnerabilidad del otro miembro de la pareja. La irremediable degradación del enfermo facilita que la vida en común se deteriore. La mujer deja de comunicarse, se cae y lesiona, tira los medicamentos, babea y se mancha al comer, llena de heces la cama... Y así hasta quedar en estado vegetativo. Estas y otras escenas se repiten cada día hasta que hacen explotar la armonía del matrimonio. El hombre pierde la paciencia. Padece fortuitas reacciones emocionales y pega a su mujer. Después llega el remordimiento. Agotado y exasperado, comienza el repetido y nuevo día. Y ello se prolonga hasta que Dios quiera. El marido experimenta un profundo desgarró. Ya no puede ayudar a su mujer en todo lo que necesita. También sufre porque ella es incapaz de valorar el verdadero amor que le profesa. La quiere, pero no soporta verla sufrir. Tampoco acepta la inapelable separación. Quiere cuidarla hasta el final, como ella hubiese hecho con él, pero no le queda energía. Se encuentra demasiado solo para soportar la cotidiana angustia infernal. El marido que por amor, deber u obligación decide ayudar día y noche al cónyuge demente asume una responsabilidad que finaliza por vencer a ambos.

Con el paso de los años el marido se deja vencer por la maléfica situación. Nadie es sobrehumano. Cansancio extremo, sufrimiento, incomprensión, aislamiento y soledad conducen a la depresión. El anciano se encierra en sí mismo y permanece refractario a todo lo que le rodea. Su impotencia le hace pensar que el camino recorrido le pone cada vez más lejos del horizonte final.

Situaciones adversas, junto a la depresión, transportan al individuo al caótico escenario. La hermosa relación entre el potencial acusado y la querida esposa toca a su fin. El acero termina la relación idílica. Una violencia que causa la muerte sin intención de matar. Se trata de un caso marginal, pero no aislado.

Hay quien se resiste a calificar de asesinos a los autores del «asesinato compasivo o solidario», dada la connotación peyorativa del término. Hay que saber, sin embargo, que el censurable comportamiento puede ser consecuencia de un estado de

enajenación mental transitorio.

Urge profundizar y poner en práctica programas de información para familiares que cuidan personas con pérdidas cognitivas, y especialmente para los que cuidan enfermos de alzhéimer. No cabe duda de que la mejor comprensión del problema y ayudas económicas y psicosociales contribuirían a reducir algunos parricidios que esporádicamente saltan a la opinión pública.

4.5. TRATO DEGRADANTE A LA PAREJA ANCIANA

Me pregunto si la abundante literatura sobre violencia de género no contribuye a eclipsar a la sufrida por las personas mayores. ¿Acaso una mujer anciana ya no es mujer? Pocos son los estudios que se concentran en estas víctimas. El tema despierta gran interés y se extiende con un nuevo concepto enunciado en inglés: *spouse abuse grow-sold*. ¿Sigue la violencia al envejecimiento de la pareja o es un problema de reciente aparición?

Algunos informes revelan que más del 68 por 100 de parejas lúcidas disfuncionales viven la violencia conyugal desde hace años, y a veces desde pocas fechas después del matrimonio. Para comprenderlo mejor habría que analizar los rasgos de la personalidad de ambos cónyuges, las circunstancias que envuelven la situación y el contexto en el que nació y evolucionó su relación. Tampoco podemos obviar que las ancianas de hoy se casaron en una sociedad sexista y patriarcal, donde su único derecho se circunscribía a ser madre y esposa. En aquella generación, el hombre controlaba todas las decisiones del matrimonio, incluso la propia vida de la mujer. La dificultad radica en cómo identificar las necesidades y los acontecimientos de la pareja durante años pasados, y resulta que solo la mujer responde de manera certera a cuestiones relacionadas con la situación que vive, el tipo de convivencia con el marido agresor, qué circunstancias le impiden salir de esa situación, y otras preguntas relacionadas. Estas experiencias son información muy necesaria y aportan los datos esenciales para diseñar la intervención. Se sabe que un porcentaje significativo de mujeres mayores son víctimas de violencia física, emocional, sexual y económica, y que el agresor es el marido. Directamente y sin tapujos, Antonia me hizo una descripción extremadamente gráfica:

«Enviudé rozando los sesenta y cinco. Tres años después conocí a Eufrasio, soltero y prejubilado de una empresa de seguridad. Al contraer matrimonio vendí mi casa y nos fuimos a vivir a su domicilio. Creo que ese fue mi error. Antes de casarnos no tuve ni una sola pista de los verdaderos sentimientos de Eufrasio. Y aunque un día me contó que su padre fue alcohólico y que lo maltrató durante su infancia, yo no le di importancia a esas cosas y jamás imaginé lo que me iba a ocurrir. Los inicios fueron un camino de rosas. Eufrasio se mostraba generoso, me hacía carantoñas y regalos, me invitaba a pasear, hacíamos pequeños viajes y con frecuencia tomábamos alguna que otra cerveza. También frecuentábamos el cine y los restaurantes... El afecto se mostraba en toda la convivencia. La felicidad duró un año y medio. Surgieron los problemas y con ellos los primeros insultos: “No vales para nada. Todo lo haces mal. No sirves ni para fregar el suelo. Me tienes hasta las narices.” También me decía que era fea, irresponsable y perezosa. La situación me desconcertó. No puedes hacer nada. Creo que en aquellos momentos debí tomar la decisión de dejarlo e ir a vivir cerca de mi hija, pero me sentía culpable. Mi hija y mis nietas se mostraban distantes desde que me volví a casar. Entre tanto me preguntaba quién era yo, y no encontraba respuesta. Para mayor dificultad, todo el dinero que teníamos estaba en el banco a su nombre. Los vecinos pensaban que Eufrasio

era un hombre cabal y nadie sospechaba que por dentro era mala persona. Desde fuera se nos veía una pareja feliz, y yo esperaba que algún día volviésemos a encontrar la felicidad. Nuestra relación se deterioraba. Eufrasio propagó entre sus amigos que estaba loca y que en casa hacía cosas muy raras. Otras veces hablaba barbaridades sobre mi familia y sobre personas que quiero y aprecio. Algo que me dolió de manera especial fue cuando decidió que ya no mantendríamos relaciones sexuales, y difundió entre los vecinos que era lesbiana y que me había “liado” con otra mujer. Todo porque no soportaba que hablase y me relacionara con mi mejor amiga. Cada día me sentía más controlada, aislada y asustada: ¿Quién te ha llamado? ¿Qué le has dicho? ¿De dónde vienes? ¿Con quién has estado? ¿Por qué llegas tarde? son preguntas que me repetía con insistencia. Cuando iba al supermercado para comprar las pocas cosas que necesitábamos, me hacía las cuentas, me decía que tenía las “manos rotas” y que así no podía seguir. Se le metió en la cabeza que no iría a ninguna parte y me prohibió que hablase en casa. Tras una semana de aislamiento no aguanté más. Él estaba tumbado en el sofá frente al televisor. Me acerqué tímidamente para explicarle cómo me sentía y decir que la situación era insostenible. No quería disculpas. Necesitaba comprensión. Se levantó de repente, me dio dos bofetadas y se fue a la cocina. Cogió un cuchillo y me lo puso en la garganta. Otro día me pegó y me hizo enormes magulladuras porque mientras cenábamos tomé de la bandeja una chuleta que él había pensado tomarse. Siempre llegaba tarde a casa. Malhumorado e irascible, me insultaba constantemente. Una vez pasé el día limpiando y dejé la casa reluciente. Al entrar se puso histérico y desparramó todo por el suelo. Me sentía humillada, denigrada y rabiosa, pero era incapaz de abandonar el hogar por ese sentimiento de culpa que se instaló en mis adentros. No dejaba de llorar y percibía una constante presión en la garganta que me asfixiaba. El malestar se desataba en cualquier momento y el miedo me paralizaba para cualquier decisión. Durante mucho tiempo no supe distinguir entre la conducta rígida de Eufrasio y los malos tratos que me proporcionaba. Mi hija, que vive a unos cincuenta kilómetros, vino a visitarme. La invité a dar un paseo. Me armé de valor y le conté lo ocurrido. Se puso furiosa y me pidió que terminara con este calvario. Esperamos al día siguiente para poner la denuncia y abandonamos la casa en su ausencia, por miedo a que nos hiciese algo malo. Al salir con mi maleta creí que me iba a desmayar. Di gracias a Dios porque todo había terminado. ¡Qué triste es sentirse maltratada por el propio marido! Creo que Eufrasio nunca me quiso y jamás pensó que era su mujer, sino algo de su propiedad que no valía para nada. Siempre pensé que jamás se borrarían las cicatrices del terrible daño que me causó. Ahora veo algunos rayos de luz. Después de varios meses de terapia comencé a entender cómo algunas personas que han sido maltratadas crecen sin hacer daño; otras, sin embargo, desahogan su ira contra ellos mismos o contra sus mujeres y se convierten en maltratadores. Durante los últimos años he padecido una prolongada pesadilla. Ahora tengo un yerno que me comprende, una hija y dos nietas con las que me siento feliz. ¿Quién sabe cuántas mujeres como yo sufren esta epidemia? Para poder evitar la situación hay que armarse de valor y enfrentarse a esa verdad oculta. Quisiera que todas aquellas mujeres que sufren malos tratos pregonen su situación a los cuatro vientos hasta encontrar a alguien que les escuche. Que no tengan miedo de hablar, que interpongan denuncia ante las autoridades o en los servicios sociales. No podemos consentir que situaciones como la mía permanezcan en el anonimato.

Los malos tratos en parejas mayores suscitan, como he dicho, gran interés entre los investigadores y, como en otros campos, la ausencia de definición consensuada sobre violencia conyugal dificulta la prevalencia del problema.

En el año 2008 un informe del Ministerio de Seguridad Pública de Canadá indicaba que las mujeres de más de sesenta años representan el 2 por 100 de las víctimas de violencia conyugal, y de este grupo aproximadamente el sesenta por ciento han sido maltratadas por el marido, frente al cuarenta de las mujeres en general. Los psicólogos americanos Daniels y Brandl describen estudios de Estados Unidos y de tres países de la Unión Europea. El informe confirma que la violencia contra ancianas en el contexto conyugal es un problema creciente y que el marido es el principal agresor.

La violencia psicológica es la forma común de maltrato en cónyuges mayores. Algunos estudios la encuentran en el 86 por 100 de situaciones abusivas. El marido la materializa a través de insultos, críticas, gritos, denigración, vejaciones, humillación... Por tanto, este tipo de violencia se encuentra en el corazón del problema que vive la víctima con su pareja y de la que sufre más. Es la peor bofetada.

Rompe, mina y afecta a diversas esferas de su salud física y emocional.

Un estudio con quince víctimas de más de sesenta años encontró que las mujeres con frecuentes trastornos emocionales modificaron su comportamiento (desvalorización, miedo, insomnio, depresión, ideas suicidas, pérdida del contacto con los nietos, merma de su energía...). Otras continuaban con sus penas, sintiéndose culpables, frustradas y resignadas. A estas consecuencias hay que añadir la pérdida de confianza en sí misma, quebranto de identidad, hipertensión, dolor de estómago, ingesta abusiva de medicamentos...

De todas las posibles formas de maltrato psicológico, el control que ejerce el marido es la manifestación más frecuente y perniciosa. A través del control el agresor refleja su forma de pensar. Desafortunadamente hay mujeres que no identifican esta forma de actuar como acto de violencia ya que solo consideran abuso el maltrato físico. Si interiorizaran que el control es la forma más perversa de maltrato conyugal muchas se enfrentarían antes a la dañina situación que padecen.

Sea cual sea la edad de la mujer, la privación de afecto y de relaciones sexuales se consideran también actos de violencia psicológica. Hay que recordar que la mujer mantiene el deseo sexual hasta edad avanzada y que el rechazo a las relaciones sexuales por parte del cónyuge le hace sentirse menospreciada y humillada.

La violencia física ocupa el segundo lugar. Se traduce en golpes, arañazos, empujones, contención... Se instala rápidamente y se amplifica con el transcurso del tiempo hasta que la mujer decide poner fin a la relación conyugal. En este contexto el abuso sexual es el menos denunciado por las mujeres de más de 68 años. Al hablar de este tipo de violencia la mujer se refiere a la ausencia de respeto cuando no desea mantener relaciones sexuales.

Y en tercer lugar la violencia económica. La mitad de víctimas mayores afirman haberla sufrido. El marido controla la economía familiar y la mujer siempre tiene que pedirle dinero para realizar las compras básicas del hogar. En otros casos, cada cual aporta la mitad del dinero para sostener la economía familiar sin tener en cuenta el nivel de sus ingresos. A veces el marido no aportaba nada y la mujer corre con todos los gastos durante años y años. Otras víctimas denuncian que el marido les roba el dinero o quieren incapacitarlas para administrar sus bienes.

Ya sea en colectivos de mujeres jóvenes o mayores, las víctimas recurren a los mismos argumentos para mantener el infortunio de la situación. Expresan miedo a la soledad, piensan que la actitud del marido cambiará, sienten vergüenza de separarse, recelan a las represalias del cónyuge, no desean que la familia les estigmatice, ni los amigos tampoco... Todas estas cuestiones irrumpen con más fuerza en el colectivo de víctimas mayores. Por ello, a pesar del impacto que les produce la violencia conyugal tienden a no abandonar al marido.

En la espinosa decisión de poner fin a la relación conyugal también influye la importancia que conceden al estatus de casada, el desconocimiento de sus derechos, las creencias religiosas, el miedo a perder los bienes acumulados durante la vida en común... Todo hace pensar que el rechazo a eliminar estas y otras incertidumbres influye en que la mujer mayor se sienta más tranquila de cara al futuro. La actitud

propicia que afloren sentimientos de aceptación-resignación sobre su situación e integre e interiorice su estatus de víctima. La violencia queda instalada para siempre.

¿Cómo intervenir para ayudar a la mujer mayor víctima de maltrato? Habría que considerar si es prioritario considerar su edad y sus valores o hay que intervenir como en mujeres más jóvenes. Sería necesario realizar una reflexión más profunda, como en el caso que describo más arriba. ¿Se trata de mujeres víctimas de violencia conyugal o de personas mayores víctimas de malos tratos? La condición de ancianos añade un componente específico que debería hacernos reflexionar.

4.6. ACOSO A LOS FRÁGILES Y TEMEROSOS ANCIANOS

Todos los años miles de ancianos son víctimas de robo en el domicilio o fuera del mismo. Los malhechores lo saben: la edad hace a la persona más frágil y temerosa, y oponen menos resistencia. También algunos ancianos son atacados a la salida del banco cuando cobran su pensión. Algunos ladrones merodean o les acechan cerca de su domicilio o en los alrededores de algún comercio para quitarles lo que llevan encima. Otros les aguardan en el portal de su domicilio o al iniciar la subida en el ascensor.

No es difícil encontrar en la prensa noticias relacionadas con la detención de bandas organizadas que asaltan a personas mayores en la vía pública. El estrangulamiento (*cogoter* en el argot policial) consiste en registrar y robar los efectos personales mientras un compinche agarra por el cuello a la víctima y la deja sin aire. Algunos de estos ancianos perdieron el conocimiento y tuvieron que pasar varios días en el hospital.

Me llamó la atención una noticia en la que la Guardia Civil había detenido a un hombre y a su sobrino de 15 años como presuntos autores del robo con violencia cometido contra un anciano de 78, al que le arrebataron cuatro mil euros que tenía guardados en una caja de metal. El robo se produjo cuando el anciano se disponía a salir de su domicilio. En ese momento fue abordado de forma violenta por dos varones con el rostro cubierto. La persona mayor fue arrastrada hasta el pasillo interior de la vivienda por uno de los ladrones, mientras el otro le tapaba con sus manos la boca para impedir que pidiera auxilio. Momentos después, ambos ladrones se dieron a la fuga con el dinero que tenía la caja metálica y que el anciano guardaba en un trastero. La investigación de la guardia civil permitió conocer que días antes del robo dos personas se personaron en el domicilio del anciano: un electricista y su sobrino arreglaron unos enchufes de la casa y presenciaron el momento en el que el anciano sacó el dinero para pagar la reparación de la caja que guardaba en el trastero de la cocina.

Muchas personas mayores mueren o padecen graves lesiones cuando los delincuentes intentan robarle el bolso por el procedimiento del tirón. Una apacible anciana de 79 años pasó tres meses en el hospital debido a las heridas que le produjeron dos desquiciados motociclistas. Como todos los viernes, pasaba por la acera hacia la peluquería. Llevaba el bolso colgado sobre el brazo. Al intentar

protegerlo, fue arrastrada con tal suerte que su espalda topó con el bordillo de la acera, produciéndole graves lesiones.

Agresiones como estas crean un ambiente temeroso entre los ancianos. Alteran su estilo de vida y quehacer cotidiano. Muchos son presa de la aprensión y el miedo. No salen de casa, interrumpen sus relaciones sociales y cada vez se sienten más solos y aislados. Las personas mayores son conscientes de su vulnerabilidad. Ese sentimiento los sumerge en estados de miedo y apatía. Se repliegan en sí mismos y desconfían de todo ante la imposibilidad que tiene la sociedad de poner fin a la delincuencia.

Se sabe que la discordancia entre los contactos sociales de una persona y los que le gustaría tener produce sentimientos de soledad. Muchos ancianos sufren esta desagradable experiencia, y el sentimiento de sentirse aislados les provoca miedo y desconfianza, una sensación que afecta negativamente a su autoestima y los coloca en el borde de la marginación.

Las agresiones callejeras producen graves trastornos psicológicos en las personas mayores que las sufren. El riesgo de padecer estrés postraumático, confusión mental y descompensación emocional es más que evidente. Estos desequilibrios psicológicos influyen en sus actividades de la vida diaria y pueden evolucionar hacia un estado depresivo grave o desarrollar un síndrome demencial.

4.7. LA CUIDADORA ILUSTRADA

Enrique cumple ochenta años unos meses después de la muerte de su mujer. No necesita a nadie, pero presenta leves secuelas en el lenguaje después de un accidente cardiovascular que lo ha obligado a modificar sus hábitos. Vive en la Costa del Sol, en una moderna mansión situada no lejos de la playa, pero aislada. Atrás queda su ajetreada vida. Apenas sale, no se relaciona y se siente solo. Entrevé, con tristeza, un futuro de escaso interés. Uno de sus hijos, el mayor, reside en Madrid con su familia. El otro en Italia. Lo visitan por Navidad. Le proponen, porque puede ser bueno para él y tranquilizador para ellos, contratar una interna que atienda las tareas del hogar y le ofrezca compañía. Enrique no está de acuerdo, pero se deja convencer. Eligen a Olga en una agencia de servicios geriátricos, una chica de un país del Este de unos treinta y cinco o cuarenta años de cuidado aspecto, intachables modos, carácter afable y talante sereno. Habla inglés y francés además de ruso, y un español fluido. Presenta una carta de recomendación que ensalza sus virtudes, destaca su experiencia y pone de relieve sus especiales dotes para ocuparse de los mayores.

En las vacaciones de Semana Santa los hijos regresan. Olga recibe todo tipo de agasajos y felicitaciones. Cuando vuelven a quedarse solos, ya bien instalada en el aprecio de los hijos, que confían en ella, la cuidadora se acicala con esmero, usa ropa sugerente y consigue despertar y avivar el deseo sexual del anciano. Enrique cae en la trampa. Con simulada timidez, la ilustre cuidadora le permite tocamientos provocadores. Enrique se apasiona. El apetito se instala de forma obsesiva. La mujer, ladina y maliciosa, le pide regalos a cambio. El anciano accede. Los hijos lo llaman. Enrique les transmite bienestar y ellos se recrean en la felicidad de su padre, que

destaca las atenciones que recibe. Olga se va haciendo con el control y se adueña de la mansión. Invita a sus amigos y amigas a largas fiestas vespertinas que organiza en la lujosa morada. Hábil como las ardillas, actúa con pulcra discreción para no alertar al vecindario. Empieza a administrarle al anciano dosis de tranquilizantes diluidos en la comida. Enrique se acostumbra a quedarse postrado y ausente en la cama durante toda la noche.

El hijo mayor, atento y perspicaz, desconfía del extraño bienestar. Un sábado de julio se presenta sin avisar, bien entrada la noche y descubre la pomposa fiesta que Olga organiza en la piscina cubierta. También constata el deplorable estado en el que se encuentra su padre. Revisa los enseres. Faltan relojes, joyas, monedas, tapices, cubertería de plata, cuadros, esculturas y cristalería. Denuncia los hechos. Enrique le cuenta que también le regaló a la cuidadora ilustrada ocho mil euros que guardaba en la caja fuerte. Interpol confirma que Olga usa nombre falso y que pertenece a una banda de delincuentes dedicada a extorsionar ancianos en la Costa Azul francesa. Con frecuencia el robo lo organiza un pariente próximo o un allegado con el que el anciano no guarda vínculo familiar.

Antes he comentado que el agresor económico realiza los actos con premeditación y los justifica por la pertinaz actitud que mantiene el anciano. El motivo que impulsa al agresor económico no es solo el acaparamiento de bienes, aunque también, sino su deseo de poder. Su forma de actuar viene motivada por la escala de valores y la actitud frente a la vida que forjó en el medio en el que le tocó vivir.

Olga, como todo agresor perverso, adopta formas fingidas y sutiles de conducta; planifica gestos y modales para causar buena impresión a quienes la observan; vive obsesionada por su apariencia hasta que consigue que los demás respondan y actúen como a ella le interesa. Oculta algún rasgo personal que considera negativo e intenta dar una imagen de sí misma que en nada corresponde a su forma de ser y pensar. En definitiva, tiende a proyectar sobre el entorno un halo de beneplácito y admiración que imposibilita conocer la dimensión de su crueldad.

Con ancianos pasivos y sumisos, el sadismo del agresor económico se manifiesta acompañado de otros tipos de maltrato físico, psicológico y violencia medicamentosa. Como en el caso que se relata, la violencia medicamentosa se ejerce mediante la administración abusiva de medicamentos para mantener temporalmente aletargadas las funciones cognitivas del anciano y que no tome consciencia de la realidad que invade su dominio. Hay cuidadores abusivos que administran fármacos sin considerar los efectos secundarios. La ingesta desproporcionada de somníferos, tranquilizantes, ansiolíticos y antidepresivos afecta al organismo, al estado de ánimo del anciano y, en su caso, produce dependencia.

En Enrique coinciden todos los factores potenciales de riesgo como víctima de abuso económico. Probablemente su vulnerabilidad encontró el camino antes de conocer a Olga. La viudez altera la adaptación del sujeto que queda solo, pero no solo por los efectos de la pérdida, sino también por las circunstancias concomitantes. La viudez produce desajustes emocionales, al poner fin a la *relación simbólica* de apoyo mutuo. Enrique tuvo que aprender a desempeñar un nuevo rol y adaptarse a una

situación nueva, a redefinir nueva identidad y a adoptar un estilo de vida distinto.

No solo la viudez y la larga enfermedad de su mujer dejaron huella, sino también otros factores concomitantes como la lejanía de los hijos, el cambio de domicilio y la propia enfermedad. La consecuencia inmediata fue la desaparición de contactos sociales, siendo demasiado tarde para buscar otros. La soledad del anciano le empuja hacia el aislamiento. No es extraño que Enrique encontrara en Olga un apoyo cuantitativo a sus dificultades cotidianas, y otro de relación íntima y confidencial. Se sabe que tras la muerte de la pareja, el apoyo social que se recibe influye en la adaptación del individuo que queda solo. En casos graves de violencia económica se hace necesario intervenir con premura y poner el caso en conocimiento de organismos y autoridades competentes como servicios sociales, fiscalía, guardia civil o policía.

Diríamos, por tanto, que la abundancia de bienes se acumula en la vejez y se convierte en un importante factor de riesgo para la persona que vive sola. Otro tipo de agresores económicos son los falsos agentes de seguros, el fingido policía, los que se hacen pasar como cobradores de los recibos del agua, de gas, de electricidad o de cualquier otro servicio. Como cabe esperar, la soledad, la dependencia y la holgada posición económica contribuyen a aumentar el riesgo de ser algo más que probables víctimas de violencia económica.

4.8. ACOSO INMOBILIARIO

Hoy toman vigencia los actos de *acoso inmobiliario* contra las personas mayores. El término se refiere a la violencia psicológica permanente y sistemática a que se somete a un anciano con el fin de obligarle a abandonar el domicilio.

En los cascos antiguos de las ciudades viven muchas personas mayores. Viven solos porque los hijos, nietos o biznietos se trasladaron a rehacer sus vidas en zonas periféricas de la ciudad. Ellos prefieren, sin embargo, quedarse en el barrio de siempre, en el entorno que dominan, conocen y cerca de amigos y vecinos.

El especulador inmobiliario conoce que estas personas viven de alquiler en viejos pisos de renta antigua. El objetivo de los *asustaviejas* es que los «bichos», como se les denomina en el argot especulativo inmobiliario, abandonen sus casas. Para ello, facilitan que okupas tomen el edificio o inducen a otras personas para que les causen repetidas molestias. Desgastados y asustados por tanta inconveniencia, los ancianos abandonan el domicilio bajo una falsa apariencia de legalidad. El camino queda expedito para rehabilitar el edificio, en el que se construyen apartamentos de lujo que venden a precio desorbitado.

Algunos ancianos acosados desafían a los especuladores. Otros, sin embargo, son presionados hasta la extenuación moral y se les obliga a abandonar sus casas y los recuerdos de toda la vida.

He aquí el caso de acoso inmobiliario que publicó hace unos meses un medio de comunicación:

«La policía detuvo a seis personas extranjeras como supuestos integrantes de una trama de asustaviejas. La detención se realizó a consecuencia de la denuncia que un grupo de ancianos presentó en la comisaría del Distrito Centro.

Tras las pesquisas oportunas, la Policía Nacional detectó un supuesto acoso inmobiliario hacia personas mayores que viven en un inmueble. Los hechos fueron puestos en conocimiento de la Juez de Guardia, que apreció molestias indescriptibles hacia los ancianos y que fueron provocadas por el grupo de ciudadanos extranjeros que fueron detenidos.

Entre los denunciados se encontraban los inquilinos de dos pisos de renta antigua a los que la trama pretendió desalojar del inmueble. Los dos matrimonios, cuyas edades oscilan entre 75 y 82 años, aseguraron que nadie les pidió que abandonaran sus casas, aunque sí confirmaron ante la juez las humillaciones que soportan desde hace tres años.

Francisco y Antonia y Carmen y Luis son los dos matrimonios que viven en dos pisos de ese bloque desde hace más de cuarenta años. Estas personas denunciaron ante la juez que su situación era insostenible.

Francisco denunció que llevan más de tres años soportando suciedad y ruidos a todas horas por parte de un grupo de personas que ocupó los otros dos pisos del inmueble: “Desde hace tres años estamos sin televisión porque robaron la antena. No tenemos luz, ni agua, porque nos la cortan a diario. También hay gente que orina y defeca en las escaleras. Anoche mismo... desparramaron tres bolsas de basura en la puerta”.

Por su parte Antonia aseguró que “los otros dos pisos del inmueble están ocupados por hombres y mujeres que hacen cosas muy feas delante de todo el mundo”.

Preguntados si creen que les intentan echar de sus pisos, insistieron que “Eso es lo que dice la gente... A nosotros no nos han comunicado nada. Otros dicen... que nos han metido a toda esa gente para que nos vayamos”.

Lo que sí tenemos claro es que “no nos vamos a ir de nuestras casas aunque el dueño del inmueble no nos haga caso. En repetidas ocasiones le hemos explicado la situación que padecemos y no hace nada por solucionar el problema.»

Se sabe que el anciano desarrolla un sistema de interacción más o menos directo con su grupo de pertenencia (*relaciones afectivas*) o mediatizadas (*rol y estatus*) que le propician un buen funcionamiento global (*satisfacción vital*). En función de este paradigma, muchos ancianos se resisten a abandonar el lugar donde vivieron y crecieron. En este entorno, todos los mayores se conocen y hacen una vida sencilla y rutinaria que les da seguridad. La solidaridad entre vecinos incita a vivir el futuro de manera sosegada. Los ancianos que se ven obligados a abandonar sus hogares son individuos que pertenecen a esa capa social humilde y honrada de toda la vida. Personas que sacrificaron sus vidas para que los hijos se formasen y pudieran encontrar un trabajo mejor que el que ellos tuvieron. Ancianos que viven apartados del consumismo y que sobreviven con una mísera pensión que no les permite llegar a fin de mes. Estas personas tienen sus raíces y recuerdos en ese barrio que promueve su desarrollo y afianza su identidad personal. Muchas prefieren vivir en condiciones incómodas antes que ir a un lugar desconocido a cambio de un puñado de euros. Otras son producto de su pasado y perciben el bienestar en función de los sentimientos que les proyecta su entorno y no la acumulación de bienes.

Las investigaciones refieren que el bienestar del anciano correlaciona con la satisfacción que tiene en sus relaciones sociales. Así, la calidad de vida de la persona mayor depende de su grupo de referencia. El anciano anhela vivir en su ambiente y que nadie le moleste. El acosador inmobiliario es persona indigna. El desalojo del hogar mancilla la voluntad del anciano y este ataque supone un duro golpe a su dignidad. A menudo el anciano desalojado no tiene dónde ir y se le empuja a ingresar en una residencia o, lo que es peor, a la indigencia.

Después del acontecimiento vital negativo, el individuo emprende un proceso que

le conduce a modificar la lectura de su historia y transforma su identidad, proyección de futuro que termina abocándole a la marginación.

Ancianos desposeídos de su vivienda quedan indefensos y a merced del nuevo ambiente. Se sienten impotentes para superar los acontecimientos y desarrollan un estado de *locus de control externo* donde la depresión y las inadaptaciones aparecen más pronto que tarde. Esta cuestión es fácil de comprender. A medida que cumplimos años tenemos menos energía, pero lo que más nos afecta es la pérdida de referencias y las dificultades de adaptación. Dejar el hogar, el barrio, los recuerdos, las costumbres y comenzar una nueva vida en lugar ajeno se convierte en otra forma de violencia.

El acoso inmobiliario deja secuelas económicas y el equilibrio psicológico de la víctima sufre un profundo quebranto. A menudo, la codicia reprochable de algunos convierte a frágiles e indefensos seres humanos en perpetuos náufragos de los servicios sociosanitarios y asistenciales, en personas que no importan a nadie, en individuos que *legalmente* son despojados de su entorno y que convierten su vida en una sucesión constante de estados de estrés. Mientras tanto, el dinero sigue otorgando prestigio social a personas a quienes no les importa su procedencia, siendo muchos ancianos víctimas de sórdidos intereses inmobiliarios.

Visto el auge que emprende esta práctica, es preciso que la Administración tome cartas en el asunto. Mientras tanto la sociedad debe dejar de aplaudir a agresores de cuello blanco y defender con ahínco a los ancianos, que constituyen uno de los grupos más frágiles de nuestra sociedad.

4.9. EL SÍNDROME DE DIÓGENES

Es probable que en tu barrio o cerca de tu casa haya algún anciano que vive solo. Tiene aspecto desaliñado, huele mal y presenta manifiesto abandono de sus necesidades básicas. Además, no se relaciona, deambula por los mismos lugares, hurga en cubos de basura, acumula objetos inservibles, y tanto en verano como en invierno va ataviado con la misma indumentaria. En estos casos probablemente estés en presencia de una persona que padece *síndrome de Diógenes*.

En los años sesenta surgió un especial interés por estudiar el comportamiento autonegligente que practican algunos ancianos: ausencia de autocuidado, aislamiento y acumulación de basura en el hogar. Algunos autores denominan a este síndrome *autoabandono en la edad avanzada, miseria senil o desintegración social del anciano*. En 1975 el geriatra inglés Clark fue el primero en definir el carácter clínico de esta conducta y la designó síndrome de Diógenes, en referencia al filósofo griego de Sinope. Aquel anciano vivió en la ciudad de Atenas preconizando la pobreza como virtud extrema del ser. Huraño, harapiento y desgredado, paseaba por el centro de la ciudad enfundado en un tonel, y en su mano un candil con el pretendido deseo de encontrar hombres honestos e iluminar al mundo.

El *síndrome de Diógenes* impulsa al individuo a romper sus relaciones sociales, recluirse en el mugriento hogar y rechazar la ayuda que le proponen. El problema no

siempre tiene que ver con la ausencia de recursos económicos. Algunos ancianos viven voluntariamente en condiciones de extrema pobreza, aunque atesoren ingentes cantidades de dinero entre la inmundicia que acumulan en el hogar.

«El anciano que conocí tenía de más 70 años y se había dedicado a la enseñanza. Carecía de pensión. Durante algún tiempo vivió gracias a sus ahorros y a la ayuda periódica que debía solicitar cada año. A menudo el pensamiento obsesivo le llevaba a decir que la sociedad le había estafado. Durante la infancia sufrió la muerte repentina de la madre. Años después, mientras hacía cola para matricularse en estudios de medicina, su único hermano le comunicó el fallecimiento súbito del padre. Tras el sepelio, su cuñada le insinuó que no le podían pagar los estudios. Esa misma tarde, y sin mediar palabra, el afligido joven abandonó el hogar. Se instaló en una pensión y jamás quiso saber de su familia. Algún tiempo después impartió docencia en academias y centros privados. También dio esporádicas clases particulares en el piso de planta baja que alquiló y así durante cuarenta años. Quedé impresionado la primera vez que entré en aquel cuchitril, sin agua ni electricidad, ubicado en el centro de la ciudad: bolsas con ropa, periódicos, objetos dispares, escasa ventilación, paredes húmedas y suelos ennegrecidos. La basura se apilaba por doquier y la pestilencia traspasaba los muros. Cucarachas y roedores debían campar a sus anchas. Caos absoluto y suciedad extrema. El pequeño espacio de la cocina incluía un singular inodoro, tapizado por una costra amarillenta de arcaicos restos de heces. El grifo lagrimeaba tediosas gotas sobre un lebrillo desportillado. En la pared, un diminuto espejo sobre la repisa, algunos trastos de afeitarse y una pastilla de jabón superpuesta de forma transversal sobre la jabonera. De la punta clavada en el marco de la puerta colgaba una toalla de irreconocible color. El ventanuco sin cristales, que daba al exterior, le servía para asomar la cabeza y entrever las inclemencias del tiempo. En el dormitorio, una cama con harapiento colchón recubierto por una retinta manta. Otra habitación daba al patio interior. Allí, la misma inmundicia, el mismo tufo inconfundible. En una mesa grasienta se posaban objetos dispares: fruta marchita, cáscaras de naranja, oxidadas latas de conserva, trozos de pan duro y un cazo con líquido rojizo en torno al cual revoloteaban las moscas. Mi atenta mirada, sin embargo, me hizo descubrir que en aquel nauseabundo aposento quedaban rincones con ciertos atisbos de organización. Un pequeño sillón de playa. Al lado, una estantería con innumerables artículos de periódico cuidadosamente plegados, varias fotos de niños pequeños que seguramente recortó de cualquier revista y algunos montones de libros perfectamente alineados. Enfrente, toda su vestimenta en orden. Las perchas clavadas en la pared sostenían una docena de chaquetas con suficiente brillo en las solapas, algunas camisas con cuello raído y un sinfín de corbatas desgastadas. En un lugar prominente, con solemne aplomo, pendía su título de bachiller presidiendo el desolador paisaje.

En nuestras conversaciones pude apreciar que no tuvo contacto alguno con dispositivos de salud mental, ni antecedentes psiquiátricos o quirúrgicos en particular. Su discurso coherente y sin delirios era elíptico cuando se refería a las propias condiciones de la existencia. Sospecho que las causas del síndrome tenían algo que ver con la fuerte ansiedad que le produjo la pérdida del padre y la ausencia de identidad profesional que arrastró toda la vida, aunque él se llamara maestro jubilado.

Los frecuentes relatos sobre la muerte del padre los utilizaba para encajar su trayectoria de vida estable. «Si mi padre no hubiese muerto, yo sería médico o estaría colocado en la caja de ahorros» —solía decir—. Su biografía profesional e intelectual estaba plagada de vanidosos relatos confusos y llena de vacíos en torno a los cuales organizaba el discurso sobre el que construía su identidad. La responsabilidad de sus fracasos, vida errante y ruptura social la atribuía a los demás. Solo y aislado, rara vez se relacionó, salvo con el dueño de la taberna que frecuentaba. La ropa vieja y holgada, de característico olor, ocultaba su delgadez. Cada noche, sin afeitarse, pelo largo, manos y pies ennegrecidos, uñas sucias y algo ebrio deambulaba por las calles estrechas del barrio refunfuñando hostiles soliloquios contra la sociedad. No manifestaba vergüenza alguna por su desagradable olor. Tampoco verbalizó desdén por la inseguridad exacerbada que le mostró el sendero de su autoexclusión. Emocionalmente ligado a sus andrajosas pertenencias, creía llevar una vida normal. En una ocasión resbaló accidentalmente en su casa y permaneció durante dos días tirado en el suelo. Los vecinos avisaron al servicio de emergencias. Repleto de escaras y deshidratado ingresó en el hospital. Tres semanas después falleció junto a su hueca soledad.»

Es fácil encontrar a personas afectadas por este síndrome en servicios de urgencias, ambulatorios de salud mental o sentadas en el banco de cualquier plazuela. Producen rechazo por su estado de marginación social y por el hedor que desprenden.

Todavía no hay consenso sobre la etiología de este trastorno. Hay quienes consideran que vejez y discapacidad son elementos suficientes que desencadenan el

aislamiento y la dejadez del individuo. Clark excluyó de este síndrome a pacientes con enfermedad mental, al considerar que el diagnóstico no explica sus múltiples comportamientos. El autor vincula la forma de ser y actuar de estas personas a cambios ambientales y al estrés psicológico que produce el envejecimiento físico. También achaca la etiología del síndrome a la pérdida de un ser querido y precisa que el alcoholismo crónico agrava el problema.

Kocher y Chabert, sin embargo, puntualizan que la personalidad psicótica es el sustrato básico que mantiene la enfermedad. Y puntualizan que el autoabandono y la ausencia de higiene corporal y del hogar son conductas clásicas en pacientes esquizofrénicos o con depresión mayor.

Estudios posteriores demostraron que la mitad de estos enfermos padece demencia frontotemporal, acompañada de psicosis, explicando así el comportamiento en pacientes más jóvenes.

Hoy se admite que el *síndrome de Diógenes* no es solo una disfunción mental, sino también un síntoma extremo que desconecta totalmente a la persona de su entorno y familia. El diagnóstico diferencial identifica dos tipos de pacientes: personas sin patología psiquiátrica específica y enfermos psiquiátricos crónicos con conductas típicas.

Se desconoce la prevalencia del problema. Muchas familias no denuncian la situación, por la distancia que el enfermo establece con ellas. Por otra parte, los servicios sociosanitarios tampoco detectan todos los casos. Algunos salen a la luz, casualmente, cuando el sujeto ingresa en el hospital tras alguna enfermedad aguda. A pesar de estas y otras reservas, estudios prospectivos estiman que hay 0,5 casos por cada 1.000 habitantes de más de 60 años. Predomina en el sexo femenino, aunque la mayor esperanza de vida de la mujer supone un sesgo en la interpretación de estos resultados.

El *síndrome de Diógenes* es difícil de tratar. En general, se detecta cuando el enfermo lleva largos años inmerso en su particular mundo. También su aislamiento dificulta la intervención.

Algunos autores recomiendan el hospital de día frente a la institucionalización. El mantenimiento en casa, junto a la atención ambulatoria, se revela como la alternativa más beneficiosa. Para ello, es necesario que el anciano encuentre un referente claro con el que pueda establecer gradualmente una relación de confianza. Esta persona puede ser el auxiliar domiciliario, enfermera, educador, trabajador social, psicólogo..., que se encargaría de iniciar su apertura a la sociedad y el acceso a los recursos de apoyo. A menudo la atención ambulatoria no es posible, por las peculiaridades físicas, mentales y sociales del enfermo.

En pocos casos el ingreso en una residencia es aconsejable. El paciente vive la institucionalización como un acto de violencia intrusivo. Un estudio de Clark reveló que durante los primeros días de admisión en la institución la tasa de mortalidad alcanzó al 50 por 100 de los sujetos. La desorbitada cifra se explica por el deterioro físico del paciente (enfermedades somáticas, desnutrición, escaras, ausencia de cuidado médico previo, etc.). También las reacciones de abstinencia y autoentrega

para afrontar la intrusión tienen algo que ver con la elevada tasa de mortalidad.

Otra modalidad del *síndrome de Diógenes* se exterioriza cuando el individuo hace acopio desproporcionado de animales de compañía en su casa. El enfermo no les presta atención y se muestra indiferente ante la cría incontrolada, infestación parasitaria, ataques entre animales, malnutrición... Todo ello en un reducido espacio lleno de heces y orina. Los vecinos se quejan por el excesivo ruido y por el pestilente olor que sale de la vivienda. A menudo las carencias higiénicas se agravan porque carece de suministro de agua y luz. Algunos autores explican el comportamiento de estas personas al indicar que personalizan a los animales y adoptan un rol paternal, lo que explica su negativa para desprenderse de ellos. La ocultación y negación del problema que hace el paciente acompañan al síndrome.

5

Pérdida de autonomía: ¿domicilio o residencia?

Avanzada la edad, aparecen los primeros trastornos y enfermedades que reducen nuestra autonomía. Durante este período de la vida el ser humano toma consciencia de la propia fragilidad existencial y sus pensamientos basculan entre dos conceptos diferentes: la noción de la edad y la noción de la dependencia.

Cuando aparece la dependencia, ni la persona mayor ni su familia suelen estar preparadas para afrontar la nueva situación. Su trayectoria vital sufre profundos cambios. A menudo no comprenden lo que sucede y el futuro incierto suscita el miedo y la aprehensión. Las ayudas y prestaciones que reciben no colman sus aspiraciones, porque al progreso de la medicina no le acompaña la evolución social y humana que se necesita. ¿Hasta cuándo el anciano dependiente debe quedarse en casa? ¿Se puede exigir que un hijo o allegado asista a un familiar dependiente durante largos años de su vida? No es fácil despejar estas incógnitas, porque cada situación requiere su propia respuesta.

La esperanza de vida aumenta y las ayudas que reciben los ancianos son mejores que las de tiempos pasados. Hoy muchos octogenarios viven en su domicilio gracias a la solidaridad familiar y a las prestaciones que reciben de la Administración (ayudas económicas, servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de estancia diurna, residencias temporales que facilitan el respiro familiar...). Sin embargo, se hace necesario considerar que el amor hacia un ser querido dependiente no debe acarrear la muerte de otra persona por cansancio. Algunos estudios realizados con familiares de enfermos de alzhéimer indican que en el 30 por 100 de los casos el cuidador principal muere antes que el paciente por agotamiento físico y psicológico.

Muchos ancianos dependientes ingresan en una institución para vivir el último período de su vida. Algunos lo hacen por voluntad propia. Otros esgrimen razones de seguridad, deseos de encontrar nuevas relaciones o porque no quieren depender de nadie. También hay personas mayores que entran a vivir en una institución contra su voluntad.

Expertos e investigadores aconsejan que el ingreso en un centro solo se debe realizar tras un tiempo de diálogo con el interesado y siempre que otorgue su consentimiento. Cuando el internamiento se produce de manera inopinada, el anciano corre el riesgo de sufrir algún desajuste emocional (pérdida de apetito, desorientación, aislamiento, depresión, incontinencia...). En consecuencia, el primer tipo de maltrato institucional que puede ejercerse contra el anciano es el internamiento involuntario.

El ingreso en una institución no es un hecho banal que ocurre. Tampoco es algo

intrascendente para quien realiza las gestiones. Sobre esta última cuestión, no todos los familiares piensan de la misma manera. Algunos se culpabilizan de no poder atenderle en el domicilio familiar. Otros, ante el obsoleto e inadecuado concepto de «asilo», sufren remordimiento o se avergüenzan al dejar al anciano en la institución.

Hay familiares que no tienen una opinión favorable sobre las residencias y deciden cuidar al anciano en su domicilio. La experiencia me dice que muchas de estas generosas familias no se paran a pensar cuál es el estado de salud del anciano, ni qué carácter tiene. Ignoran las ayudas que pueden recibir del entorno y de los profesionales y servicios que hay a su alrededor. Tampoco toman en consideración que la realidad del anciano cambia y que los decrementos físicos y psicológicos aparecen.

Cuando surge la dependencia, la familia, de manera abnegada, suele decidir atender íntegramente las necesidades del anciano (aseo personal, medicación, acompañamiento, preparación de comidas, cambio de pañales, etc.). En estos casos, el paso del tiempo adquiere otra dimensión porque transcurre con parsimoniosa rutina. Los días se hacen interminables y las noches eternas. La familia se ve saturada por los acontecimientos y suele acabar percibiendo la situación como un castigo insoportable. En no pocos casos se diluye la buena voluntad del principio y se acaban esgrimiendo todo tipo de razones que justifiquen el ingreso de su ser querido.

He visto cómo hijos, nietos, sobrinos y allegados realizan atropelladas gestiones cuando pretenden ingresar al anciano en una institución. A veces, la necesidad, el cansancio, el egoísmo, la ignorancia o el desconocimiento precipitan tal decisión. Pocos se paran a pensar que la residencia es un nuevo lugar de vida para el anciano. Un hogar desconocido que modifica drásticamente sus costumbres. Un lugar donde debe realizar ingratos esfuerzos para afrontar impertinentes deterioros. En definitiva, un espacio en el que debe redefinir su nueva identidad para afrontar sentimientos de abandono, desarraigo y, tal vez, de marginación.

Algunos ingresos se contaminan por luchas de poder entre miembros de la familia. Los hay desde el referente único, que se arroga las prerrogativas de la institucionalización y obvia la opinión de los demás, hasta el sabelotodo que dice estar al corriente de cuándo, cómo y qué se debe hacer en cada momento con el anciano.

En esta situación la relación entre familiares se altera y las desavenencias no se hacen esperar. Los conflictos surgen por cuestiones organizativas, económicas o de disponibilidad. En otros casos los problemas emergen como expresión de antiguos traumas familiares o a consecuencia de rencores acumulados. Las tensiones entre parejas aumentan y la reciprocidad entre hermanos se deteriora. A veces el anciano se sitúa en el centro de este marasmo y despliega el pretendido deseo de mediar entre los que hay a su alrededor. Su intervención, lejos de mitigar tensiones, reaviva el desencuentro.

Algunos autores afirman que la mujer se adapta mejor que el varón a vivir en la institución. Los que fundamentan este postulado consideran que en ciertas culturas el hombre desempeña un rol dominante en la pareja y en el cuidado de otros miembros

de la familia. Tradicionalmente se dice que «se gana la vida mejor» y, en consecuencia, utiliza su posición de privilegio para influir en los demás. Otros admiten que el ingreso en la institución acelera desajustes emocionales principalmente en el hombre, pero rechazan la sola influencia de aspectos socioculturales. Indican que los efectos negativos del ingreso en el varón los origina la situación de *locus de control externo* que desarrolla. Los sujetos con locus de control externo tienden a creer que están a merced del ambiente que les rodea. Y, en este contexto, consideran que es inútil realizar esfuerzos para superar los acontecimientos que les producen estrés. Todo hace pensar que esta variable cognitiva afecta más al hombre y, por ello la mujer se adapta mejor al ambiente residencial.

En términos generales se considera que esto es así, aunque otros autores afirman que la mayor dificultad de adaptación del varón la motiva el que continuamente esté rodeado de referencias femeninas y esta variable influye en que tenga más dificultad en reconocer su propia identidad.

Hay familias que despliegan actitudes y comportamientos admirables tras el ingreso del anciano en la residencia. Aunque perciban el centro como la última solución que palía su situación, también lo consideran como un lugar exógeno en donde pueden canalizar su intimidad familiar. Un lugar de alegría donde tienen posibilidad de desplegar relaciones intensas, revelaciones íntimas y donde pueden compartir nuevas emociones. Estas familias se ponen de acuerdo y cumplen normas que se dan para que el anciano se sienta cómodo, seguro y en compañía. En definitiva, consideran la residencia como un lugar seguro que ofrece servicios y bienestar a su ser querido hasta el fin de sus días.

Se hace necesario desterrar la extendida creencia de que todos los ancianos que viven en residencias lo hacen de manera obligada y que todos los centros geriátricos son antecámaras de la muerte. No podemos caer en tal banalidad. Hay personas mayores que ven en la residencia la alternativa que más les conviene. Piensan que es el lugar en donde se sienten más seguras y satisfechas sin necesidad de molestar a nadie, y al ingresar experimentan inmenso alivio y enorme satisfacción.

Diego, un joven director de una residencia pública, con quien tuve frecuentes conversaciones sobre las dificultades que presentan algunos ingresos, me comentó la siguiente historia:

«Se trataba de una señora de ochenta y tres años. Estaba muy bien peinada y en su cara lucía un perfecto maquillaje. Había enviudado y el glaucoma la había dejado casi ciega.

Una vez cumplidos los requisitos que indica el protocolo de admisión, se le indicó que su habitación estaba preparada. Mientras el diligente director acompañaba a la distinguida señora por los pasillos, le iba explicando con todo detalle la decoración de la recién modelada residencia: cómo era el patio y sus plantas, los pasillos, su habitación, su cuarto de baño, cortinas, cuadros, enseres, etc.

— Me encanta todo —dijo la señora con el entusiasmo de un niño a quien se le ofrece un caramelo.

— Pero si apenas puede verlo... ¿Cómo puede decir que le encanta? —le apuntó el presto director.

— Eso no tiene nada que ver —dijo la anciana—. La felicidad es algo que uno decide con anticipación. El hecho de que me guste mi cuarto o no me guste no depende de cómo esté arreglado, sino de cómo yo arregle mi mente. Desde el mismo momento que solicité mi ingreso decidí de antemano que la residencia me encantaría y que en ella estaría muy feliz y contenta. Además, también pensé que tengo la opción de pasar el día recostada pensando en mis dificultades, o bien que puedo levantarme de la cama, estar contenta

y agradecer que todavía tengo partes de mi cuerpo que me funcionan muy bien. Para mí, cada día es un regalo de Dios. Todavía tengo en mi mente muchos recuerdos que viví junto a mi marido: fiestas, amigos, viajes, anécdotas, excursiones... Todas esas cosas, y muchas más, las he guardado para estos momentos de mi vida.

La vejez es como la cuenta que tienes en el banco —prosiguió la anciana—; uno extrae lo que has ido depositando a lo largo de toda la vida. Entonces, mi consejo, amable y joven director, es que tú deposites gran cantidad de felicidad en la cuenta bancaria de tus recuerdos.

Cuando le anuncié que ya había llegado a su cuarto, con gesto de alegría la anciana dijo:

— Gracias, Dios mío, por lo que has hecho para llenar mi banco de recuerdos.»

Diversos estudios indican que los ancianos que tienen una actitud positiva hacia las residencias e ingresan de forma voluntaria se adaptan mejor al nuevo entorno. No hay una respuesta única que explique por qué se produce esta adaptación. Hay quien opina que las características personales del individuo (estilo de vida, creencias, valores, actitudes, nivel cultural, intereses, situación familiar, etc.) juegan un papel determinante.

Cumming, autor de la controvertida teoría de la *desvinculación*, sostiene que durante el proceso normal de envejecimiento el individuo experimenta diferentes cambios: aumento de la preocupación por sí mismo, merma de las relaciones con los que hay a su alrededor y disminución de la afectividad hacia personas y objetos que le rodean. El autor de esta teoría indica que la desvinculación se produce porque el individuo tiene menos energía, no puede mantener durante más tiempo los roles que desempeña y además piensa que le resta poco tiempo por vivir. A pesar de estas consideraciones, Cumming sostiene que cuando el anciano se encuentra en un entorno que le proporciona seguridad y los servicios que necesita, el criterio que determina su felicidad está motivado por el deseo de desvincularse del medio donde ha vivido.

Desde esta perspectiva, al contrario de lo que se piensa, podemos deducir que el supuesto proceso de marginación que sufren los ancianos al ingresar en una residencia se amortigua en aquellos sujetos que perciben la institucionalización como un hecho normal tanto para sí como para los que le rodean.

Seguramente, la anciana a la que me refiero más arriba tuvo una vida satisfactoria. Todo hace pensar que se cumplieron muchos de los objetivos que se propuso en su vida. Acepta con facilidad la lógica de la vejez y los decrementos físicos no los vive de manera dolorosa, ni su ingreso en la institución tampoco. Estas y otras representaciones son únicas en cada persona y pueden evolucionar en función de variables sociales y personales como la edad, el contexto en el que se vive, los estereotipos sociales... Por tanto, la adaptación de cada sujeto al contexto institucional es única y surge a través del proceso de equilibrio entre el cambio y la estabilidad que cada uno desea mantener a lo largo de toda su vida.

5.1. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL MALTRATO EN INSTITUCIONES

Antes se creía que el maltrato en instituciones era un hecho irrelevante, porque salía a la luz solo algún caso extremo. Hoy, aunque el tema despierta gran interés

entre expertos y profesionales, el conocimiento científico progresa tímidamente. La dificultad de acceso a los centros, el perfil de los residentes y las insalvables circunstancias que rodean la aplicación de protocolos y entrevistas ponen en tela de juicio la fiabilidad y validez de muchos estudios.

En nuestro contexto existen pocas residencias-hospicio, aunque todavía quedan centros que se parecen a los de otros tiempos. Centros obsoletos y ruinosos con paredes húmedas, espejos y cristales rotos, puertas que no cierran, baños inadaptados, dormitorios que albergan a tres o cuatro residentes, sillones viejos e incómodos, ausencia de decoración... Estos establecimientos hurtan derechos fundamentales del anciano, y los escándalos que esporádicamente salen a la luz pública son buena muestra de ello.

Se sabe que el peculiar funcionamiento de algunas residencias favorece el maltrato. Y la tolerancia hacia ciertas rutinas, actitudes y comportamientos del personal propicia que la violencia aparezca. Estilo de dirección, cualificación de los profesionales, condiciones de trabajo, ambiente de la institución, formación y características del personal y familias..., forman una constelación de factores que favorecen el equilibrio armónico. Pero si alguna de estas u otras variables se altera aparece la violencia donde antes no existía.

Al hilo de esta cuestión, un estudio realizado en diez residencias francesas identifica la frecuencia del maltrato en torno a ciertos parámetros y concluye que la negligencia es el abuso más frecuente (escasa movilización, deficiencias en el tratamiento del dolor, falta de higiene, ausencia de comunicación con el anciano, previsión dietética inadecuada, insuficiencias en el diagnóstico, respuesta tardía a necesidades de los residentes, inadecuada atención en fase terminal...). El estudio indica en segundo lugar la violencia psicológica encubierta (escaso respeto al ritmo de vida del anciano, ausencia de intimidad, expresiones faciales y movimientos de cabeza inadecuados de los profesionales, contactos visuales inquisitorios, trato infantil, tuteo, indiferencia, despersonalización, escasa atención a la dignidad...). Por último, detectó la violencia sociológica (privación de libertad, contención mecánica, cambio arbitrario de habitación, incorrecta atención a preferencias y deseos del anciano...). El estudio indica que la violencia física es poco frecuente en instituciones. Las relaciones afectivas entre anciano y cuidador también fueron analizadas en este trabajo, encontrando que estas son reducidas y que la dependencia física tiende a sumergir al residente en el aislamiento y la soledad. El estudio considera, sin embargo, que la negligencia afectiva no es componente intrínseco de la institución, sino que se manifiesta de manera individual cuando ciertos cuidadores olvidan progresivamente la proximidad y existencia del anciano.

La encuesta que encargó el Bundestag de la República Federal Alemana se aplicó a tres mil ancianos de veintiséis residencias. El estudio revela que durante el período de aplicación los investigadores observaron dos mil medidas de privación de libertad. En este mismo país, otro informe indica que existe una irregular administración de neurolépticos y tranquilizantes a los residentes, y que el 41 por 100 padecía contención mecánica prolongada bajo pretexto de prevenir caídas e inestabilidad al

andar.

En Bélgica, la comisión encargada de evaluar el maltrato en instituciones reconoce que sobre 1.123 denuncias el 45 por 100 corresponden a malos tratos psicológicos, el 29 por 100 a maltrato físico y el 26 por 100 a violencia económica. En referencia a los profesionales, indica que el 33 por 100 de las denuncias se dirigen contra enfermeros, el 31,5 por 100 contra auxiliares de enfermería y el 19 por 100 se imputa al personal administrativo. Este mismo estudio resalta que los empleados antiguos (más de diez años) tienen menor riesgo de cometer actos abusivos y que la formación del personal determina el buen trato que reciben los residentes.

A pesar de estos datos y de otros estudios similares, me satisface, sin embargo, reconocer que en nuestro país el conocimiento gerontológico evoluciona sin cesar, y es admirable la transformación positiva que durante los últimos veinticinco años han experimentado los centros geriátricos. La Administración y la iniciativa social realizan ingentes esfuerzos para adaptar los recursos a las necesidades de los mayores. Existe una permanente búsqueda para que el anciano se sienta cómodo y seguro, mejore su calidad de vida y realice actividades que potencien su autonomía y bienestar. Cada vez más se presta un cuidado que preserva la dignidad y privacidad a la que toda persona mayor tiene derecho.

No obstante, se observa una inquietante actividad mercantil en torno a las necesidades y demandas de los ancianos. Este colectivo, por la vía del consumo, genera empleo. Cada vez se crean más servicios para los mayores, siendo fácil observar cómo algunas zonas de nuestro país se desarrollan en torno a sus necesidades. Esta actividad también produce empleo indirecto en tecnología punta (demótica, telemedicina, etc.).

La actual diferencia entre oferta y demanda de plazas residenciales provoca que aparezcan espurios intereses que socavan la calidad de vida de algunos residentes. Esta cuestión me preocupa de manera especial. No podemos admitir que bastardas actividades urbanísticas y mercantiles quebranten el bienestar de personas que se ven obligadas a pasar el fin de sus días fuera de su domicilio.

La necesidad de crear instituciones para personas mayores no es competencia exclusiva de la actividad privada o de la iniciativa social. La responsabilidad máxima recae sobre los poderes públicos. Los gobiernos están obligados a cumplir la normativa vigente. Deben crear y promover centros seguros que respeten los derechos y libertades del anciano. Instituciones que proporcionen protección, estímulos y rehabilitación. En definitiva, lugares de vida que oferten tratamientos que amparen la dignidad, la intimidad y la forma de pensar del anciano.

No quiero decir que los poderes públicos sustituyan por completo el compromiso de reciprocidad que la familia debe tener con sus mayores, pero debemos exigir a la Administración que active proyectos y programas que coadyuven a cubrir las necesidades de las personas mayores, y muy especialmente las que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Nos toca vivir en un mundo cambiante plagado de ancianos que necesitan vivir en centros dignos. Los mayores de hoy no tienen nada que ver con aquellos de la

posguerra que padecieron dificultades y se contentaban con poco. Hoy la atención al anciano debe alcanzar el umbral acorde a los tiempos que corren y proporcionarle el respeto y la dignidad que merece.

Desde hace tiempo se produce una revolución normativa que regula los requisitos y funcionamiento de las residencias. También existen normas que regulan los cuidados, el buen trato, el respeto y la cortesía que se debe dispensar al residente. Otras normas, como tutela, curatela, internamiento involuntario, autotutela, consentimiento informado, protección del patrimonio, etc., son figuras jurídicas que amparan a las personas mayores contra el abuso, mitigan su marginación y exigen que se les trate como merecen y se les proporcione los servicios básicos de asistencia, alimentación y desarrollo personal.

Aunque existe el deseo generalizado de mejorar la calidad asistencial, y la mayor parte de los ancianos están bien atendidos tanto en la familia como en las instituciones, también se sabe que los casos de abuso y negligencia aumentan y se diversifican. A propósito de esta cuestión, me atrevo a decir que el cuidado que se dispensa en algunos centros oscila entre dos extremos (el buen trato y el maltrato). La dificultad para dirimir este debate ético estriba en establecer el punto de equilibrio entre los dos polos de ese continuum. Integridad, dignidad, intimidad y libertad son conceptos de vital importancia que se deben establecer en toda relación con la persona mayor. Sobre estos postulados reposa la dignidad humana.

La sensibilización social y las leyes comienzan a dar sus frutos. Profesionales y Administración de salud, justicia o servicios sociales son conscientes de que en algunas instituciones ocurren casos de maltrato. Por ello, cada vez más está presente la vigilancia, y observo con satisfacción cómo cada día hay más actuaciones de oficio que emanan desde estas instancias. Las denuncias por abuso que interponen profesionales, ancianos y familiares aumentan sin cesar. Estos elementos son premisas indispensables para que se tome conciencia del problema y se llegue a un grado de tolerancia cero. Todavía, sin embargo, el bajo perfil que nuestro marco normativo dedica a la prevención del maltrato en instituciones contrasta con la evidente protección que el anciano necesita.

No quiero finalizar este apartado sin indicar que, salvo excepciones, en las residencias no ocurren cosas terribles ni actos con consecuencias dramáticas. Algunas situaciones de abuso se producen porque el cuidador no es consciente de lo que hace o se toma algunas libertades con el anciano que jamás se atrevería con personas más jóvenes. También la conducta abusiva surge por la excesiva carga de trabajo, porque el cuidador no dispone de los medios necesarios, porque carece de formación o porque cuando el anciano atraviesa el quicio de la residencia se le considera un ser indefenso incapaz de sentir, pensar o soñar y se le despoja de su individualidad.

Tras esta última reflexión, no me resisto a compartir la historia de una persona mayor que murió en un centro geriátrico de Dundee (Escocia).

El día que la anciana falleció todos estaban convencidos de que no había dejado nada de valor. Sin embargo, cuando auxiliares y enfermeras revisaron su habitación, en sus míseras pertenencias encontraron una poesía.

Su calidad y contenido impresionaron tanto que todo el personal sanitario solicitó que le hiciese una copia. Una enfermera irlandesa se llevó la suya, y la hizo pública en un programa de Navidad que organizó la Unión para la Salud Mental de Irlanda del Norte.

El poema, sencillo pero elocuente, dice:

«¿Qué ven, hermanas?
¿Qué ven?
¿Qué piensan cuando me miran?
Una vieja malhumorada, no demasiado inteligente, de costumbres inciertas, con sus ojos soñadores fijos en la lejanía.
La vieja que escupe la comida y no contesta cuando tratan de convencerla: “vamos..., haga un pequeño esfuerzo”.
La viejita, quien ustedes creen que no se da cuenta de las cosas que ustedes hacen y que continuamente pierde el guante o el zapato.
La viejita, quien contra su voluntad, pero mansamente, les permite que hagan lo que quieran, que la bañen y alimenten, sólo para que así pase el largo día.
¿Es esto lo que piensan?
¿Es esto lo que ven?
Si esto es así..., abran los ojos, hermanas, porque esto que ustedes ven no soy yo.
Les voy a contar quién soy:
Cuando estoy sentada tan tranquila, cuando como por orden de ustedes —como me ordenan—...
Soy una niña de diez años que tiene padre y madre, hermanos y hermanas, que se aman.
Soy una jovencita de dieciséis años, con alas en los pies, que sueña que pronto encontrará a su amado.
Soy una novia a los veinte y mi corazón da brincos, cuando hago la promesa que me ata hasta el fin de mi vida.
Ahora tengo veinticinco. Tengo a mis hijos, quienes necesitan que los guíe y tengo un hogar seguro y feliz.
Soy mujer a los treinta. Los hijos crecen rápido y estamos unidos con lazos que deberían durar para siempre.
Cuando cumpla cuarenta mis hijos ya crecieron y no están en casa, pero a mi lado está mi esposo que se ocupa de que yo no esté triste.
A los cincuenta, otra vez, sobre mis rodillas juegan los bebés. De nuevo conozco a los niños, a mis seres amados y a mí.
Sobre mí se ciernen nubes oscuras. Mi esposo ha muerto y cuando veo el futuro me erizo llena de terror.
Mis hijos se alejan y tienen sus propios hijos. Ahora pienso en todos los años que pasaron y en el amor que conocí.
Ahora soy una vieja. ¡Qué cruel es la naturaleza! La vejez es una burla que convierte al ser humano en un alienado.
El cuerpo se marchita. El atractivo y la fuerza desaparecen. Allí donde una vez tuve el corazón ahora hay una piedra.
Sin embargo, dentro de estas viejas ruinas todavía vive la jovencita. Mi fatigado corazón, de vez en cuando, todavía sabe rebosar de sentimientos.
Recuerdo los días felices y los tristes. En mi pensamiento vuelvo a amar y vuelvo a vivir mi pasado.
Pienso en todos esos años que fueron demasiado pocos y pasaron demasiado rápido. Acepto el hecho inevitable de que nada puede durar para siempre.
Por eso... gente, abran sus ojos. ¡Abran sus ojos y vean!
Ante ustedes no hay una vieja malhumorada, ante ustedes estoy ¡YO!».

5.2. ¿POR QUÉ SE PRODUCE EL MALTRATO EN INSTITUCIONES?

Conviene insistir en que hay pocos estudios sobre el tema y no hay respuesta única al problema. Sabemos que el maltrato tiene múltiples causas y que en cada situación coincide en el tiempo un conjunto de factores que convergen en determinadas circunstancias. De esta manera se explica por qué en algunas residencias surge el

abuso y en otras de similares características no.

Como se indica más arriba, organización del trabajo, condiciones laborales, ignorancia, ausencia de formación, personalidad del cuidador, perfil del residente..., hacen que profesionales, allegados y familias sobrepasen ciertos límites e ignoren el daño que producen sus actos.

Los modelos teóricos defienden que en las instituciones se observan los mismos tipos de abuso que se producen en otros contextos: maltrato físico, emocional, psicológico, violencia económica, medicamentosa, negligencia, abuso sexual, etc. Pero los familiares y allegados del anciano no son los únicos posibles maltratadores; así, los malos tratos en instituciones pueden ser infringidos por el personal de la institución, otros pacientes, voluntarios del centro... Como ocurre en la familia, la violencia en instituciones también se contamina cuando el cuidador abusivo extiende entre sus compañeros la dinámica de la violencia. Algunos estudios indican que los profesionales femeninos proporcionan la mayor parte de las agresiones. Esta cuestión, sin embargo, nace sesgada, dada la escasa representación de la figura del hombre en las muestras utilizadas. En instituciones geriátricas la mayoría de los puestos de trabajo están ocupados por mujeres, que, como en otros menesteres, vuelven a desempeñar un rol estresante e infravalorado.

Algunos autores indican que el tipo de relación anciano/cuidador favorece o amortigua la conducta abusiva, y que el ambiente, junto a ciertos factores exógenos a la institución, influye o condiciona la calidad asistencial. La disponibilidad de plazas y la tasa de desempleo pueden servir de ejemplo. El exceso o defecto de plazas condiciona la decisión del anciano al elegir residencia, y la ausencia de profesionales entorpece la decisión en el momento de despedir empleados negligentes o abusivos.

En este contexto, otros investigadores ligan el maltrato al desequilibrio de poder entre cuidadores y residentes. También consideran que la inadecuada dirección del centro, deficiencias en la organización del trabajo y características personales de residentes y cuidadores son elementos que favorecen o merman la aparición de la violencia.

El psicólogo americano Wayne-Nelson, basándose en el modelo ecológico del desarrollo de la conducta humana de Brofenbrenner, defiende que el abuso en instituciones opera a tres niveles: el que surge como consecuencia de las interrelaciones entre los individuos de la institución (micro), el que propicia el sistema organizativo del centro (medio) y el que favorece la inadecuada legislación (macro).

El sincrético análisis de este y otros modelos aconseja que para analizar el origen de la violencia en instituciones habría que considerar al menos tres parámetros relacionados entre sí:

a) Principios y objetivos de la institución

El deterioro físico, cognitivo o social incita a ingresar al anciano en una residencia. La ley obliga a que cada residente disponga de un proyecto de

intervención individual acorde a sus necesidades.

Con algunos residentes poco se puede hacer. Bajo este efugio se camufla el tedio y la mala praxis institucional. Añadiríamos a eso las residencias ancladas en el modelo hospitalario, que prioriza el cuidado físico y elude la dimensión afectiva.

La rutina comienza por el aseo.

Tras el desayuno algunos pasan al salón y pueden permanecer extasiados con la mirada en el vacío.

La televisión ocupa el espacio. Un runruneo monótono llega o no llega a sus oídos.

Otros realizan alguna que otra actividad en compañía del monitor ocupacional.

El ritmo del día lo marca el almuerzo.

Las tardes transcurren con soporífera lentitud.

La cena, urgente y apresurada, se acomoda al horario del personal.

La negligencia en el trato salta a la vista. Más que un espacio de reposo, acompañamiento y convivencia, la institución se convierte, en algunos casos, en lugar de aislamiento, tristeza y soledad.

Hay profesionales que siguen varados en el viejo esquema dominante: el cuidador da, el anciano recibe. Su procedimiento de trabajo se inspira en el antiguo principio de hacer el bien a personas abandonadas que no cuentan para nadie y que sufren en silencio. La atmósfera recuerda, en algunos casos, los tiempos de *La beneficencia*. Por entonces el residente no era un ciudadano más, sino un ser que vino al mundo para sufrir. Por eso algunos residentes son tratados de manera rígida e intimidatoria, y otros con flexibilidad e indulgencia. El buen anciano es el que no se queja, obedece y jamás expresa contrariedad. El malo refunfuña, protesta, exige que intervengan en sus cuidados íntimos, solicita ayuda en sus desplazamientos y pide cualquier cosa sin consideración.

El cuidador suele negar la abulia, la desidia en su comportamiento, pero en privado reconoce que hay compañeros que adoptan posturas tan desconsideradas como inaceptables.

«Daniel deambula en pijama por la planta. La directora le pregunta si está enfermo. El residente responde que la supervisora lo castigó a permanecer en cama durante dos días por fumar en la habitación. La supervisora pretendía ser buena profesional y por eso lo trató como a un niño. Seguramente aprendió a castigar porque lo hacía un antiguo compañero. No cae en la cuenta de que la privación de indumentaria coarta la libertad del residente.»

El cuidado de los ancianos desarrolla actitudes y decisiones subjetivas que desembocan en conflicto. Probablemente muchos cuidadores no son conscientes de sus actos, y creo que si cometen abusos no lo hacen intencionadamente. Tal vez no conocen una situación mejor, o no han sido suficientemente formados.

En prevención de embarazosas contrariedades, los responsables deben imponer la filosofía de la buena praxis. También deberían ser expertos en gerontología y gestión de recursos humanos. Su formación abre la puerta al buen trato, alivia la burocracia, impide innecesarias reestructuraciones y crea el ambiente que más beneficia al residente. Dirigentes expertos son capaces de marcar pautas que detectan situaciones

delicadas y posibles casos de abuso. La pasividad favorece la opaca transparencia de la institución. Así, proteger al agresor mediante adulterados testimonios de compañeros, achacar a posibles caídas lo que son secuelas de abusos o excusar deficiencias del equipo asistencial son actitudes que contribuyen a la institucionalización de la violencia.

El silencio es otra zona oscura en algunas residencias. Enoja saber cómo hay profesionales que no denuncian casos de abuso, otros se comportan como si nada ocurriera ante escenas inaceptables. La filosofía de la institución ha de incidir en el cese del silencio y la determinación debe ocupar un lugar preponderante para evitar hechos que no debemos admitir.

Cumplir y hacer cumplir la ley es responsabilidad de todo dirigente. Nuestro marco normativo contempla derechos y deberes del residente, del personal y de la familia; regula aspectos económicos del centro y ratio de personal; sanciona el trato inadecuado y corrige cuantos excesos se cometan; no acepta el paternalismo basado en el poder del cuidador y la sumisión del anciano. Iniciativas actuales aconsejan impulsar políticas de puertas abiertas, establecer el umbral de conductas punibles y tomar conciencia de la interdependencia recíproca entre residente y cuidador, pues ambos se necesitan.

El número de residencias públicas y privadas se incrementa. La proliferación de recursos incita a que se anteponga la rentabilidad económica a la calidad asistencial. La Administración tiene el deber de mantenerse atenta e imponer enérgicas sanciones a toda institución que incumpla la ley.

Hace unos meses el escándalo ocupó la primera página de un medio de comunicación. La Delegación de Salud y Bienestar Social de una Comunidad Autónoma clausuró dos residencias de mayores por graves incumplimientos en la atención a los usuarios. Los ochenta ancianos que ocupaban plazas concertadas con la Administración tuvieron que ser reubicados en otras residencias. De ellos, veintinueve fueron derivados a centros para personas gravemente afectadas, y el resto a otras residencias de mayores.

Los residentes denunciaron las carencias de seguridad e higiene por falta de personal. Durante el trasiego de aquellos días, Rafaela dijo:

«Esto está fatal y ahora me trasladan a otro lugar lejos de mi familia».

Desde su silla de ruedas, José claramente consternado se queja:

«El aseo es más que deficiente. Además, hay otra cantidad de pequeñas cosas que, en circunstancias normales, no tendrían importancia. Pero, dado nuestro grado de dependencia, esas pequeñas cosas se transforman en un grave problema para nuestra vida diaria, ya que la residencia no las atiende.»

Los trabajadores también denunciaron escasez de personal y precariedad asistencial a los mayores. Evidenciaron suspensión de protocolos de asistencia y dejación de funciones vitales en los cuidados. Su portavoz indicó:

«A día de hoy, solo hay dos enfermeras que atienden a los doscientos residentes de todo el complejo. Una de turno de mañana y otra de turno de tarde. Si alguna descansa, ese día no hay enfermera y el personal auxiliar es quien atiende a los ancianos (medicación, insulina, casos de urgencia...). Esto supone

una excesiva sobrecarga, pues algunos profesionales tienen que realizar su trabajo habitual más el del personal de enfermería.»

Grupos económicos que se dedican a la atención gerontológica publicitan como objetivo principal mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores. Proponen atención médica, psicológica y social individualizada, ambiente familiar, privacidad, comodidad física y actividades que mejoran la competencia, autonomía y dignidad del residente. No hay duda de que estas y otras acciones son buenas y previenen los malos tratos en la institución, pero ¿se cumple todo lo que prometen?, ¿es engañosa su publicidad?

La filosofía de residencia-empresa está al orden del día. Hay centros que tienen como único objetivo aumentar la rentabilidad económica a costa de disminuir servicios. La Administración debe clausurar residencias que priorizan los beneficios frente a las obligaciones contraídas. Se sabe que el maltrato emerge con facilidad en aquellos centros cuyo único o principal objetivo es ganar dinero.

La filosofía economicista pone en riesgo la humanización de la residencia y despersonaliza al residente, lo reduce a una unidad de trato, lo unifica, prescindiendo de una atención personalizada. Las contradicciones de los dirigentes acerca de cómo debe ser el cuidado desalienta al personal.

Como el faro del puerto que guía al marinero perdido en alta mar, los responsables deben marcar los principios del trabajo profesional en la institución. El anciano no es un objeto al que se le dan servicios. Cuidar no es solo ayudar en el aseo personal, dar de comer o sentar a alguien en un confortable sillón. Tampoco es hacer curas, poner inyecciones, administrar medicamentos o tomar la tensión. Cuidar debe ser algo más, mantener gestos agradables, dar compañía en esos pequeños momentos de la vida que dulcifican las dificultades que engendra la vejez. Cuidar de manera adecuada significa tomar en consideración al anciano, escucharle, recibir confidencias, ser cómplice, estar presente y responder cuando llama. Decir buenos días, adiós, hacerle caricias, consolarlo, comprender su dolor, su tristeza, su agresividad o su rechazo. Tratarle con humildad, respetar su voluntad y reconocer sus límites. Cuidar no es solo atender necesidades, sino mantener una relación terapéutica global y humanizar el trabajo frente a la indiferencia que la sociedad tiene hacia los mayores. En definitiva, cuidar es buscar siempre lo mejor para el residente, no esperar recompensas y acompañarlo hacia lo desconocido de la vida y la muerte. La comunicación de calidad entre anciano y cuidador permite que cada cual exprese sus emociones, necesidades, preferencias y facilite la relación empática. Situaciones de reciprocidad permiten crear lazos de confianza mutua y buen trato. Esta filosofía de trabajo es el mejor antídoto contra la violencia en instituciones.

Cabe añadir que muchas instituciones adolecen de dispositivos para detectar posibles casos de abuso. Creo que deberían existir unidades específicas de control, internas y externas. Los servicios de inspección están previstos para proteger a las personas vulnerables. A través de revisiones periódicas, los profesionales recaban información sobre calidad de vida del anciano y cuidados que recibe. Investidos de capacidad suficiente, los servicios de inspección canalizan quejas, investigan y

resuelven problemas al confrontar calidad asistencial e intereses económicos. La Administración respalda cada vez más estos servicios mediante regulación de normativas e intervenciones del Ministerio Fiscal.

b) Los cuidadores

Los profesionales de los centros de mayores muestran perfiles diversos, y cada cual tiene una forma de trabajar personalizada. Mantienen unos breves contactos con los ancianos, mientras que otros se relacionan más con ellos. Esa diversidad de cuidados propicia que cada profesional viva su realidad laboral de manera distinta.

El ideario de todo cuidador ha de ser el de mejorar la calidad de vida del anciano. Muchos de ellos desearían trabajar en equipo y dedicar más tiempo a descubrir las vivencias de cada residente para una mejor comprensión de sus necesidades y las de su familia. El residente, a su vez, concede especial relevancia a la relación que mantiene con los cuidadores y valora la calidad asistencial en función de esa reciprocidad. La comunicación de calidad crea vínculos de confianza cuando permite expresar inquietudes, deseos, necesidades, preferencias, emociones y otros sentimientos afectivos.

La vida colectiva limita las opciones individuales, condiciona el ritmo e impide el trato individualizado. Algunos ancianos son autónomos, mientras que otros no pueden o no saben expresarse. El quebranto en la comunicación conduce a malos entendidos, siendo necesario buscar el punto de equilibrio que preserve la calidad de vida de uno y la motivación por el trabajo del otro.

Si la comunicación se establece a través de la jerarquía del cuidador, el trato despersonalizado y la violencia pueden enseñar su peor rostro. Algunos estudios, sin embargo, indican que la relación asimétrica entre cuidador/residente no influye en el abuso. Más bien explican que las condiciones laborales son las que determinan la aparición de la violencia.

Con frecuencia la relación cuidador/anciano es de calidad, pero si se torna disfuncional ambos sufren. Cabe pensar en esos casos que la responsabilidad no es individual, sino compartida. Hay cuidadores incompetentes, y también residentes con conductas inaceptables y formas poco constructivas de organizar el trabajo. El silencio envuelve la dinámica relacional. Hablar sería algo bueno para una mejor comprensión que afronte las necesidades de cada cual. Pero la necesidad mercantilista de algunas residencias y empresas que prestan servicios domiciliarios al anciano propician que falte tiempo para todo, que no haya medios suficientes y que no se formen verdaderos equipos de trabajo. Estas circunstancias atentan contra los ideales del buen profesional.

«Pienso en Susana. Había pasado algún tiempo desde que celebramos su éxito tras encontrar su primer trabajo como auxiliar de enfermería. Al preguntarle cómo se encontraba, no tardó en responder: “La verdad es que siempre soñé con ser auxiliar de enfermería. Quería trabajar con viejos. Sí, digo viejos porque esa palabra resulta atractiva y corresponde a una etapa de la vida que contiene grandes valores. Además, pienso que cuando se pronuncia con respeto y ternura es noble y bonita. Con esfuerzo logré encontrar un trabajo donde puse todo mi ser al servicio de personas que necesitan mucho cariño. A mí me gusta hablar con los

viejos. Me encanta darles confianza y hacerles reír. Me sentía realizada y feliz en mi trabajo. Pronto me di cuenta, sin embargo, de que esperaban otras cosas de mí. De nada sirve lo que aprendí en el instituto, ni lo que estudié en mi formación profesional: cuidar ancianos, hablar con ellos, tranquilizarlos, escucharlos... En definitiva, atender todas sus necesidades con respeto, cariño y corazón. Y me contó que después de cuatro meses, el director la citó en su despacho y le dijo con cierta ironía: “Susana, todo lo que usted hace está muy bien, pero en esta residencia no podemos perder el tiempo en tonterías”.

Adivinó lo que con cierto deslíz le insinuaba, que había que cuidar a los viejos de manera rápida, mecánica e impersonal. A través de su retórico e insustancial discurso quería hacerle entender que para estar bien era necesario aceptar los principios de funcionamiento del centro, con independencia de la relación directa con el anciano.

Me contó cómo salió enfurecida de aquel despacho-cubículo, tan elegante como incómodo; cómo se sentía incapaz de hacer las cosas como le proponían, es decir, tratar a los viejos como si la residencia fuese una fábrica; cómo rechazaba hablarles en tono seco, cerrarles la puerta, interrumpir las lentas respuestas; cómo le parecía inadecuado darles de comer como si fueren pavos, bañarlos sin cariño, tratarlos sin la ternura y el respeto que merecen. Y añadió: “No pretendo ser la mejor auxiliar de enfermería de la residencia. Allí hay gente como en todos sitios. Gente que trabaja por vocación profesional, y otros que siguen con su santa rutina. Tres años después sigo trabajando en el mismo lugar, y con la crisis que asola nuestro país cada vez es más difícil encontrar otro trabajo. Cada día el sistema me oprime y carcome con mayor intensidad. Estoy segura que un día explotaré y lo mandaré todo a hacer puñetas. Todos mis sueños se han desvanecido”.»

Cuando se conculca la escala de valores del cuidador profesional y se le ordena hacer cosas contra su forma de concebir el trabajo, el sufrimiento moral aparece. El cuidador se encuentra en la encrucijada perturbadora de lo que considera la calidad técnica de su trabajo y el reducido tiempo que dedica a cada anciano. Una vez más, la política institucional y los valores del cuidador entran en conflicto.

Si tal confrontación no se resuelve, el profesional corre el riesgo de desarrollar paulatinamente sentimientos de deterioro íntimo y culpabilidad. Su motivación laboral e ideal profesional quedarán seriamente dañados.

En algunos centros y empresas la organización gerencial economicista dificulta el desarrollo personal de los profesionales y la rentabilidad opera en detrimento del buen trato. Cuando no se dispone del tiempo necesario para realizar bien el trabajo es fácil hacer como el avestruz, y la relación humana pasa a segundo plano. El cuidador se olvida de las necesidades afectivas, relega la atención individual y la residencia se convierte en un paraíso deshumanizante.

Más arriba vemos cómo hay residencias que no cumplen la ratio oficial de personal, y menos aún durante fines de semana y períodos vacacionales. Esta circunstancia hace que muchos cuidadores se sientan presionados e insatisfechos en su trabajo. Las aleatorias decisiones del equipo directivo sobre la organización del trabajo también coadyuvan a enrarecer el ambiente que socaba el buen trato en la institución.

Algunos autores explican que la agresividad del cuidador viene dada por la sobrecarga de cuidados, e implica que se desarrolle el síndrome de *burnout* o *quemado* en la relación de ayuda. Más del treinta por ciento de los cuidadores padece este trastorno, que se caracteriza por el agotamiento físico, psicológico y moral. El profesional se vuelve irritable, intolerante y celoso, desarrolla conductas emocionales incontroladas y pierde el control y la sonrisa. Frustración, insomnio, cefaleas, trastornos digestivos, baja autoestima y depresión son síntomas característicos que dificultan el cumplimiento de las obligaciones profesionales. La

despersonalización es otra particularidad del cuidador que padece *burnout*. La actitud negativa y distante que mantiene con el anciano hace que le trate como si fuese un objeto y alcanza su plenitud cuando lo estigmatiza, rechaza y maltrata.

Otros estudios destacan al estrés laboral como causa primigenia que condiciona la aparición de la violencia, representando el personal «quemado» una de las principales causas que predice los malos tratos en instituciones.

Un artículo especializado sobre el tema indica que el treinta y dos por cien de los empleados de las tres residencias analizadas veían en su trabajo una importante fuente de estrés. Uno de cada diez encuestados declaró haber perpetrado al menos un abuso físico a lo largo del año en curso, y el cuarenta por cien de la muestra reconoció haber cometido un acto de violencia psicológica durante el año anterior. El mismo trabajo informa que en la medida en que el cuidador es más veterano, la posibilidad de que se sienta quemado disminuye. Los cuidadores experimentados tienen menos riesgo de realizar actos abusivos con los residentes.

La fatiga por compasión es otra variante del síndrome. Se caracteriza por el intenso sufrimiento emocional que sufre el cuidador por las abrumadoras y dolorosas situaciones que presencia. Algunos autores asimilan la fatiga por compasión al estrés postraumático secundario que aflora al confrontar situaciones particularmente traumatizantes.

La literatura científica indica que la personalidad del cuidador también desempeña un papel importante en el afloramiento del abuso en residencias y servicios de ayuda domiciliaria. Hay quien califica a los cuidadores formales abusivos en sádicos y reactivos. Los primeros se caracterizan por maltratar de manera metódica y repetida a los ancianos; los segundos suelen ser profesionales con escasa capacidad para controlar impulsos y emociones.

Cuidadores con problemas de alcohol o consumo de sustancias tóxicas también representan un peligro para el anciano. Toman el poder sobre el residente y a lo largo del tiempo profundizan en esta relación. Sus actos abusivos van desde la agresión física hasta la infantilización (desconectan el timbre para que no le molesten, rechazan cambiar los pañales, insultan, amenazan...).

Escasez de recursos materiales y humanos, excesiva carga de trabajo, bajos salarios, cambios en la plantilla, inadecuada cualificación profesional, ambiente conflictivo o rigidez administrativa son factores que favorecen que surjan situaciones indeseadas. Cuando el profesional se siente incómodo, apático o falta de estímulos cambia su forma de trabajar. Llegado a ese extremo es muy difícil o imposible recuperar el equilibrio. El cuidador se deja inundar por la angustia y el malestar.

El deterioro intelectual y la confusión mental son factores que favorecen que el cuidador pase al acto agresivo. La dominación sobre el anciano no se asimila a ninguna enfermedad. Es un acto voluntario y su dimensión impulsa a que el cuidador ataque y domine.

Algunas investigaciones destacan que el abuso psicológico en instituciones está relacionado con el estrés que sufre el empleado y el grado de agresividad de los residentes. Ancianos exigentes, dependientes, poco cooperadores y agresivos tienen

más probabilidades de sufrir episodios de violencia.

Otro estudio puso de manifiesto las diferencias de trato que proporcionan los cuidadores a residentes agresivos y no agresivos. Los resultados indican que los ancianos agresivos son aislados con frecuencia, no se les permite elegir su ropa y se les obligaba a bañarse en un momento determinado, y que los no agresivos disfrutaban de mayores cotas de libertad, pueden elegir su vestimenta y el momento del baño.

Parece ser que en los años venideros la proporción de pacientes con demencias tipo alzhéimer aumente, y es probable que desarrollen conductas agresivas con el personal que les cuida. Si el enfermo se siente atrapado por el ambiente del centro, la agresividad aparecerá con mayor frecuencia. Se piensa que en un futuro próximo la atención ha de exigir cuidados adicionales que garanticen la seguridad.

c) El ambiente de la institución

El buen ambiente en la residencia, según diversas fuentes, contribuye a la eficacia en el tratamiento y cuidado de los ancianos. Un escenario enrarecido dificulta el bienestar. Cuando se pasan por alto actitudes irresponsables de profesionales, residentes y familias, o cuando se vela poco o mal por el cumplimiento de las normas que han de regir la institución, se crea un estado generalizado de adversidades que alimentan la aparición de situaciones impetuosas, vehementes o incluso violentas.

He comprobado cómo algunas residencias se inmunizan contra la violencia gracias al clima de concordia, al compañerismo y a las buenas relaciones entre profesionales, residentes y familias. La cordialidad y la transparencia en el trato mitigan los abusos, incluso los anulan; suprime los desencuentros, los tratos impetuosos o la negligencia y aleja las palabras airadas u ofensivas.

Los tipos de abuso que indico más abajo podrían ser evitados con un ambiente donde la cordialidad se alce como dominante.

En instituciones y servicios de ayuda domiciliaria, donde se imponen horarios rígidos y celeridad en las comidas, se profieren amenazas y hay frecuentes cambios en la plantilla; las situaciones enrarecidas no tardan en aparecer. Si además se denuncian robos, actos intimidatorios o de violencia física, el riesgo de conductas abusivas se multiplica.

El director

Corresponde al director poner los medios para humanizar el centro, velar por el confort de los residentes, propiciar conductas constructivas y amortiguar tiranteces. La motivación del personal resulta una excelente herramienta que suele incrementar el calor humano y extender la concordia por los rincones. Los profesionales incentivados pasan del conocimiento técnico al saber hacer, encuentran satisfacción en su trabajo, se protegen con la serenidad y el sosiego, y contribuyen a crear un bienestar que a su vez desarrolla otro buen ambiente. Organizan al unísono sus tareas en función de las necesidades del anciano, y se proponen como objetivo utópico

convertir la residencia en una gran familia. La fortaleza interactiva del equipo y la permeabilidad entre disciplinas favorece la empatía entre los miembros de la plantilla. Las directrices que reconocen al personal como pilar básico de la institución engendran un sentimiento de pertenencia y atenúan, o incluso anulan, situaciones no deseadas. El responsable de la institución es el verdadero director de orquesta. De su actitud y sensibilidad depende la atmósfera que más beneficia al residente.

La convivencia en equipo no es fácil. La organización del trabajo puede reducir o ampliar tensiones. La divergencia entre compañeros suscita la incompreensión de residentes y familias. A menudo las rencillas surgen por desavenencias o juicios de valor, y perturban el ambiente con más fuerza que los desencuentros entre cuidadores/residentes o familias.

De manera general, el director del centro sabe que para que reine la armonía las necesidades de los residentes deben ser satisfechas. Corresponde a él, como responsable, proponer el proyecto de centro. También es el encargado de dirigir las tareas, encuadrar al personal, estimular la motivación, vigilar la formación continua, supervisar turnos, revisar los procesos administrativos y gestionar el presupuesto del centro. Esta lista incompleta muestra la complejidad de sus funciones.

En definitiva, el rol de director es la pieza angular que propicia el ambiente del centro. En su perfil, además de destacar la competencia técnica en gerontología y gestión de recursos humanos, no se debe menospreciar ni la personalidad ni tampoco su sensibilidad.

La iatrogénesis social aparece cuando la mala organización de la residencia provoca que los cuidadores se sientan desbordados, cansados y desmotivados. Su estado emocional contraviene el ambiente, de tal forma que llegan a percibir al anciano como un sujeto pasivo, más que como una persona capaz de integrarse en las vivencias cotidianas.

Los profesionales

A veces los profesionales de la residencia y otros servicios geriátricos se unen y gremializan. Se identifican unos con otros. Nunca hablan de temas tabú, como el maltrato o la sexualidad, y los compromisos individuales se diluyen en una etérea responsabilidad colectiva. Iniciativas que fomentan la empatía, decisiones equitativas, espacios de comunicación, formación profesional y autocrítica favorecen la concordia. Y la formación, información y participación del cuidador en el proyecto de la institución o servicio le sirve de acicate para dar sentido a su profesión.

Los profesionales deben reunirse de manera periódica para que cada cual pueda expresar su opinión, marcar objetivos o resolver discrepancias y desencuentros. El espíritu de equipo es el motor que permite entrelazar afectos e instaurar una verdadera relación profesional. El diálogo robustece el ánimo y fomenta el clima de confianza. La rivalidad en el trabajo es sustituida por el apoyo mutuo, mientras que la complementariedad facilita tareas y mejora la calidad de los cuidados. Integrarse en el equipo, sentirse útil, relacionarse con los ancianos y familias motiva al cuidador y

enriquece su competencia profesional.

Acciones educativas encaminadas a potenciar habilidades para resolver conflictos y reducir el estrés potencian el bienestar de cuidadores, residentes y familias. Algunos estudios destacan cómo la formación tiene mayor peso en la erradicación de la violencia que otras variables como infraestructuras, tamaños, titularidades o ubicación de la residencia. Hay ancianos que consideran al cuidador como alguien de su propia familia.

Todos los profesionales son indispensables, y cada uno debe ocupar el lugar preciso en el engranaje de la institución. Llegada a su tramo final la fiesta de la vida, la educación sigue siendo su mejor vestido. Se sabe que el cuidado a los ancianos produce situaciones de estrés, pero la cálida y cordial relación entre compañeros las amortigua. El cuidador competente, virtuoso y empático está siempre disponible y sabe mirar tanto la realidad de su difícil tarea como sus causas y consecuencias. Un día, la amable Amalia me dijo: «Sé que mi trabajo es duro, pero el ambiente que tenemos es el que hace sentirme bien».

El miedo perturba el buen hacer de los profesionales cuando temen ser sancionados, y aumenta así el riesgo de perder su puesto de trabajo.

Los espacios

La infraestructura del centro, es decir, la ubicación, extensión y división de los espacios, contribuye, a veces de manera decisiva, a multiplicar o mitigar las relaciones más o menos agresivas del centro.

Unas dimensiones fundadas en la estrechez contaminan el ambiente y estimulan el abuso por negligencia pasiva. Las estancias grandes e impersonales, los ambientes poco acogedores, un excesivo número de plazas, un mobiliario descuidado y viejo, la ausencia de decoración, las dificultades de accesibilidad, la falta de privacidad y otros inconvenientes son condiciones que enrarecen los ambientes.

No es difícil adivinar que la institución necesita ofrecer un entorno agradable que acompañe al residente, para que este sienta continuamente una cálida acogida en los cambios de ambiente: un mobiliario suficiente, adecuado y atractivo a la vista, una pintura relajante en los muros, amplia luminosidad y temperatura adecuada.

El hacinamiento aumenta la inestabilidad. La necesidad de territorio no desaparece con la edad, ni con la enfermedad, ni con la disminución de lucidez o movilidad. Tener espacio propio proporciona equilibrio, estabilidad, sosiego, intimidad y paz. En algunas residencias, ni siquiera la habitación asignada refleja aspecto alguno de la personalidad y estilo de vida del anciano.

Otras veces se superponen los espacios. Empleados y residentes consideran el centro como suyo. Para unos la residencia es el territorio de su trabajo; para otros su casa. Es importante delimitar el espacio de cada cual y permitir que un máximo de superficie sea considerado como propio para los residentes.

Cuando las condiciones arquitectónicas, la suficiencia de mobiliario y la distribución de espacio son los adecuados, el residente tiene ganada una buena parte

de su bienestar, aunque el anciano necesite algo más para sentirse feliz.

Observamos cómo algunos residentes viven ensimismados, y con la mirada perdida en el horizonte abandonan todo interés no solo por su idílico entorno sino también por su vida. Únicamente el intangible calor humano les devuelve algo de felicidad. He visto centros modestos que dispensan cuidados de excelencia. Cariño, alegría, comprensión, humanidad y buen ambiente son pilares tan sólidos como los resplandecientes muros de la institución.

La ubicación de la residencia influye en el bienestar del residente. Que esté ubicada en el ámbito rural o urbano tiene importancia. El origen común de los residentes favorece su integración, al permitir que continúen antiguos lazos de amistad. Titularidad y estatus del centro no influyen en que aparezca la violencia. La diferencia radica en su filosofía de funcionamiento y en el umbral de tolerancia que la dirección fije sobre el cuidado inadecuado.

Por último, no es utópico pensar que algún día las residencias estarán dotadas de infraestructuras dignas, personal suficiente y bien formado. El rigor y la calidad técnica del cuidado aumenta sin cesar; estas variables, junto a la exigencia de formación de los profesionales, harán que se cumplan los objetivos del plan de centro previniendo que afloren comportamientos inaceptables. El buen hacer dará paso a la tolerancia.

Reflexiones de una auxiliar en su jubilación

Los profesionales organizaban una despedida el día de la jubilación de una compañera, Charo. La auxiliar que se despedía me hizo comprender, aún mejor, el papel relevante que desempeña el ambiente en la prevención del abuso y la negligencia en residencias:

«Los ancianos no son gente aparte. Son personas de las que aprendemos muchas cosas. Tienen una riqueza interior inmensa. Yo conozco a todos los residentes. Uno por uno. Escucharles me ha permitido entrar en su mundo y comprenderlos mejor. Con los que no podía hablar, permanecía atenta a sus gestos, miradas y comportamientos. Cuando disponía de algunos minutos me interesaba por sus vidas y me las contaban. Eran historias vivientes que pasan por mis oídos todos los días. No me hablaban de sus desgracias, porque creo que querían olvidarlas. Sus relatos eran simples pero humanos, y sus testimonios tan sabios que aún me siguen emocionando. Ahora que me jubilo, me permito contarle que he vivido situaciones de estrés que me impedían ocuparme de lo cotidiano. Pero gracias al ambiente de la residencia he vivido momentos muy felices. En el centro encontré la enorme satisfacción del trabajo bien hecho, el reconocimiento de las familias, la sonrisa de los residentes, la felicitación de la directora y la gratitud de todos mis compañeros por haberme permitido trabajar con ellos.»

La familia y la residencia

El comportamiento de la familia es un factor fundamental del éxito o fracaso de la adaptación del anciano a la residencia. Por ello, los residentes deben relacionarse con su familia de la manera que les sea más favorable. Profesionales y familias deben esforzarse en crear el ambiente que más beneficia al residente, y cada cual debe tomar conciencia del rol que desempeña en la institución. Es deseable que la persona mayor

se exprese y pueda ser comprendida.

En ocasiones, sin embargo, la actitud de algunas familias crea problemas y rivalidades frente a los profesionales. Algunas se quejan de los empleados, al decir que mantienen una actitud altiva y desafiante, que no les escuchan ni les facilitan información. También denuncian ausencia de intimidad, desinterés de algún cuidador por su ser querido o uso de palabras inapropiadas o humillantes.

La familia debe admitir que su cariño hacia el anciano no es razón para que crea saber todo lo que se deba hacer con él. Actitudes arrogantes fundadas en el supuesto cariño impiden que el residente se exprese y encuentre, por sí mismo, lo que necesita. Cuando la relación entre la familia y el residente ni es fluida ni es tranquila, el cuidador debe distanciarse. Su intromisión solo podría contribuir a complicar más las relaciones.

No cabe duda de la importancia de la familia en el ambiente del centro. Es necesario considerar sus opiniones, y también contrastarlas. Esta función corresponde a los profesionales. El cuidador no le arrebatara el afecto del anciano ni tampoco su fortuna. Su trabajo consiste en velar por su bienestar y también por el de la quejumbrosa familia.

Hay familiares torpes en la gestión del internamiento que no asimilan la seguridad que representa la residencia, que sienten remordimiento por el abandono, e incluso vergüenza por el qué dirán. Ese escenario dual aboca al conflicto. A veces perturban el funcionamiento de la colectividad con quejas infundadas. Por eso es necesario entender que lo hacen para soslayar ese sentimiento de culpa y para defender su malestar, y por eso se permiten refugiarse en acusar al cuidador. El buen profesional ha de conocer ese mecanismo de defensa, así como la manera de evitar la rivalidad que la familia propone.

Factores de riesgo en instituciones

Características de la institución	Características del personal	Características del ambiente
<ul style="list-style-type: none"> — Frecuentes denuncias. — Falta de higiene. — Escasa supervisión nocturna. — Pocas visitas del exterior. — Mala racionalización del trabajo. — Estancias grandes impersonales. — Hacinamiento de camas. — Mobiliario deteriorado. — Ausencia de decoración. — Falta de privacidad en el baño. — Incumplimiento normativo. 	<ul style="list-style-type: none"> — Escasez de personal. — Síndrome de «quemado». — Cambios frecuentes en la plantilla. — Deficiente formación del personal. — Personalidad del cuidador. — Antigüedad profesional. — Actitud negativa del anciano. — Deterioro cognitivo del anciano. — Conductas disruptivas del anciano. — Conflictividad personal-paciente. — Falta de reciclaje del personal. 	<ul style="list-style-type: none"> — Conducta arbitraria del director. — Alto absentismo laboral. — Insuficiente participación del personal en la organización, de las actividades y tareas de la institución. — Falta de compañerismo. — Creación de grupos de presión. — Fomento de rivalidad entre compañeros. — Adopción de decisiones injustas. — Favoritismo. — Ruptura de espacios de comunicación. — Ausencia de autocrítica.

6

Algunos casos de maltrato en instituciones

Aunque sorprenda hablar del maltrato en instituciones, como en otros órdenes de la vida, a veces hay hechos evidentes que pasan desapercibidos o preferimos ocultar. Dedico esta parte a relatar situaciones y acontecimientos que con diferente denominación se pueden encuadrar en algún subtipo de maltrato que contemplan las clasificaciones internacionales.

6.1. INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

Nadie debe decidir en nuestro nombre en ningún momento de la vida, y tampoco cuándo, cómo y dónde deseamos pasar el último período. No parece que sean muchos los ancianos que toman la decisión. Como se considera que ya no están capacitados para elegir lo que más les conviene, se tiene poco en cuenta su sentir. Tanto algunas familias como profesionales se guían aún por rancios estereotipos. Consideran que el anciano es torpe y desmañado para decidir lo que le conviene.

Si antes los padres recluían al menor en un internado para corregir su mal comportamiento, ahora ingresan los hijos a sus mayores en residencias porque son una carga para la familia. Como ese paralelismo ha calado, hoy se solicita al Ministerio Fiscal la tutela de las personas mayores para un mejor control y así evitar contrariedades.

Cuando la autonomía se conserva, el anciano no solicita el ingreso en residencia alguna. Cuando deja de tenerla, la decisión de protegerlo en un centro especializado se acelera. El cambio de domicilio en edad avanzada precipita el deterioro físico, desarrolla un conflicto de identidad y desvía la personalidad. La separación del ambiente, la despedida del entorno habitual, el distanciamiento definitivo de sus objetos, de sus espacios, de su casa, de sus calles y de su barrio obliga a organizar un nuevo mundo, a esforzarse para vivir en un entorno ajeno, a reelaborar el duelo real, y también el simbólico, por la desaparición repentina de lo que hasta ahora formaba parte de su ser. No ignora que la residencia es su último viaje, la antesala del fin. Frente a un entorno tan poco reconfortante, el anciano preferiría quedarse en casa porque el hogar proporciona seguridad y actúa como protección frente a lo adverso.

Los mayores que ingresan en una residencia contra su voluntad se sienten rechazados por los suyos, pierden el entusiasmo, se les acaba el gusto por la vida, se ven despojados de sus costumbres y alejados para siempre de sus valores. Es el final del recuerdo de un pasado feliz a través de los objetos. A menudo la institución

ofrece, a cambio, un triste horizonte: habitación desnuda, un inmenso pasillo comunitario y alguna que otra zona ajardinada. En su entorno, la imagen de la muerte, donde reina la impotencia, la culpabilidad y la depresión. El malestar genera enfermedades, despierta peligros y calamidades y los responsables lo achacan, impotentes, a patologías orgánicas. La institución se hace tan pesada como sus propios muros, y el anciano la percibe tan dura, rigurosa y fría como el mármol que los reviste. El rechazo de espejo que recibe de otros residentes conculca su identidad, y la vida de interno altera su ritmo. El nuevo hogar impone reglas que obligan a adaptarse a un espacio indeseado, extraño, ajeno y frío, aunque no les falte calor a los radiadores.

Un estudio llevado a cabo en Francia indica que el internamiento involuntario incide negativamente en la salud del residente. Se agrava el estado de dependencia, sufre mayor número de caídas, pierde inmunidad a las infecciones y se incrementan los episodios de desorientación y delirio. En este mismo estudio se comparó un grupo de personas mayores que aceptaron libremente ingresar en la institución con otro que abiertamente rechazó el ingreso. Tras seis meses de internamiento, la tasa de mortalidad de los que rechazaban el ingreso superó en el doce por ciento al otro grupo.

Cada día hay más rechazo contra quienes conculcan la voluntad del anciano y lo ingresan, con el pretexto de que es lo que más le conviene. Familiares y responsables de la institución se ponen de acuerdo y obvian el precepto legal que justifica la incapacidad del abuelo. Muchos consentimientos informados se refugian en vagos formalismos que legitiman prácticas abusivas.

«No llegué a saber cómo terminó la historia de aquella señora viuda, sin hijos ni descendientes directos, de ochenta años, que vivía sola y feliz en su domicilio, un hogar acomodado. Unos parientes lejanos la visitan. Él ronda los cincuenta. Ella, bastante más joven, tiene un rostro angelical, modales irreprochables y respuestas diligentes y diestras a las solicitudes de la anciana. En unos meses surge una complicidad que transforma el ambiente sombrío del hogar, hasta entonces regio y enraizado. Todo son obsequios, agasajos, gentilezas y parabienes. Durante las cálidas sobremesas rememoran anécdotas sobre sus antepasados. Los recuerdos estrechan los vínculos. En los lujosos salones celebran atractivas veladas con invitados selectos. El festivo y familiar ambiente, recubierto de hipócrita armonía, cautiva a la anciana. El azar, tan desconsiderado con nuestro avenir, quiso que la mala suerte rompiera de repente el bienestar cuando la señora, cerca ya de los ochenta y dos, tropezara con el reborde de una alfombra, cayera de bruces y se fracturara la cadera. Después de dos meses en el hospital regresa a casa en silla de ruedas. La intervención deja profundas secuelas físicas. Sus facultades mentales permanecen intactas. Comienzan los problemas. Mediante engaños y astutos subterfugios la impasible pareja consigue que la anciana les declare herederos de sus bienes. Varios meses después la incapacitan y la instalan en una residencia.

Las vecinas, bajo secreto de la propia anciana, están al tanto de lo que ocurre. El director del centro desconfía de la situación, pero finge no darse cuenta. El médico se ampara en el secreto profesional. Los empleados no se implican y ni siquiera desean comentar el asunto.

Llegada la Navidad, la pareja finge que su tía quiere pasar unos días de asueto en el domicilio. Aprovechan para cambiarla a una residencia más modesta, sobre todo más económica. La vecina se interesa por el nuevo paradero, pero no obtiene respuesta de la institución porque invoca la Ley de Protección de Datos. El nuevo y obligado internamiento acentúa el malestar físico y mental de la anciana. Los parientes, mientras tanto, disfrutan del patrimonio de ella.»

En todo ingreso habría que confrontar el estado cognitivo con la capacidad de elección. Durante el primer contacto muchos ancianos desconocen sus derechos. Se sienten tensos y angustiados, y su voluntad se ve mediatizada por la familia. En

última instancia esta es quien decide lo que hay que hacer, aunque trate de encubrir su verdadero propósito. La institución también deshumaniza la entrada del anciano porque no tiene en cuenta su libre elección.

Entiendo que resulte incómodo hablar del internamiento involuntario. En unos casos porque está claro que se trata de una agresión contra los pilares básicos de la institución o de la familia, y en otros porque obliga a reflexionar sobre secretos inconfesables y espurios. Aunque sea el anciano quien decida ingresar en la residencia, el traslado produce sentimientos de fracaso, de dolor, de incomprensión y de abandono. Para atenuar la situación los familiares deben quitar dramatismo, argumentar las ventajas, incidir sobre el fin de la soledad, señalar las mejoras en su atención, destacar la inmediatez de médicos y enfermeras o auxiliares de enfermería y recordarle que ha de recibir cariño, en su caso, durante todos los momentos del día. Son atinadas acciones que soslayan su malestar.

Es importante que el anciano conozca, mediante una detenida información, los recursos que ofrece la comunidad: ayuda a domicilio, tele-asistencia, centros de estancia diurna y nocturna, residencias temporales... Es otra forma de presentar el ingreso en la residencia como una opción más, la que más conviene. También ha de saber que las residencias actuales distan mucho de los antiguos asilos, y describirle con minuciosidad la atención especializada que puede recibir y los servicios que pone la residencia a su disposición: cafetería, biblioteca, sala de rehabilitación, actividades lúdicas, grupos de discusión... Son procedimientos, entre otros, para atenuar el trauma del internamiento. También es aconsejable la visita de varias residencias para elegir la que más conviene. Para que el anciano se haga a la idea de cómo va a ser su vida en la institución es recomendable realizar una estancia de prueba.

Estas y otras medidas facilitan la decisión voluntaria del ingreso. La familia debe aconsejar, pero no imponer. El morador de la residencia es el anciano. No podemos obviar que la literatura científica considera el internamiento involuntario un hecho reprobable que tipifica como maltrato.

Indicar, por último, que se dan casos de internamiento involuntario cuando el anciano es muy dependiente o cuando vive solo en condiciones de insalubridad, no tiene familia o presenta claros síntomas de desorganización mental. En esta última circunstancia y otras similares la persona es sometida a control judicial como forma de preservar sus derechos fundamentales.

6.2. LA SOLEDAD

Los hombres y las mujeres somos sociales por naturaleza, y cuando no podemos serlo aflora el sentimiento de soledad. No existe la amistad en estado absoluto y permanente, sino en episodios, porque la amistad es una suma de momentos afortunados. El envejecimiento disminuye las ocasiones de cultivar los encuentros y reduce, e incluso elimina, la posibilidad de engrandecer el círculo de amigos. Nace ahí la imagen asociada a la soledad, la de un anciano que no tiene con quien hablar ni en quien confiar. En parques, en jardines o en plazuelas es fácil encontrarlos.

Eternizan su soledad mientras miran revolotear las palomas, olvidados del mundo y acompañados de breves conversaciones con quien accidentalmente se le acerca.

Muchos ancianos que son presa del silencio no han elegido la situación. Les viene impuesta porque los lazos con familiares, amigos o vecinos no existen o han desaparecido. Quizá vivan solos, no tengan a nadie o carezcan de afecto. Al desaparecer las relaciones deseadas se impone la soledad, el sufrimiento, el sentimiento de pérdida y la exclusión social.

La soledad es un mal que ataca, deshace y debilita el tejido social. Múltiples razones contribuyen a que el anciano padezca un sentimiento de aislamiento y soledad: dependencia, viudez, alejamiento de los hijos, escasez de recursos económicos, cambio de domicilio, pérdida de amigos, miedo a salir de casa... El aislamiento provoca soledad y la soledad encamina al individuo hacia el aislamiento. Romper este círculo vicioso palía el estrés y la marginación que sufre un significativo número de ancianos.

La familia extensa desaparece y el paso a la familia posmoderna constituye la principal causa del aislamiento que sufren muchos ancianos. Un tercio de nuestros mayores explica su sentimiento de soledad por la muerte de la pareja, y otro tercio por el alejamiento de los hijos. Hay que aclarar, sin embargo, que el sentimiento de soledad en personas mayores no siempre correlaciona con la ausencia de familia, vecinos, amigos... Un estudio reciente indica que las tres cuartas partes de ancianos que dicen sentirse solos no lo están realmente. En muchos casos el sentimiento de aislamiento se debe a la incomprensión y falta de atención que le prestan personas y familiares que hay a su alrededor.

La soledad se define como un sentimiento de ausencia de relación social, privación o tristeza, que no debemos pasar por alto porque afecta gravemente al bienestar del anciano. Cuando la persona mayor no encuentra sitio en su red relacional padece soledad y se siente incapaz de salir de la situación. La autoestima se desvanece y su capacidad para establecer nuevas relaciones se debilita. El miedo y la vergüenza hacen que se sumerja en su interior y eso dificulta cada vez más que retome su inclusión social. Entonces surge el desgraciado sentimiento de no contar para nadie y aparecen la pérdida de autonomía y la disfunción social.

Cada vez hay más ancianos que viven solos. Un informe reciente indica que una de cada diez personas mayores se siente sola, abandonada e inútil. Entre todas las generaciones, los mayores de 75 años son los que sufren mayor soledad. El mismo estudio indica que para luchar contra el aislamiento es necesario reconstruir los lazos sociales, romper la monotonía de su soledad y restañar el sufrimiento mediante la oposición a la baja autoestima y a la inutilidad que produce el aislamiento.

Al contrario, personas mayores que viven acompañadas pueden sufrir soledad. En las residencias hay personas que permanecen rodeadas de gente y sin embargo se sienten solas, porque nunca ocurre nada a su alrededor, no conversan, no reciben visitas, no hay lazos afectivos sinceros, no hay calor humano ni disponibilidad de los que le cuidan y acompañan. Por ello, expresan con amargura sentirse solos y pasan parte de su tiempo en el vestíbulo del centro, miran por las ventanas o dejan abierta la

puerta de la habitación.

Tras mi conversación con un residente anoté alguna de sus frases: *hoy es igual que ayer y mañana será como hoy. Me levanto, me lavo, después la comida, la merienda, la cena y a dormir... Solo espero que pasen los días.* Sospecho que instalarse en un tiempo circular carente de estímulos da seguridad, pero también facilita el ensimismamiento, el mutismo y que la memoria se deteriore más de lo que cabría esperar.

Hay centros donde el apremiante funcionamiento recuerda al de una fábrica. Nunca hay sorpresas. La rutina provee todo lo previsto de manera anticipada. El cuidador no dispone de tiempo para responder a las necesidades afectivas del anciano, ignorando su individualidad, y la soledad impuesta ocupa especial protagonismo.

También hay residentes que no padecen soledad porque se adaptan al ritmo de la institución. Suelen ser ancianos activos o contemplativos que buscan vivencias en su mundo interior o rememoran agradables recuerdos. Personas que participan en todo y esperan visitas de familiares y amigos con regocijado gusto. La relación con personas de confianza es el mejor antídoto que soslaya la soledad. Otros no disfrutaban de los incentivos que se les propone, rehúyen la dinámica del centro y se dejan invadir por la soledad, deseando tan solo que el tiempo pase y les dejen en paz.

Asensio es un anciano soltero y sin familia. Vive en un vetusto y desaliñado estudio de un barrio céntrico. Una mesa, un viejo sillón, un catre y unas cuantas estanterías atiborradas de cacharros son sus pertenencias, y una pequeña pensión no contributiva que alguien le gestionó sus únicos ingresos. Asensio es una de esas personas hurañas, tímidas, introvertidas y anónimas que viven en modestos hogares. Nunca pide nada, y aunque todos los vecinos lo conocen carece de amigos. Ha cumplido los ochenta y no es ni la sombra de lo que fue. Pasea a diario su soledad por los mismos lugares y a la misma hora. Ni su fortaleza física ni el progreso de la medicina impiden que padezca alguna discapacidad. Pérdidas auditivas y visuales le sumergen en su digno aislamiento. La debilidad de sus piernas la denuncia el inseparable bastón y los ventanales de sus pantuflas, por los que tímidamente asoman sus voluminosos juanetes. Asensio ingresa voluntariamente en una residencia tras varias gestiones que realiza la trabajadora social del barrio. El anciano tiene definida la concepción de su tiempo, espacio y actividad. Desde hace años, un día tras otro, sigue la misma rutina. Bastón en mano, deambula y arrastra sus pies quejumbrosos por los mismos lugares. Almuerza en un restaurante, siempre el mismo, y por la noche, antes de ir a dormir, alegra su vida con unos cuantos vinos en la taberna. Nunca pensó que la vejez le llegaría y tampoco que iba a acabar en una residencia. En su primer encuentro con la directora intenta comprender la dinámica del centro, y cómo y en qué puede ocupar el tiempo.

«— ¿Qué le gusta hacer?

— Yo no sé hacer nada —responde Asensio.

— Pero, ¿qué hacía usted antes? Esto debe darle algunas ideas...

— Yo no puedo hacer nada. Siempre he estado solo. No tengo a nadie y estos malditos pies no me permiten andar. Siempre pensé que moriría en mi casa.

— ¡No diga eso! Aquí usted puede hacer actividades, ir de excursión, leer el periódico, pasar el tiempo en la biblioteca, ver la televisión, hacer bricolaje, manualidades, jardinería, pasear, hablar con otros residentes, tener amigos...

— Yo no tengo familia ni amigos.

— Si le parece le presentaré a algunos residentes. Además, en el comedor le haremos que pase de una mesa a otra para que todos le conozcan.

— Bueno, si usted quiere, así lo haré. Pero yo no quiero molestar a nadie —responde tímido y asustado.»

Los días pasan lentos. El nuevo residente presenta dificultades para adaptarse al hogar. No participa en actividades. Su espacio, tan ajeno, le resulta un lugar extraño. Durante el día, desorientado y absorto, va de un lado a otro. Sus lugares preferidos son la recepción y los jardines. Se sienta en un banco apartado y lejos de todo y de todos. Cuando alguien se acerca y le dirige la palabra, Asensio, con mirada huidiza, no sabe qué decir ni cómo responder. No expresa su opinión. Su mente, dispersa y absorta, añora su anterior ritmo de vida.

«Nunca he tenido tanto como en la residencia; sin embargo, prefiero estar en mi casa, tranquilo y a mi ritmo, entre mis cuatro paredes y con el rito de todos los días. No hablar con nadie y sentarme en mi banco preferido, aquel que hay junto a la fuente de aquella plazuela, frente a la comisaría y que me permite ver cómo la gente entra y sale del supermercado. También me gustan las fiestas del barrio, donde me ofrecen un plato de paella y tengo la oportunidad de ver espectáculos de flamenco gratis. Estar allí, en el bullicio de la plaza principal, donde siento cierto regocijo al mirar niños pequeños que suben y bajan en los columpios o a otros más grandes que juegan a la pelota. Me gusta ver los pasos de Semana Santa. Sí, ver a ese tumulto de gente que me ignora. Me siento entre ellos como si no existiera. Todavía me puedo valer por mí mismo, si me comparo con otras personas del barrio que son más jóvenes que yo. Mi sueño es volver a casa. Allí organizo mi tiempo, aquí me lo organizan. No seguía reglas, ahora me las imponen, me dicen lo que tengo que hacer. ¿He hecho bien viniendo a la residencia?»

Algunos meses después el conserje recibe una llamada telefónica. El tren había atropellado a Asensio en el paso a nivel que hay en las inmediaciones. El rumor corrió como la pólvora. Algunos viandantes dijeron que el anciano se precipitó a la vía.

Asensio fue presa de la soledad al dejar el barrio en el que le tocó vivir. Antes también estaba solo, pero su vida sencilla le permitía disfrutar de insignificantes momentos que le devolvían la alegría. La residencia le ofreció comodidad y gente a su alrededor, pero no le satisface. Sus costumbres y estilo de vida le impiden adaptarse al nuevo ambiente. No se siente útil. Su vida ha dejado de tener sentido

La soledad es una emoción única. Cada persona la percibe de manera distinta. Estar solo no significa sentirse solo. Hay ancianos rodeados de gente y padecen soledad al no sentirse satisfechos con sus relaciones sociales. Otros la interpretan en función de la primacía de experiencias afectivas negativas sobre los exiguos momentos de felicidad que viven. La soledad viene mediatizada por la forma de ser, de pensar y de sentir del individuo, y también por la actitud ante los otros. Los pensamientos negativos y la autoinculpación facilitan que se instale de manera severa y persistente. Entonces el individuo se desespera. Piensa que está de sobra, que no sirve y que nadie lo tiene en cuenta. Entonces puede optar por acciones drásticas que ponen fin a sus males.

Nuestro sistema social prioriza las necesidades físicas y económicas del anciano. No se trata de obviar estas acciones, pero también hay que atender la individualidad y

a las necesidades afectivas del anciano.

El personal del centro y la familia representan el mundo exterior para el residente, y el contacto con ellos le satisface más que la relación con otros residentes. Momentos cruciales en la cotidiana vida del residente son: la visita del médico, enfermeras, auxiliares de enfermería, familia, amigos, voluntarios... He visto cómo el anciano no repara en expresar sus intimidades cuando alguno de estos visitantes le sirve de confidente. Al depositarles su intimidad el anciano se siente arropado y en seguridad.

El programa de actividades previene la soledad en la institución y la política de puertas abiertas facilita la integración de los residentes.

Vencer el aislamiento y la soledad del residente es un trabajo de equipo. Formar grupos terapéuticos con ancianos es una actividad que da buenos resultados. En las sesiones cada cual analiza su situación, expresa preocupaciones, sentimientos e inquietudes y tiene la oportunidad de ver cómo otras personas resuelven sus problemas al seguir determinadas reglas y estrategias. Además, durante las sesiones se sienten motivados para permanecer activos y se les brinda la oportunidad de compartir experiencias y establecer nuevas relaciones. Esos grupos de discusión también les hace sentir que se les tiene en cuenta y que son parte esencial del buen funcionamiento de la institución.

Hay ancianos que no se relacionan a causa de pensamientos negativos que les sobrevienen. Reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales y relajación son técnicas con las que se obtienen buenos resultados. Programas que estimulan la libre expansión, el ocio y la autonomía personal tienen demostrada eficacia en la prevención de la soledad. La amistad y la convivialidad son aspectos personales que dependen de cada cual y que se aprenden pero no se imponen.

También hay residentes muy dependientes que tratan de comunicarse a través del gesto, la mirada o tocan a todo aquel que se le aproxima. Estas personas intentan mitigar la soledad mediante su comunicación no verbal. Masajes y ejercicios de fisioterapia tienen un fin rehabilitador. El contacto físico del fisioterapeuta refuerza la identidad del anciano dependiente. Actividades de modelado y pintura con los dedos son ejercicios que reafirman la intimidad personal y previenen el aislamiento de estos enfermos.

La soledad se agrava en la medida que el anciano se siente aislado y menos útil. La animación debe ocupar un lugar de privilegio en la vida de la residencia. No hay que entenderla, sin embargo, como una sucesión de actividades que luchan contra el aburrimiento.

La filosofía actual del buen cuidado es prestar atención personalizada y percibir al residente por lo que es y no por lo que ha sido o será.

Nuestra sociedad, aun siendo gregaria, se parece a una selva donde la débil planta vive la propia vida, siempre amenazada por las que hay a su alrededor. La perspectiva de no poder vivir en casa impacta en el estado físico, psicológico y emocional del anciano y hace que emerja la necesidad creciente de disponer de una red relacional de sostenimiento y apoyo. La enfermedad y la dependencia marginan progresivamente a

la persona mayor. Vecinos y amigos de toda la vida no tienen tiempo para dar compañía a las personas mayores próximas. De un día a otro se olvidan del tiempo que el residente pasa en soledad. La familia también tiene sus problemas y preocupaciones, y espacia las visitas cuando la persona mayor pierde la movilidad o vive en situación de precariedad. El anciano reprocha las ausencias y familiares y amigos se justifican.

La soledad es un mal insoportable que padece nuestra sociedad. Si permanecemos indiferentes a la soledad, los ancianos que padecen la áspera emoción seguirán tristes y cada vez se mostrarán más sombríos e impasibles hacia todo lo que ocurre a su alrededor. Es probable que poco a poco se dejen morir.

6.3. EL SUICIDIO

Pocas veces somos conscientes de que el suicidio es la primera causa de muerte violenta en muchos países, incluido el nuestro, donde unas setenta mil personas intentan quitarse la vida cada año, y muchas más manifiestan conductas autolíticas. Nos cuesta recordar que en España la tasa de suicidios es de 7,6 individuos por cada cien mil, la misma que en los países nórdicos; que la tasa más alta se encuentra en personas de más de sesenta años; que la mayoría de los suicidios no se investigan, para evitar conflictos entre familias e instituciones; que tras los hechos, el silencio se impone para evitar el estigma; que los medios de comunicación prefieren esconderlos para no despertar un efecto mimético; que las instituciones, los partidos políticos y las asociaciones lo soslayan, pese a que tres mil quinientas personas cada año van más allá del intento y acaban con su vida. Y añadiré algo más: el deseo voluntario del anciano para emprender el silencioso camino hacia el último destino casi nunca se contabiliza como suicidio. No hay estadísticas sobre cuántos se dejan morir con conductas intencionadas que socaban gravemente su salud, como por ejemplo la inanición. A pocos agrada hablar del suicidio, y menos aún cuando se produce en una residencia de ancianos. Responsables y empleados se muestran esquivos o rehúyen el asunto para preservar la imagen del centro.

Aunque algunos autores sostienen que el suicidio se debe a factores hereditarios, el noventa por ciento de los casos se vincula con enfermedades mentales como la esquizofrenia, la psicosis y la depresión endógena, que son, en efecto, síndromes transmitidos. Aun así, el origen genético del suicidio queda por demostrar. Se piensa que en familias y comunidades cerradas la conducta autolítica se transmite como forma eficaz de afrontar la adversidad. Me contaron cómo un campesino serró la viga de su viejo granero en la que se ahorcaron tres miembros de la familia en los últimos veinte años. Vivía en una zona rural, donde la conducta suicida goza de cierta tolerancia.

En la sociedad ha arraigado el hábito de hablar del suicidio solo en la ficción, pero no como un hecho de la vida real. Con facilidad se convierte en tema tabú. No olvidemos que hasta épocas recientes se enterraba el cuerpo de los suicidas en relegadas zonas de los cementerios.

Ambientes propicios

Es frecuente considerar a la residencia como un lugar seguro, porque la vigilancia disuade la conducta suicida. Como pocos estudios se interesan por este asunto, se desconoce la dimensión del problema. Algunos expertos sostienen que la prevalencia del suicidio no guarda relación con el hecho de vivir en el domicilio o en una institución.

El deterioro del estatus socioafectivo y el duelo psicológico del anciano son causas que se desencadenan en ambos contextos. Otros investigadores manifiestan que la tasa de suicidio es superior en residencias que en el domicilio del anciano. Datos empíricos dejan entrever que vivir en la institución es un riesgo adicional para el sexo femenino. Las mujeres entre 65 y 74 años que viven en instituciones son las que tienen más probabilidad de quitarse la vida.

Una anciana septuagenaria se queda viuda y se traslada a vivir con su hijo. Después de cuatro años de convivencia espinosa con la nuera solicita ingresar en una residencia. Aunque introvertida y recatada, se adapta bien a la dinámica de la institución, según parece. Participa en alguna que otra actividad y se recrea, según deja entender, con la compañía de otras residentes. Su discreto actuar la hace pasar inadvertida. Pude saber, sin embargo, que en cierta ocasión se le oyó decir «que nunca recibía visitas y que se sentía abandonada por los suyos». Apenas entrada la primavera, se la encontraron una mañana muerta en su habitación. Había ingerido un bote de pastillas. Sobre la mesita de noche, una escueta nota: «¡Por fin! Llegó mi hora».

La prevalencia del suicidio en personas mayores se suele asociar con el envejecimiento de la población, con la soledad y con la presión social. Muchos consideran que la sociedad ni los quiere ni los respeta, y que tampoco les proporciona los servicios necesarios que preserven su dignidad. Estas y otras razones influyen para que el anciano se quite la vida como forma rápida de aliviar sus problemas. A los ancianos con ideación suicida les angustia menos la autolisis que vivir en precariedad el resto de sus días.

Hay ancianos que tras el ingreso despiertan sentimientos de abandono y sufren en silencio. Se dejan invadir por la tristeza, el aislamiento o la dejación, y son reticentes a pedir ayuda cuando la idea de suicidarse inunda la mente. La rutina favorece el pensamiento suicida. La rigidez normativa y la dependencia dificulta la comunicación del anciano con personas y profesionales que hay a su alrededor. La soledad, el aislamiento y la sensación de no ser útil favorecen el suicidio. Algunos estudios informan de que una cifra significativa de ancianos institucionalizados presenta sentimientos de desarraigo y baja autoestima, al creer que sus expectativas jamás se cumplirán. Estas variables favorecen tanto la conducta suicida como las tentativas.

Al contrario de lo que se piensa, la tentativa revela el firme propósito del anciano de quitarse la vida. De cada ocho casos que mueren por suicidio se observa una tentativa, mientras que en jóvenes por cada suicidio se constatan siete. También existen diferencias de género, pues por cada tres hombres que se suicidan lo hace una mujer. Sin embargo, las tentativas de suicidio son más frecuentes en mujeres, en concreto tres veces más.

El suicidio es un enigma para la psicología y se considera un fenómeno

inversamente proporcional a la felicidad del individuo. Unos lo catalogan como consecuencia de una patología, pero hay personas aparentemente equilibradas y serenas que de pronto les cambia su vida, y la desesperación se convierte en detonante del suicidio. En estos casos se transforma en una decisión rápida de consecuencias irreparables.

El anciano se suicida por múltiples razones: jubilación, viudez, desarraigo, dependencia, alcoholismo, soledad, problemas hormonales, inseguridad económica, convencimiento de que estorba, de que no sirve para nada o de que está al final del camino... También el internamiento involuntario aumenta las posibilidades, ya sea antes de entrar en la institución o poco después del ingreso. La concurrencia de alguno de estos factores, junto a eventos vitales (pérdida de relaciones significativas o cambio de domicilio), invita a que el anciano recurra al suicidio como forma rápida y precisa de dar sentido a su vida. También puede pensar que la familia está mejor sin él y lo que desea es desaparecer, más que suicidarse.

La forma más común de suicidio es el ahorcamiento y la precipitación desde las alturas. El ahorcamiento es el más frecuente en ambos sexos y se suele acometer durante la noche. Sin embargo, el número de casos de suicidio en residencias por intoxicación medicamentosa ha descendido. Sin duda, se debe a que hay estricto control sobre el uso de medicamentos.

Actuaciones favorables

Algunos suicidios son inevitables. El anciano con ideas suicidas rara vez expresa su propósito. Sabe cómo encubrir malévolas intenciones y planifica el acto en silencio y con inusitada discreción. Algunos autores recomiendan prestar atención a ciertas conductas y manifestaciones indirectas (ensimismamiento, aislamiento, pérdida de interés por actividades favoritas...). Estar al tanto e interpretar cuando el anciano verbaliza: «quiero desaparecer», «estoy cansado de la vida», «la vida no tiene sentido», «pronto no estaré aquí», «qué hago en este mundo», «debería irme lo antes posible», son frases indirectas observadas en personas mayores que con posterioridad se quitaron la vida.

El diez por ciento de víctimas suicidas no se pueden predecir porque no forman parte del grupo de riesgo. En la actualidad se abre el debate entre expertos y profesionales para que el suicidio no sea una muerte silenciada y un tema tabú. Aconsejan que se hable del suicidio como se habla de enfermedades antiguas, como la tuberculosis, o modernas, como el ébola o el sida. Hablar del suicidio evita reticencias y en determinados contextos tiene valor de protección. Conocer la realidad contribuye a la adopción de actitudes menos moralizantes y perseguidoras. Los expertos aconsejan que la solución empiece por conocer bien el problema y hablar de él, y también desterrar creencias populares, como la idea de que el que lo intenta acaba por conseguirlo.

La formación de profesionales ayuda a detectar situaciones de riesgo. Se debe y se puede actuar contra el problema. El diagnóstico precoz de posibles trastornos

psicológicos previene el suicidio. A veces el anciano se torna ambivalente ante el hecho de seguir viviendo o poner fin a su intolerable situación. Profesionales y familia deben estar atentos a los cambios y poner especial ahínco en la parte positiva del pensamiento dicotómico.

Personas que padecieron intentos de suicidio forman un grupo de riesgo, y hay quien supera la crisis al seguir terapias que ayudan a superar frustraciones y actividades gratificantes. Técnicas para hacer frente a la frustración, resolución de problemas y toma de decisiones previenen el intento autolítico. Ver gente con el mismo problema, compartir ideas y reflexionar sobre la muerte por suicidio como una enfermedad que debe ser tratada como tal ayuda a prevenirlo. Algunos que han sobrevivido no quieren hablar del acontecimiento, quizá porque no se reconocen o porque tienen miedo a que vuelva a salir algo malo que llevan dentro.

El suicidio repercute no solo sobre la víctima, sino también sobre el entorno. La familia desarrolla sentimientos de negación, culpabilidad, vergüenza, amargura y desconcierto al buscar una explicación razonable a la tragedia.

La vejez no es un período que condena al individuo a la tristeza o al suicidio. Hay muchos ancianos que ven el presente con agrado, que saben vivir el día a día, que disfrutan de los recuerdos, y que si no miran a un futuro lejano sí que ven pasar los días con optimismo. Otros se sienten orgullosos de haber llegado a ese estado, gozan plenamente de sus días y dan gracias a la vida por concederles la fortuna de la longevidad.

6.4. ÁNGELES DE LA MISERICORDIA

En España más de doscientos cuarenta mil ancianos viven en residencias y el setenta por ciento son dependientes. Muchos se alojan en centros cuya viabilidad económica ofrece razonables dudas y evidente escasez de personal.

A veces un solo profesional atiende las perturbadas noches del centro. Habría que denunciar la situación y analizar los efectos que produce la soledad en individuos que durante períodos prolongados, noche tras noche, se enfrentan a las necesidades y el dolor de los residentes. Algunos de estos cuidadores administran grandes dosis de analgésicos a sus pacientes. Sus responsables no caen en la cuenta que la ausencia de control del solitario trabajo y la libertad mal entendida en el manejo de fármacos hace que surjan esporádicos homicidios.

Los criminólogos utilizan el término *ángel de la misericordia* o *de la muerte* cuando se refieren a un tipo especial de asesino en serie. Está comprobado que estos individuos de mente siniestra eliminan a tres o más personas en un período de tiempo más o menos prolongado. Los singulares cuidadores, hombres o mujeres, cometen atroces actos en solitario e intercalan fases de descanso entre cada episodio. Ejercen profesiones sanitarias o asistenciales y eligen víctimas que presentan el mismo perfil. Todos utilizan métodos parecidos para eliminarlas.

Una enfermera del hospital d'Orsay mató a siete enfermos terminales al administrarles grandes dosis de morfina. Otros crímenes en serie se produjeron en

Austria cuando la enfermera Wagner eliminó a varias decenas de ancianos en fase terminal. La muerte se produjo al administrarles desproporcionadas dosis de ansiolíticos, somníferos e insulina.

En España, el celador de una residencia acabó con la vida de una decena de residentes. Los asesinatos tuvieron lugar a lo largo de catorce meses durante la jornada laboral del supuesto profesional. El inculpado admitió ante la justicia que había envenenado con lejía a tres residentes octogenarias. A otras dos les quitó la vida al inyectarles sobredosis de insulina; el resto encontró la muerte cuando les administró una mezcla mortal de psicofármacos o les obligó a beber un cóctel de pastillas que diluía en agua. La suerte quiso que el sospechoso fallecimiento de una anciana desencadenara la investigación que aclaró los hechos.

Hace unos meses otro acontecimiento de similares características conmocionó a Uruguay. A consecuencia de una denuncia anónima dos enfermeros fueron procesados por asesinar a dieciséis ancianos de un hospital que padecían enfermedades crónicas. Uno de los enfermeros se responsabilizó de la muerte de cinco; el otro confesó que intervino directamente en la desaparición de otros once. Ambos cuidadores actuaron de manera independiente. El primero inyectaba aire en las venas de los pacientes; el segundo les administraba desproporcionadas dosis de morfina. La muerte por intoxicación de medicamentos o por sobredosis de insulina no se suele detectar.

En todos los casos el ángel de la misericordia justifica sus execrables crímenes por compasión hacia el anciano. Dice que no mata a nadie, sino que ayuda a morir. Ante la justicia, afirma que lo hace porque no desea que los ancianos sufran durante más tiempo y por ello les proporciona una muerte rápida.

Al contrario de lo que se piensa, estos criminales diferencian el bien del mal. Rara vez presentan trastornos psicóticos y los hechos no los motiva una personalidad paranoide o antisocial, aunque pretendan que la justicia les exculpe por razones de locura.

El principal objetivo del ángel de la misericordia es ejercer y mantener el control sobre las víctimas. La obsesiva motivación por cometer tales homicidios se sustenta en la gratificación psicológica que le proporciona la comisión de sus actos.

La literatura científica afirma que muchos asesinos en serie fueron víctimas de maltrato o abuso durante la infancia, toda vez que existe una correlación entre episodios vividos y crímenes que cometen. Estos malhechores son seres que presentan conflictos internos, se sienten impotentes y matan para aliviar su dolor. Su estado ansioso depresivo hace que interpreten la realidad de forma diferente y matan para restablecer el control sobre sí mismo.

La conducta compulsiva es otro rasgo que caracteriza al ángel de la misericordia. Al perpetrar su primer crimen se le hace imposible no cometer otros actos delictivos como forma de manifestar el dominio sobre las víctimas.

La fantasía es otra característica del asesino en serie. En estado onírico imagina el dominio y sometimiento sobre los ancianos para después cometer los crímenes reales. Algunos estudios informan que el ángel de la misericordia tiende a matar a aquellos

enfermos que le demandan más atención.

¿Cómo se explica que haya asesinatos en lugares que consideramos seguros? Con frecuencia es difícil identificar al ángel de la misericordia, porque lleva una vida normal en el trabajo y suele estar bien considerado por el entorno. Por lo general durante la noche, fines de semana y días festivos reina la tranquilidad en los centros y el personal se reduce. No hay médico, y si lo hay solo acude al centro cuando solicitan su presencia. El asesino aprovecha estos momentos para actuar con total impunidad, al disponer del tiempo que necesita para garantizar la muerte de la víctima.

Por otra parte, muchos residentes sufren dolencias graves o se encuentran en estado terminal. Reciben pocas visitas o no tienen familia. Cuando se produce el óbito, los responsables piensan que la causa es muerte natural. El número de autopsias desciende de manera exponencial cuando se trata de personas mayores, no siendo de extrañar que estos actos criminales pasen desapercibidos.

No se producirían hechos abominables como los que se relatan si los centros contasen con el personal técnico que precisan, pues de esta manera estos perturbados no tendrían de tantas facilidades para acabar con la vida del indefenso anciano.

6.5. OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

La persona que ve morir a otro siente miedo ante la perspectiva de la propia muerte. Quizá esta apreciación le suministre el hedonismo en el que estamos inmersos o el rechazo a padecer una dolorosa e irreversible enfermedad.

«Me conmovió ver la situación de aquel residente de 88 años que llevaba casi un año postrado en su cama. La mascarilla de oxígeno le acompañaba gran parte del día y la botella de suero que pendía de un gancho era su fiel acompañante. Durante la noche se mostraba en continua inquietud y sus gemidos eran testimonio del intenso dolor que padecía. No reaccionaba a la medicación y su vida pendía de un hilo. La hija presionaba al médico para que su padre fuese trasladado al hospital. Tras una crisis aguda es derivado a un centro de especialidades. Allí, la hija sigue obstinada en que se prolongue la vida de su padre “de la manera que sea” —dijo una vez—. Todavía guarda la esperanza y rechaza con vehemencia la idea que el tiempo de su agónico progenitor está a punto de finalizar. Prefiere que le practiquen dolorosas e inútiles exploraciones antes que afrontar el duelo por la huida involuntaria de su padre. Tras dos semanas de hospitalización, el anciano fallece y la hija interpone denuncia por negligencia contra la dirección del hospital y el jefe de servicio de oncología.»

En residencias y hospitales hay ancianos en fase terminal. Muchos no reaccionan al tratamiento curativo, y aunque se sepa que pronto van a morir se les practica intervenciones innecesarias que les hacen sufrir. La muerte produce miedo, y el dolor crónico modifica el comportamiento y la capacidad emocional del paciente. Otras personas, conscientes de su situación, entablan una relación mágica entre el mundo de los vivos y el del más allá. Familia y personal sanitario, cada uno a su manera, también soportan la situación de futuro cierto y de dudosa previsión.

Los estudios indican que entre el veinticinco y el cincuenta por ciento de las personas moribundas padecen intensos dolores. La Organización Mundial de la Salud considera que sólo el cincuenta por ciento de enfermos terminales reciben tratamientos paliativos, a pesar del penetrante dolor que padecen. La obstinación

terapéutica y la inadecuada atención son tipos de maltrato que padecen muchos ancianos en fase terminal.

Algunos familiares persisten en mantener, a toda costa, la vida de su ser querido. También por motivos morales, responsables de centros y profesionales incitan a la familia para que se prolongue la vida del anciano de manera artificial. En estos casos no se deja morir al paciente en paz y se le obliga a que soporte complicados análisis e innecesarias curas antes de morir.

Comparto la idea que la función del médico y enfermeros es preservar la vida del enfermo, pero también apelo a que se respete el derecho del anciano moribundo a que viva tranquilo y sin dolor la última etapa de su existencia.

Hoy se tiende a facilitar un trato humanizado a las personas que se encuentran en estado terminal. Cada vez más se proporcionan tratamientos que evitan el dolor y preservan la intimidad del paciente.

En 1993, la psiquiatra Lyliana Saunders resumió la filosofía de los cuidados paliativos en este mensaje: «Usted es importante porque es usted y lo es hasta el último momento de su vida. Hacemos todo lo que podemos, no sólo para que muera en paz sino para que viva hasta que muera».

Por convicciones morales no soy partidario de la eutanasia, ni tampoco del suicidio asistido, pero creo que en algunas circunstancias es mejor morir que seguir sufriendo. El enfermo terminal y su familia tienen derecho a encontrar soluciones al entramado de necesidades sanitarias, económicas y sociales que les origina tal situación; sin embargo, no debemos confundir la terapia paliativa con la eutanasia.

Hoy los cuidados paliativos se aplican a personas enfermas que evolucionan inexorablemente hacia la muerte. Su objetivo prioritario es mejorar el bienestar del enfermo y el de sus familiares. No pretenden parar ni retrasar el proceso de degradación progresiva del paciente. Su acción respeta la muerte, pues la considera como un proceso normal al que todos tenemos que llegar.

El ser humano desea vivir con dignidad y el ordenamiento jurídico de países avanzados tiene la obligación de proteger esta aspiración. La muerte forma parte de nuestra vida y constituye el acto final de cada persona. Por imperativo legal, la vida digna debe llegar hasta momentos antes de la muerte y en ningún caso debe truncarse por una muerte indigna.

Hace unos años en Andalucía se concretó este ideal. Hubo un consenso ético y jurídico en torno a los contenidos y derechos del ideal de la buena muerte. Por unanimidad, el Parlamento Andaluz aprobó la ley 2/2010, de 8 de abril. El texto profundiza en la humanización del fallecimiento y deja fuera los supuestos de eutanasia y suicidio asistido.

En cuanto al concepto de «eutanasia», la ley indica que el término está cargado de numerosos significados y adherencias emocionales que lo vuelven impreciso, haciéndose necesario redefinirlo con objeto de evitar la confusión que existe entre profesionales sanitarios, expertos en bioética, ciudadanía y medios de comunicación.

La ley andaluza delimita el significado de «eutanasia» a unos criterios y actuaciones, y considera que las situaciones que no encajan en esos supuestos no

deben etiquetarse como eutanasia.

El texto recoge los derechos del paciente terminal y las obligaciones de los profesionales que le atienden. No busca deliberadamente la muerte, sino aliviar o evitar el sufrimiento del enfermo terminal. Respeta la autonomía del paciente, humaniza el proceso y recoge el derecho de todos los ciudadanos a declarar su voluntad anticipada mediante «testamento vital» y «declaración de voluntad vital anticipada». Igualmente atisba que la persona afectada puede rechazar o paralizar cualquier tratamiento o intervención, aunque ello ponga en peligro su vida.

También regula el derecho del enfermo terminal a recibir tratamiento para el dolor mediante sedación paliativa y cuidados paliativos integrales en el domicilio, siempre que no exista contraindicación. En este sentido, la ley sostiene que ninguna de estas prácticas es contraria a la ética basada en la idea de dignidad y respeto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Reconoce el derecho del paciente a recibir información clínica veraz y comprensible sobre el diagnóstico. Hace referencia a que los profesionales sanitarios, como garantes del proceso, tienen obligación de consultar en el Registro si existe declaración de voluntad vital anticipada e incorporarla a la historia clínica del paciente.

Asimismo delimita las funciones del representante legal designado por la persona. La ley no solo establece y desarrolla los derechos que asisten a las personas en este trance, sino que determina los deberes del personal sanitario con el anciano en estado terminal y atribuye un conjunto de obligaciones a instituciones sanitarias, públicas o privadas, en orden a garantizar los derechos de los pacientes.

Con el fin de evitar la obstinación terapéutica y determinar el procedimiento de retirada o no instauración de estas medidas, la ley concede especial atención a los deberes de los profesionales para aplicar medidas de soporte vital.

La ley obliga a centros e instituciones a facilitar acompañamiento familiar y garantizar atención asistencial, incluyendo el tratamiento del dolor, asesoramiento y atención de cuidados paliativos de calidad tanto en centros sanitarios como en el domicilio de los pacientes. Reconoce el derecho de la familia al apoyo durante el duelo y prevé que se le facilite una habitación individual en el caso de que se encuentren en el hospital.

La ley contempla, finalmente, la formación de un Comité de Ética Asistencial, con funciones de asesoramiento en decisiones clínicas que planteen conflictos éticos.

El anciano desea morir rodeado de los suyos. También hay familias que prefieren atender al enfermo en el domicilio porque, entre otras ventajas, facilita la privacidad en el momento de preparar la llegada de la muerte.

El deseo del anciano a morir en casa debe respetarse siempre que existan servicios sociosanitarios que dispensen terapia paliativa, que la vivienda reúna condiciones y que la familia esté de acuerdo con esta pretensión.

A menudo la buena voluntad no asegura el buen cuidado al moribundo, por las características de la enfermedad, y muy especialmente cuando los recursos de la familia son insuficientes. En estas circunstancias es aconsejable que el enfermo

ingrese en el hospital o en alguna estructura asistencial.

Cada día hay más centros que ofrecen terapias paliativas, que sustituyen intervenciones agobiantes y costosas para enfermos que ineludiblemente van a morir. Si reciben cuidados paliativos la muerte se torna digna, al evitar dolores innecesarios.

Los cuidados paliativos han de reemplazar la obstinación terapéutica para que el enfermo afronte los últimos instantes de su vida sin dolor y con la dignidad que merece, porque como indica Marta Bujó: «Las despedidas son más un tema de la vida que de la muerte. Porque en última instancia y, desde el principio..., nuestra historia y la de todos es tan solo una mezcla extraña de finales y principios».

6.6. LA MANIPULACIÓN FÍSICA INCORRECTA

Muchos residentes necesitan ayuda para las actividades diarias: levantarse, vestirse, asearse, comer... La mayoría son atendidos con dulzura, agrado y profesionalidad, pero hay centros que no cuentan con personal suficiente y la calidad asistencial queda incompleta. A veces un solo profesional ducha, viste, instala en el sillón y da el desayuno a un determinado número de pacientes, y el tiempo del que dispone para cada uno no supera el cuarto de hora. Pocos se atreven a denunciar la situación. El cuidador realiza su trabajo de forma mecánica. No dispone del tiempo necesario para comunicarse con el residente, ni dispensa el trato y afecto que el anciano necesita. El desapego obligado del profesional deshumaniza su trabajo y hace que se sienta frustrado y pierda la ilusión por la encomiable labor que realiza.

Con frecuencia se observa cómo se obliga al cuidador para que realice su trabajo con excesiva celeridad y la violencia física muestra su peor cara. Magulladura, esguinces y moratones florecen por las aciagas maneras con las que se manipula el dolorido cuerpo del residente. A veces la aguerrida oposición del enfermo propicia que el cuidador no controle sus actos y propine alguna que otra bofetada. Si la situación se repite, la hipotética ayuda se convierte un acto de tortura y suplicio. Muchas veces la pertinaz resistencia del anciano se convierte en el mejor indicador que denuncia la brutalidad con la que se le cuida. Ante tal eventualidad, hay ancianos que permanecen absortos y ensimismados. Se sabe que algunos residentes, tras varios años de silencio, de repente comienzan hablar y a sonreír porque el nuevo cuidador realiza su trabajo con respeto, afecto, ternura y generosidad.

A menudo se piensa que los moratones, magulladuras, luxación de costilla y otras lesiones del anciano se deben a golpes involuntarios o a desafortunadas caídas. Pocos piensan que se debe a la manipulación física e inapropiada que recibe. Algunos estudios indican que más del 50 por 100 de los ancianos son movilizados con brutalidad por sus cuidadores. Otros estudios sugieren que el 65 por 100 de los pacientes que presentan lesiones de piel reciben una inadecuada movilización. Según consta en el libro de incidencias de algunos centros, muchas magulladuras, lesiones y fracturas se producen cuando no hay testigos. El profesional registra que la lesión se produjo de manera accidental, aunque las cosas no ocurran así. Algunas lesiones en la piel se achacan a los roces que el anciano se produce con los brazos del sillón.

También hay fracturas de fémur que se originan por la deficiente manipulación del enfermo. Estos actos jamás se anotan en el libro de incidencias y suelen ocurrir en turnos que frecuentan los mismos profesionales, ¡qué casualidad!

«Atendido con inusual rapidez, el anciano se cae del inodoro. Se queja y grita con desesperación. Le duele mucho la pierna y sigue quejándose. No le hacen caso. Algunos cuidadores simulan no haber visto nada. La auxiliar que le acompañaba se obstina en persuadir al anciano de que su dolor pasará y le increpa para que abandone los alborotados lamentos que perturban el descanso de los otros residentes. Después da por finalizado su trabajo. Al día siguiente el dolor persiste y la resignación del anciano también. El médico le realiza una rápida auscultación. Un trauma sin mayor importancia. Transcurren los días. Aparece una flebitis en la pierna. El médico se altera y prescribe su traslado al hospital universitario. La radiografía es clara y el diagnóstico también: leve fractura del fémur. El silencio de los cuidadores y el diagnóstico médico hicieron que el solitario anciano viviese su particular infierno. Nadie denuncia el caso. Se impone el olvido.»

6.7. CONTENCIÓN MECÁNICA

Contención mecánica es el eufemismo que se emplea para atar a los ancianos. Los cinturones magnéticos entran en nuestras instituciones y están diseñados para inmovilizar todo o parte del cuerpo del paciente. No podemos ocultar que para preservar la seguridad de algún residente sea necesario aplicar esta técnica. La contención mecánica se aconseja como forma de prevenir que el enfermo deambule, se caiga o se fugue. También se ata a algunos ancianos para darles de comer, lavarlos, preservar la integridad de otros residentes o por razones operativas después de una intervención quirúrgica.

España es uno de los países occidentales donde más se utilizan las ataduras con pacientes que viven en residencias. Algunos centros generalizan la contención mecánica como medida de prevención. Este hecho supone un déficit asistencial, ya que conculca el objetivo prioritario de cualquier institución: preservar el mayor tiempo posible la autonomía del residente.

En centros donde no existen actividades de rehabilitación, los enfermos permanecen encamados mucho tiempo o se les aplica contención mecánica durante prolongados períodos. Algunos cuidadores, aunque sin intención, llevan a cabo actos que podemos considerar de maltrato por negligencia pasiva institucional, porque el anciano que sufre contención mecánica prolongada se repliega sobre sí mismo, no habla o grita en permanencia. La inmovilización le produce escaras, retracción de miembros y alteración intelectual. A este fenómeno se le denomina *iatrogenia* y se produce cuando el paciente no recibe la atención que necesita para su bienestar. Atar al anciano sin justificación o como forma de castigo es un tipo de maltrato, puesto que con esta práctica casi nunca se alcanza el objetivo que se persigue. Atar a una persona agrava su estado de dependencia y estimula el comportamiento que se intenta soslayar. Hay pacientes que pasan el día gritando y pegando continuos golpes en el sillón porque permanecen atados durante mucho tiempo.

Los actos de contención mecánica indiscriminados representan un atentado contra la libertad del residente. La familia puede denunciar la situación si la contención no ha sido prescrita por el médico. Nuestra legislación exige que cada caso de

contención deba ir acompañado por prescripción facultativa y consentimiento del tutor del anciano.

A pesar de la norma, el número de ancianos que permanecen atados varía de una residencia a otra, sin causa que lo justifique. En algunos centros este tipo de abuso es flagrante y no se comprende por qué hay diferencia de un lugar a otro cuando los residentes presentan características similares.

Algunos informes indican que la tasa de mortalidad aumenta más de ocho veces en ancianos que fueron inmovilizados respecto aquellos que conservaron libertad de movimientos.

«Recuerdo aquella historia sobre un paciente que padecía alzhéimer. Su hija confesó al médico de cabecera que su progenitor nunca tuvo comportamientos agresivos. Tras un episodio agudo, el enfermo ingresa en un hospital de especialidades. Después de dos semanas de hospitalización se le deriva a un centro geriátrico para enfermos crónicos. En aquel lugar sufre momentos de agitación y durante varios días deambula por los pasillos de la residencia. Se decide aplicarle contención mecánica. Tres semanas después, cuando el anciano vuelve a su domicilio, se convierte en un enfermo encamado con múltiples escaras.»

Algunos profesionales deberían saber que los pacientes con demencia tienen dificultades para adaptarse al nuevo entorno y que la pérdida de referencias hace que desarrollen episodios de delirio y agitación.

La contención mecánica agrava la situación de personas dementes. La represión de la deambulación es una mala praxis que provoca episodios de agitación irreversible en algunos pacientes. La actividad es una necesidad compulsiva irreprimible en estos casos. Impedir la movilidad provoca que dirijan sus necesidades hacia otros comportamientos de agitación patológica.

Igual ocurre con las caídas. La caída anuncia que el sujeto entra en la vejez física y psicológica. Los mayores se suelen caer alguna vez al año y algunos mueren tras la fractura del cuello del fémur. En todos los centros se producen caídas y, paradójicamente, los sujetos que más se caen son precisamente aquellos que tienen más miedo a caerse.

Todavía hay quien ignora que se producen más fracturas en servicios donde los ancianos permanecen atados que en aquellos donde se adoptan medidas de prevención: ejercicios de equilibrio, entrenamiento en métodos para levantarse fácilmente, supresión de barreras arquitectónicas, etc.

La mayoría de los estudios indican que atar a la persona mayor no reduce el número de caídas; más bien esta acción debilita la calidad asistencial que recibe. Por tanto, habría que desterrar la idea que la inmovilización es la mejor forma de prevenir que el anciano se caiga.

La calidad de vida de muchos ancianos depende directamente del nivel de profesionalidad de quien le cuida. Si el aseo se produce cuando el enfermo está de pie y no se practica cuando está en cama y acostado, y si los programas de ergoterapia, fisioterapia y movilización se realizan de forma regular el síndrome de inmovilización desaparece en muchos pacientes.

Bastantes situaciones de abuso que indico se producen de manera involuntaria o por deficiente formación del personal. La mala praxis asistencial cambiaría si se formase adecuadamente a los cuidadores y a las familias se les suministrara la

información que necesitan. El buen profesional es el mejor garante para que se respete la dignidad y autonomía del paciente. La estricta aplicación de la normativa actual sobre contención mecánica evitaría muchos actos de violencia que destruyen la salud física y psicológica de muchas personas que actualmente permanecen atadas.

6.8. LA INCONTINENCIA

La incontinencia es la pérdida involuntaria de orina o heces, lo cual origina un problema higiénico o social. No es en sí misma una enfermedad, sino una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical o intestinal que se presenta en diversas patologías. Este trastorno afecta a la calidad de vida del anciano porque reduce su autoestima y limita su libertad.

No hay datos precisos que indiquen la prevalencia del problema. Numerosos estudios indican que, aunque puede afectar a todos los grupos de población, es más frecuente en la mujer.

Las personas que no controlan esfínteres se preocupan por los síntomas y se sienten avergonzadas. Muchas no consultan al especialista y aprenden a vivir con la disfunción. Sólo el seis por ciento de los individuos con incontinencia moderada o grave recibe algún tipo de tratamiento. En instituciones la incontinencia constituye uno de los diez problemas más frecuentes. Más del treinta por ciento de los usuarios la padecen.

La incontinencia se utiliza como indicador para valorar el grado de dependencia del anciano y puede sobrevenir por factores ajenos al estado del tracto urinario inferior. Al ingresar en un centro, algunos individuos padecen síndrome de institucionalización, que, junto a carencias afectivas y sociales, hacen que se desarrolle este trastorno.

El deterioro de la movilidad o la demencia impiden que el anciano pueda caminar, y ante la premura de realizar sus necesidades se ve obligado a pedir ayuda para ir al servicio. A veces nadie responde, nadie le ayuda. La residencia no dispone del personal suficiente. El residente se agita e insiste en su petición. Al final el cuidador pasa por su lado y le dice que no tiene tiempo y que haga pipí en el pañal.

La organización del trabajo y las prácticas laborales inadecuadas fomentan los casos de incontinencia crónica. Algunos residentes que controlan esfínteres se vuelven incontinentes crónicos porque se les coloca un pañal con objeto de aliviar el trabajo del cuidador. En estos casos la incontinencia no tiene nada que ver con la falta de afectividad o disfunción fisiológica en esfínteres o vejiga. Una vez más, la organización del centro y la falta de personal pueden contribuir a la destrucción de la imagen del anciano.

En el turno de noche el personal suele ser escaso. La carga de trabajo excesiva provoca que los profesionales no dispongan de tiempo para realizar el cambio de pañales ni los cambios posturales a todos los residentes. ¿Cómo se puede exigir a un solo profesional que atienda a sesenta personas durante diez horas? Hacer cambios, responder al timbre, hablar con aquellos pacientes que se angustian por la llegada de

la noche o apaciguar a los que no pueden dormir son actividades que a veces debe realizar un solo profesional.

La incontinencia transitoria es un problema que se resuelve al tratar las causas que lo originan. Otras veces hay que derivar al paciente al servicio especializado para que se valore su situación y las posibilidades reales que tiene de mejorar.

En pocos centros hay programas que se destinen a prevenir la incontinencia o recuperar el control vesical. El entrenamiento vesical se utiliza en pacientes con síntomas de poliuriuria o incontinencia de urgencia y se prescribe en combinación con tratamiento farmacológico.

En el entrenamiento vesical se pide al anciano que fije períodos de tiempos antes de cada micción. Posteriormente se aumenta el tiempo de cada intervalo hasta que la necesidad de orinar se sienta cada dos o tres horas. Esta técnica permite que el anciano aumente la capacidad vesical y pueda contener la micción en períodos cada vez más prolongados.

El entrenamiento muscular del suelo pelviano es un tratamiento de fisioterapia que se utiliza en mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo.

Estas y otras técnicas deben llevarse a cabo en residencias con ancianos motivados y capacitados física y mentalmente.

La incontinencia es un problema al que se presta poca atención; sin embargo, la implantación de programas de prevención e intervención reduce su prevalencia, justificándose no solo porque mejoran la calidad de vida del paciente (mayor autoestima e integración social), sino también porque estimulan la reducción del gasto en medicamentos, intervenciones quirúrgicas y uso de protecciones. Por estos y otros motivos se tendría que extender el tratamiento de este problema a todos los ámbitos donde residen las personas mayores.

6.9. EXTORSIÓN Y ROBO EN LOS CENTROS

La crisis provoca el aumento del robo y la extorsión en ancianos que viven en residencias y hospitales. Los actos los suele cometer algún miembro de la familia, otros residentes, amigos, voluntarios o profesionales de la institución. Todos se aprovechan de la vulnerabilidad del anciano para cometer tales tropelías.

Las víctimas son desposeídas de objetos sentimentales o de valor económico; se les retira el dinero del banco o, mediante engaño, se les obliga a firmar algún documento que adjudica bienes y propiedades al agresor.

Otros ancianos son desvalijados por ladrones profesionales que se infiltran en las instituciones con identidad falsa o con el oscuro pretexto de realizar algún acto altruista.

«Virginia, de 82 años, se encuentra recostada en su cama viendo la televisión. De repente alguien llama a la puerta. Entra un apuesto y simpático joven. Ante la inesperada visita, la anciana llena de gozo y pregunta:

- ¿Quién eres? No te conozco.
- Soy alguien de tu familia. ¿Adivinas quién puedo ser?
- ¿No serás el hijo de mi prima Angustias?

— Pero..., ¿cómo me reconoces? Hace tiempo que no nos vemos...

— ¡Hijo! Es que te pareces a tu padre. Sois como dos gotas de agua.

Virginia prosigue la animada conversación con el supuesto pariente que cree tener enfrente.

Media hora después el imaginario sobrino abandona la habitación bajo pretexto de ir a la cafetería para traerle un zumo y algunas pastas.

El apuesto joven tarda en llegar y la anciana comienza a sospechar. Poco después se percató que le falta el bolso gris donde guardaba parte de sus ahorros y unas cuantas joyas que su difunto marido le regaló.»

Las personas mayores sufren robos y actos de extorsión con mucha frecuencia. La confianza que el anciano deposita sobre los que hay a su alrededor lo facilita. Algunos malhechores se arrojan falsas responsabilidades y dicen representar a la Administración o a la Justicia. De esta manera se apoderan de importantes sumas de dinero y bienes del anciano.

Me viene a la memoria la historia que me contaron sobre aquel pedigüeño médico. La interesada y estrecha relación de amistad que forjó con una anciana hizo que esta solicitara los servicios de un notario para donar parte de sus bienes al excelso facultativo. Alertados los responsables de la institución por una auxiliar de enfermería deciden abortar la indigna operación. Todo un secreto que todavía duerme bajo los cimientos de aquella institución.

Mantener en secreto y soslayar los actos de robo o expoliación económica facilita que el agresor se gane la confianza del anciano. Además, la banalización o ausencia de represión de los actos prolonga y protege la relación patológica que el agresor establece con el anciano. La manipulación es el arma que utiliza el agresor para expoliar los bienes.

«Después de la muerte de mi marido ingresé en la residencia. La semana pasada mi yerno me dijo que firmara un papel para hacerse cargo de todas mis cosas: alquileres, pensión, arrendamiento de mis tierras... No sé lo que había escrito en aquel papel, pero él me insistió tanto que al final terminé firmándolo. ¡Que Dios me pille confesada!».

Muchas de estas acciones indignas pueden iniciarse en comportamientos aparentemente normales, como que el trabajador acepte propinas a cambio de banales deferencias que tiene con el anciano. En muchos casos este puede ser el inicio de actuaciones más graves, como el robo de joyas u otros objetos de valor que el anciano guarda cuidadosamente en su habitación.

También hay responsables de instituciones que de manera impasible facturan servicios que el anciano no recibe, cobra precios desorbitados o impone tarifas desmesuradas para los servicios que se prestan a los usuarios.

Para evitar el abuso y la extorsión en instituciones conviene vigilar cómo se gastan los fondos económicos del residente durante su estancia. Para ello habría que confiar a varios individuos la gestión de esos recursos.

Otra razón que facilita la extorsión y el robo es que para algunas familias hablar de dinero es un tema tabú. Habría que aconsejarles que hablasen de dinero, especialmente cuando el anciano se encuentra en estado de vulnerabilidad. De esta manera se facilita a familia y cuidadores estar al corriente de situaciones embarazosas que pueden abordar. Si esto no ocurre, una vez más el silencio hace que el abuso perdure en el tiempo.

Es necesario proponer al anciano planificar la gestión de sus bienes en caso de incidente. La circulación de la información entre los familiares deja claro lo que hay que hacer en cada momento para todos. Preparar todos los documentos, en previsión de una pérdida de autonomía, es una buena solución si además se informa de todas las decisiones a los que hay a su alrededor.

Dialogar sobre las cuestiones económicas y dejar de un lado el silencio, haya o no haya fortuna, da seguridad al anciano cuando habla de las dificultades que se le puedan presentar. Todo esto evita que el anciano pueda ser engañado por vendedores itinerantes o que firme un contrato donde las cláusulas son poco claras. Hablar con claridad a los familiares sobre estas cuestiones evitará historias familiares desagradables.

6.10. ACTIVIDADES INADECUADAS

Hay residencias en las que los ancianos hablan poco y se aburren porque no disponen de un espacio común. Muchos no leen o no saben. Otros presentan problemas de vista u oído. La mayoría vegetan durante el día frente al televisor y deambulan por pasillos o por los alrededores del centro.

Los responsables de estos establecimientos impulsan actividades para justificar cierta dinámica en el centro o el sueldo del monitor ocupacional. Alguno de estos profesionales despliega un portento de imaginación. Organiza charlas y sesiones de cinefórum que no interesan a nadie o proponen actividades que pocos entienden porque no oyen. Otras veces los residentes se esmeran en hacer recortables que después pegan en cualquier lugar. También colorean muñequitos o realizan actividades de canutillo que transformarán en obsoletas cortinas. Estas y otras actividades infantiles, carentes de objetivos y continuidad, constituyen una forma de abuso que humilla al anciano. ¡Claro! Lo que cuenta es el resultado, que parezca que el anciano está ocupado y el monitor contratado también.

Ahora me viene a la cabeza el insólito Carnaval que se organizó en aquella vetusta residencia que acogía a mayores deficientes y enfermos crónicos residuales de un antiguo hospital psiquiátrico. Muchos pacientes presentaban ese aspecto que caracteriza a enfermos largamente institucionalizados: deformaciones físicas, ausencia de piezas dentales, grandes caries, comportamiento excéntrico y rasgos típicos de efectos secundarios que produce la medicación psiquiátrica. La mayoría no tiene familia y nunca reciben visitas. Una pequeña parte del personal auxiliar, junto al ínclito director, aúna su buena voluntad y durante varios días preparan todo lo necesario para el gran día.

A las cinco en punto de la tarde todos los residentes estaban disfrazados. Gorros de colores y atuendos impensables se ven por doquier. A unos se les colorean las mejillas, a otros los labios y orejas. Por supuesto no faltan esos trajes estafalarios de todos los colores, gorros con plumas y otros atuendos improvisados con prendas anticuadas que encontraron en el olvidado desván del centro.

No falta la merienda, ni tampoco el chocolate con el churrero que se contrató para

el evento. Bailes infantiles, serpentinas y caramelos. Algunos cuidadores se acercaban a los enfermos porque no les reconocían. Todavía recuerdo la cara de aquel enfermo cuando se vio rodeado de gente que hacía comentarios y se reía de su jocosos disfraz.

Parte del personal se indigna y queda atónito ante la célebre mascarada que alguien montó. Piensan que es injusto y degradante lo que se hace con esa pobre gente. Algunos se aprovechan de la discapacidad de otros para hacer burla, reírse y pasarlo bien. Creo que pocos fueron conscientes del grave error que se cometió al organizar tan singular fiesta, que seguramente no pasará a la historia.

Es fácil hacer bromas a costa de personas indefensas que no participan voluntariamente en eventos que otros organizan. A ninguno se le pidió su opinión. Estoy seguro que algunos con cierta lucidez no habrían querido participar en tan singular Carnaval y seguramente recibieron un impacto que hoy, como ayer, prefiero ignorar.

El respeto a la persona es un principio fundamental que nunca se puede soslayar. La ley contempla aspectos generales que preservan la dignidad humana; sin embargo, se debería ir más allá y conseguir que el reglamento de centros prohíba actividades que conculcan el decoro y la honorabilidad del residente.

6.11. LENGUAJE DESCONSIDERADO

El *tuteo* es un signo de afecto y amistad. Se emplea entre personas que se aprecian y conocen. Me siento molesto y sorprendido cuando oigo el desatinado lenguaje que emplean algunos cuidadores al dirigirse a los ancianos. Les tutean aunque solo les una la relación profesional o acaben de conocerlos. Esta forma de proceder es frecuente en instituciones y no se considera falta de respeto.

Por el contrario, alguna clasificación internacional incluye el *tuteo* como un tipo de abuso. Muchos ancianos no comprenden por qué se les interpela de esta manera ni les agrada tanta confianza. Consideran el tuteo como una familiaridad desplazada que no tiene lugar en su contexto. No se quejan de tal menosprecio, pero sienten vergüenza impropia al sentirse desposeídos de la última parcela individual que les queda.

El tuteo no consentido es algo más que una forma arbitraria de comunicarse con el anciano. Facilita al cuidador que establezca e imponga la relación de poder con los residentes y deja la puerta abierta para que les inste con locuciones tan coloquiales como *abuelillo* o *abuelilla* en lugar de llamarle señor o por su nombre. Además, el tuteo invita a que algunos profesionales se tomen la frívola libertad de destruir la imagen del anciano con infantiles expresiones, tales como: «me vas a coger un resfriado», «te me vas a atragantar», «no me hagas esto»... Lo tratan como a un niño, y no es de extrañar que cuando le sirven la comida le coloquen un babero en lugar de una servilleta o para entrar en su habitación jamás llamen a la puerta.

El trato infantilizado produce en el anciano pérdida del control emocional, aislamiento y aumento de la dependencia. Muchos soportan tal impertinencia porque

se sienten a merced del cuidador o abandonados por la familia, y no denuncian la falta de respeto por miedo a represalias o porque creen que su testimonio no sirve para nada.

En algunas residencias se prohíbe tutear a los residentes. En otras esta absurda manera de comunicación se transmite de una generación de profesionales a la siguiente. He visto cómo jóvenes en prácticas tienen el descaro de tutear a personas centenarias.

Otra forma de desconsiderar al anciano es dirigirse a él mediante gritos e insultos. Cuántas veces hemos oído frases parecidas a: «¡María, tráeme un pañal que la abuela está de mierda hasta las orejas!». Hay profesionales que utilizan frases humillantes, mientras otros permanecen impassibles ante tal derroche de incompetencia profesional.

Pienso que verbalizaciones y comportamientos como los que se describen no se realizan con intención de ofender, más bien corresponden a la falta de sensibilidad o ausencia de formación y habilidades para ejercer la digna profesión de cuidador.

La formación sobre el buen trato es imprescindible. Todas las instituciones deben exigir al personal que se dirija a los residentes con respeto y cortesía. Como contrapunto, algunos estudios indican que los profesionales del servicio de ayuda a domicilio emplean un lenguaje que respeta más la individualidad de la persona mayor.

La palabra y entonación del cuidador constituye un elemento fundamental que facilita o dificulta la relación con el anciano. Muchos cuidadores modifican su expresión, y sin darse cuenta enaltecen estereotipos que consideran a los ancianos como personas incapaces de comunicarse correctamente. Con el paso del tiempo el cuidador impone el lenguaje inadecuado, lo que refuerza el declive funcional y cognitivo del anciano.

El lenguaje inapropiado reduce la autoestima y aumenta el retraimiento social del residente. Está comprobado que la modificación de la prosodia, la frase corta y el hecho de ralentizar la pronunciación de la palabra no suscita mejor comprensión a la persona mayor, sino todo lo contrario. Los resultados de algunos estudios indican que la utilización de diminutivos y pronombres colectivos hiere la sensibilidad de las personas mayores. Y cuando el cuidador amplía las frases en la comunicación, el anciano se siente respetado y experimenta menos control y dominación por parte del cuidador.

Algunos cuidadores y familiares toman por costumbre comunicarse con el residente como si fuese un niño. Lo tratan como si padeciese una demencia o no estuviese en su sano juicio. A menudo estas personas se erigen como los únicos que saben lo que mejor le conviene al anciano. De esta manera, una vez más se observan los prejuicios negativos que existen en torno a la vejez. Esta forma de actuar es el preludio de la despersonalización del anciano, una falta de respeto más.

6.12. ALIMENTACIÓN INAPROPIADA

La comida es esencial para la vida y fortalece el estado físico del anciano. Pequeños y grandes momentos constituyen el encanto de la vida. Comer es un placer y el momento más agradable del día para los residentes. Su banalización les afecta negativamente y puede perjudicarles tanto como la propia enfermedad.

Hay quien ignora que el tiempo de la comida en la residencia es un momento de felicidad. Sin embargo, algunos responsables no piensan que la rapidez en la administración de alimentos perjudica gravemente a los residentes e influye negativamente sobre el bienestar. Algunos padecen trastornos digestivos y otros mueren por atragantamiento al no poder masticar.

La inadecuada administración de alimentos es otra forma de maltrato, y una vez más encontramos cómo desdichadas acciones aparecen en momentos insospechados. La ligereza y falta de personal conminan a que alguien tape la nariz del anciano para que coma más rápido, o que aquellos que necesitan ayuda para alimentarse se queden sin comer. Todavía hay cuidadores que colocan el plato de comida lejos del alcance del anciano e instantes después lo recogen tal y como lo dejaron. La sempiterna excusa es que hoy el residente se encuentra indisposto y no tiene apetito. Algunos jóvenes cuidadores actúan de esta manera y creo que su conducta la aprenden de compañeros más antiguos.

En algunas residencias la comida se reduce al mínimo y no alcanza los nutrientes que el anciano necesita. He conocido por la prensa cómo en algunos centros los residentes ingieren alimentos en mal estado o comen una sopa y una rebanada de pan con mantequilla al mediodía y no meriendan. En otras no se tienen en cuenta las dietas individuales y hay muchos ancianos que se quejan de alimentación deficiente y de mala calidad.

Previsión dietética inadecuada y escasez cualitativa y cuantitativa de alimentos es un problema que está al orden del día en algunos centros. Las encuestas de opinión a residentes y familias así lo atestiguan. Otros estudios indican que la desnutrición alcanza a más del sesenta por ciento de los mayores que viven en instituciones. Patologías asociadas al envejecimiento (dificultad al masticar, disminución del gusto, pérdida de apetito, incorrecta presentación de la comida...) hacen más frágil al anciano y aumenta la morbimortalidad en este colectivo. Desde este punto de vista, las dificultades que presentan los residentes con demencia debe ser objeto de atención particular y desde una perspectiva multifactorial y profesional.

Se sabe que el momento más agradable de la dinámica de la residencia se ve matizado por el horario. ¿Por qué las comidas se dan en función del horario del personal? En algunos centros la cena se sirve a las siete de la tarde y el anciano no vuelve a comer hasta el día siguiente. Comer no es solo un acto que previene la malnutrición y la enfermedad, pues el tiempo de la comida previene la soledad y permite la relación del anciano. Hablar con el personal u otros residentes en el comedor facilita su integración. El tiempo de la comida permite que el anciano exprese su identidad a través de sus preferencias o rituales y de las actividades que hay en torno a la comida.

Algunos estudios indican que los comedores pequeños fomentan cálidas relaciones

entre residentes. La elección de la plaza y la presencia de miembros del personal influye positivamente en que el anciano aprecie la comida consumida. La estimulación de calidad durante la comida es importante para su bienestar. Presentación de comidas, decoración de mesas, color de paredes y escuchar música mientras se come se asocia a menor irritabilidad del residente. El ruido y la presencia de personas que tienen comportamiento verbal excesivo suele ser fuente de quejas cuando el comedor es muy grande.

Muchos centros tendrían que tener en cuenta que los efímeros momentos de la comida son instantes agradables para el residente y edulcoran su vida, debiendo evitar por todos los medios que se conviertan en un suplicio y tortura para algunos.

7

Del maltrato al buen trato a los ancianos

Muchos octogenarios, protegidos ante la enfermedad, viven la senectud sin trauma, sin conflicto, sin necesidad de molestar a sus familiares y sin ser molestados. Pasan suavemente por las edades críticas, incluso por las más difíciles, saben llevar la enfermedad cuando se presenta, entienden lo que viven y aceptan con naturalidad el inexorable paso de los días. Este libro se centra en el conflicto familiar y social que supone el desarrollo de un período de la vida que, falto de buenos tratos, se torna en indigno, inmerecido, degradante, inmoral o vejatorio. Sabemos cómo se puede evitar. El mejor camino hacia la senectud es aquel que no impide que el cerebro se ocupe en actividades creativas acordes con la trayectoria vital (lectura, viajes, amigos, citas, juegos...). Esta acción debe desarrollarse con naturalidad, con la misma naturalidad que el hábil violinista habla con alguien mientras interpreta una obra en el bullicio de un café. Esa energía natural, esa destreza, es un seguro de vida para sus facultades.

Formas de violencia oculta pueden quebrantar esas necesidades básicas del anciano que han de permitirle mantenerse activo mediante el acceso: a la actividad física (paseos, piscina, playa...); a una alimentación sana (frutas, verduras, frutos secos, té verde...); a un continuo aprendizaje (lectura, cine, exposiciones...); a una vida en calma, alejada del estrés (problemas familiares...); a un sueño cómodo y reparador (con independencia, con intimidad...); a un ambiente donde los destellos de humor inspiren la convivencia (la risa es una terapia excelente...); y al aprovechamiento de su experiencia (lecciones, enseñanzas, consejos...).

Las actitudes de maltrato oculto que dificultan estos logros fueron descritas por Maslow. Se trata de las que trasgreden la tranquilidad frente a la supervivencia, el sentimiento de seguridad, la higiene esmerada, la vestimenta correcta e incluso elegante, la libertad para la elección, el respeto a la pertenencia, la consideración de su persona y sus opiniones, los medios para mantener la autoestima... La violación de alguna de estas necesidades no deja huella, y es difícil de precisar porque cada persona percibe dichas necesidades de forma distinta.

El anciano tiene derecho a la autonomía y al desarrollo personal. Derecho, por tanto, a la privacidad, al respeto a su historia, a expresar sus recuerdos, a la vida afectiva y espiritual, a sentirse querido y respetado, a participar en decisiones, a recibir servicios que potencien sus aptitudes, a su espacio personal y a su propio ritmo de vida.

7.1. ¿QUÉ ES EL BUEN TRATO?

El concepto actual del buen trato al anciano tiene su origen en las intervenciones con niños institucionalizados realizadas en la década de 1990. Se basa en el principio de dignidad de todos los seres humanos que recoge la *Declaración Universal de los Derechos del Hombre*. No se define como contrario al maltrato, sino que lo entendemos como sinónimo de buenas prácticas o estrategias, más o menos conscientes, que invitan a la reflexión continua sobre el cuidado que se presta a la persona mayor.

Otros investigadores entienden que el concepto es un ejercicio dialéctico que pone de manifiesto abusos invisibles ante los ojos de aquellos que los generan y que persigue valorar buenas prácticas como la esencia que preserva la integridad, la dignidad, la intimidad y la libertad del individuo.

Sin la estela del trabajo colectivo el buen trato se inscribe en el proyecto ético de la acción social y médico-social que trata de esclarecer, a la vez, la práctica cotidiana de profesionales, instituciones y familia.

No se define, por tanto, mediante la enumeración de comportamientos o acciones, sino que se manifiesta a través de la forma de ser, proceder, decir, hacer y reaccionar frente a las necesidades del anciano, con respeto a sus deseos y rechazos. En definitiva, el buen trato es el respeto al anciano puesto en acción y un deber de todo cuidador.

Los principios

El buen trato no viene determinado, como podría parecer, por la norma, sino por la disposición de los responsables de suministrarlo, que son las instituciones, los profesionales, los cuidadores y las familias. Ese entorno ha de dar respuesta apropiada a cada situación, con la intención de consolidar las buenas prácticas.

Así, de forma voluntaria los intervinientes sitúan sus acciones y propuestas en un horizonte que ha de mejorar su satisfacción a través de la buena praxis.

Los principios de un buen trato han de alentar prácticas que respeten tanto la singularidad como la dignidad del anciano, y deben ser capaces de anular la relación asimétrica entre cuidador y cuidado mediante un sutil respeto mutuo carente de fisuras, orientado de manera positiva y ajeno, porque así se instala en la voluntad de profesionales, cuidadores y familia, ante cualquier huella de maltrato. Así da forma y perfila el buen hacer como obligación de todo cuidador. También es precisa una necesaria *supervisión*, cuyo espíritu se inspira en la intención de centrarse en todo lo que beneficia al anciano. No se trata, solo, de prevenir o reducir la violencia, sino de conjugar la legislación existente con los cuidados que el anciano debe recibir desde diferentes ámbitos. A esta acción le acompañan medidas claras y precisas.

El buen trato ha de llevarse a cabo mediante la comunicación y respeto entre instituciones, profesionales, ancianos y familias, mediante el establecimiento de una relación que comparte sensibilidades individuales, y en la que cada sector expresa y encuentra la respuesta que más le conviene.

Toda situación específica exige una recomendación. Se hace necesario analizar las

prácticas cotidianas de los profesionales, así como los cuidados que ejercen las instituciones y las familias. El buen trato aconseja en cada momento lo que conviene y lo que se debe hacer.

Objetivos

El objetivo último del buen trato es adaptar el cuidado a la singularidad de cada situación y aplicar valores de respeto, solidaridad, justicia y libertad. El buen trato soslaya la ruptura (contextual, familiar, psicológica y social) que origina la dependencia y facilita el desarrollo del anciano y la búsqueda de su identidad.

Sus intervinientes cumplen los objetivos mediante reglas de conducta que dan seguridad al anciano y rechazan sin concesión todo tipo de violencia. Esto implica que su forma de hacer y actuar es reconocida, sostenida y apoyada tanto por instituciones como por familias.

Para la práctica del buen trato primero se realiza una reflexión colectiva sobre el cuidado que prestan todos los intervinientes (instituciones, profesionales, cuidadores y familia). Con posterioridad se modifican aquellos postulados y conductas que mejoran la buena praxis.

A partir de este momento, las formas de cuidar son continuamente cuestionadas y revisadas con objeto de abrir la puerta al conocimiento científico y buen hacer.

El buen trato es un hecho dinámico que no fija desde el principio su objetivo final. La ausencia se explica, por sí misma, al ser un concepto investigativo continuo que parte de los fundamentos de cada situación.

Modos de actuación

1. Permitir que la persona mayor elija su propio estilo de vida, su propia forma de comunicación. Observar conductas, reconocer sentimientos, respetar el ritmo de vida, satisfacer deseos y evitar juicios de valor son maneras que preservan los derechos y la estima social del anciano. La identidad de la persona mayor se forma cada día al mirar a otros. Soledad y aislamiento constituyen un ataque a la autoestima del individuo.
2. Hacer que la comunicación empática del cuidador se apoye en su palabra y experiencia, percibiendo al anciano de forma tan positiva que extienda su mirada a todo lo que lo rodea. Recordemos que muchos ancianos hablan solos y en voz alta para darse compañía y mantener viva su tambaleante identidad.
3. Extender el buen trato a todos los ancianos y en todos los contextos, en especial hacia aquellos que están gravemente desorientados por limitaciones en su movilidad, libertad y participación en la vida colectiva.
4. Cuidar los modos y los tipos de relación. El bienestar es una sensación de placer y equilibrio físico, psicológico y social que reposa sobre la satisfacción de las necesidades básicas.
5. Adoptar una actitud y comportamiento que colma las necesidades y deseos de

- tantos cuantos intervienen. Es sabido que la promoción del buen trato no se reduce a prevenir la violencia.
6. Promover una ética exigente capaz de enfrentarse al necesario deseo de supervivencia ligado al envejecimiento, al deterioro y a la muerte. Y todo ello a través de la presencia, respeto, medida, saber encontrar la distancia para que el anciano se exprese y canalice sus emociones...
 7. Respetar la autonomía del anciano y prestar una esmerada atención a sus peticiones y necesidades. Se hace necesaria una expresión libre y facilidad para que su entorno crea lo que expresa. Ante problemas de lenguaje y/o comportamiento el cuidador debe estar preparado para afrontar esos momentos de angustia.
 8. Esmerada atención a la evolución. La información es soporte básico de la dependencia. Familias, profesionales y personas mayores deben conocer sus estados, sus derechos, las contingencias del proceso de intervención y las buenas prácticas que han de llevarse a cabo.
 9. El desarrollo de relaciones de reciprocidad entre ancianos y la limitación de las ocasiones de dependencia de los profesionales contribuye a instalar un sentimiento de utilidad en el anciano, que pronto se siente útil ante los demás y desarrolla una imagen positiva de él mismo.
 10. Mediante la reciprocidad ha de afianzarse una personalidad que no solo es receptora de servicios, sino que contribuye a todo el proceso de su integración. Es bueno proponer alternativas a las sistemáticas faltas de colaboración mediante actividades acordes a sus capacidades.

Reflexiones finales

El buen trato es una cultura que inspira acciones individuales y relaciones colectivas en el seno de la familia o la institución. Posee sus propios factores de riesgo, que se originan en las diferentes fuentes que la persona mayor es capaz de movilizar. Así, la salud, la disponibilidad, la fuerza de carácter, los recursos económicos, los lazos afectivos, la reciprocidad y la capacidad de integración son aspectos que facilitan o dificultan la práctica del buen trato.

Cabe añadir que en los momentos finales el buen trato recobra especial relevancia. La cercanía con él y con su familia, la privacidad, el respeto a la intimidad, el buen decir, el buen hacer o el distanciamiento de todo asunto conflictivo son elementos fundamentales.

Hoy se percibe gran inquietud por la difusión de las buenas prácticas, especialmente en un sector que durante mucho tiempo se olvidó de las necesidades reales de los ancianos. Cada vez hay más personas formadas y preparadas en cursos de prácticas que ofrecen cuidados de calidad, y también instituciones y familias que se preocupan por el bienestar de las personas mayores mediante la creación de espacios de convivencia, respeto, humanidad y seguridad.

7.2. ENVEJECER EN CASA

También está previsto, y sucede con frecuencia, que el último período de la vida transcurra con pasos complacientes y razonablemente dichosos, a pesar de las dificultades. Sería este libro un tratado incompleto si oscureciéramos la positiva actitud del paso por la senectud de muchas personas, y de la actitud de sus familias, cuyos miembros tienen a bien atender a sus mayores con tanta naturalidad en los cuidados como afecto en las relaciones.

No solo me relacioné con ancianos tristes, deprimidos, testarudos y conflictivos, con personas que reniegan de su vejez y atraen la violencia, a veces solo por su forma de ser, por mero placer. También descubrí, por fortuna, a ancianas y ancianos que rezuman felicidad, que llenan de optimismo a quienes los rodean. Seres desprendidos y animosos que en el momento de la huida involuntaria de las condiciones estables se encontraron rodeados por los suyos y permanecieron envueltos en cariño, respeto y admiración.

Pondré en evidencia, por tanto, que tuve el placer de vivir momentos enriquecedores con octogenarios poco proclives a las quejas y que irradiaban deseos de agradar a tantos cuantos vivían a su alrededor. Ejemplos plenos de alegría que cada día daban gracias a Dios por la suerte que les deparó la vida: disfrutar de una vejez feliz y haber conseguido, en mayor o menor medida, los objetivos que se propusieron.

a) Solidaridad familiar

Me contaba Clementina que su familia vivía feliz. Su padre, hombre cariñoso, culto, atento y competente, se volcó sobre ellos tras la muerte de la madre. Sabía ser responsable, dar importancia a lo importante y banalizar lo superficial. Rondaba los ochenta cuando aparecieron algunas ausencias. Ni ella ni su hermano le dieron importancia. Pero se fracturó la cadera y tuvo que ser hospitalizado. Allí comenzó el viacrucis. Perdió la memoria y el sentido de la orientación. Había sido afectado por el alzhéimer. La noticia los dejó consternados, indefensos, tristes, maltrechos y mucho más angustiados por el futuro que por el presente. Decepción, rabia, pena, remordimiento, rechazo... Nunca se les había ocurrido pensar que algo así pudiera ocurrir en su familia. Hasta entonces creían que eso era cosa de otros.

«Mi hermano llegaba a la jubilación, y mi marido y mis hijas me aconsejaron que anticipara la mía. Nos propusimos cuidarlo entre todos. Fuimos conscientes del camino: un sendero irreversible del que no existía esperanza alguna para evitar un deterioro progresivo, una muerte sin morir, un lento morir cada día. No era fácil. Como no estábamos acostumbrados a una vigilancia sistemática, una mañana se fue de casa y se perdió. Lo encontramos en las dependencias del Ayuntamiento. Allí lo había depositado la policía. Oprimido por la enfermedad, se tornó exigente, quisquilloso, inconformista y, lo que es peor, agresivo. Imaginaba que le robábamos el dinero y nos lo reprochaba. Menos mal que aprendimos a perdonarle los desvaríos. Pronto perdió habilidad para comer, y fue necesario limpiarle la boca y cubrirle el pecho con una gran servilleta. Después se le caían al suelo platos y cubiertos, o los tiraba. Entre otras manías, descolgaba los cuadros de la pared, dejó de frecuentar el cuarto de baño, prescindía de la necesidad de mantener limpia su ropa interior, sentía indiferencia ante el mal olor de su cuerpo y, alterando todo principio de pulcritud, descuidaba cualquier precaución por la limpieza de la casa. De esta manera el salón, el comedor, la cocina

y el pasillo recibían sin reparos todo aquello que no le correspondía. No había manera de mantener ordenada la casa. Se acostumbró a rechazar los consejos, y también todo aquello que no coincidiera con su turbada opinión. Si nos atrevíamos a reprender su comportamiento, se defendía agresivo.

Se borró poco a poco su pasado, confundía su presente y dejó de identificar sus propios espacios vitales, su dormitorio, su butaca en el salón...

Si lo sacábamos a pasear, unos lo tomaban por loco y otros que lo conocían evitaban el saludo. Olvidó tanto y tantas cosas, vivía tan ajeno a la realidad, que sus gestos se tornaron en rarezas, y sus modos no tenían nada que ver con su personalidad. La gente lo miraba como si estuviera loco, y los conocidos disimulaban, cuando lo veían, para pasar inadvertidos. Habíamos acabado con una parte de nuestra vida, y esa ineludible sensación nos entristecía de manera especial. Su conducta variaba por momentos. Dejó de reconocernos y me preguntaba que quién era yo. Otras veces se refugiaba en el silencio, y poco a poco empezó a ser difícil comprender su torpe articulación. Parecía como si él supiera lo que quería decir, pero solo llegaba hasta nosotros un montón de sonidos incoherentes. Se acostumbró a permanecer postrado en el sillón o en la cama. Había que ayudarlo cuando se levantaba, cuando se vestía, en la comida, en los desplazamientos y en la más elemental de sus necesidades. Se ha convertido en un niño chico. Cuando lo lavamos o duchamos le miramos a los ojos, le sonreímos, le acariciamos. Parece que le gusta, lo agradece; pero de pronto, sin que medie razón alguna, le atacan los nervios, se enfurece y nos da manotazos.

Algunos amigos nos aconsejan desde su ignorancia. No saben cómo se vive esta terrible enfermedad. Otros, despistados pero con buena fe, nos preguntan cuándo mejorará.

El psicólogo y la trabajadora social nos han puesto en contacto con una asociación que se ocupa de familias de enfermos de alzhéimer. Mi hermano, mi marido, mis hijas y yo asistimos a reuniones. Hemos mejorado nuestro comportamiento, sabemos mejor cómo tratarlo, qué hacer, qué ayudas necesita, de qué manera hablar y de qué asuntos, y cómo organizar la casa.

Ahora mi padre va a un centro de estancia diurna. Allí come, se divierte y se relaciona con la gente. El resto del tiempo nosotros nos organizamos para ocuparnos de él. Un chico auxiliar de enfermería nos ayuda en los menesteres más tediosos.

La situación está controlada, pero nuestra actividad ha dejado de ser vida. ¿Hasta cuándo? No podemos hacer planes. El proceso, en progresión permanente, no se puede ralentizar. Mi padre ha emprendido un camino que tardaremos años en completar. Unas veces mira de forma extraña y agresiva, otras lo hace con la ternura de un niño al que se le ofrece un pastel. Tal vez así quiere agradecer lo que hacemos por él. Cada día añadimos un poco más de tristeza cuando vemos cómo pierde un trocito de su ya disminuida razón.

El alzhéimer puede destruir a una familia. A veces se muestra tan cruel que solo apetece huir. Nosotros hemos sido felices, protegidos en la solidaridad que otorga el estar juntos. El amor a nuestro padre nos acerca. Procuramos achicar las discrepancias. Seguiremos hasta el final y procuraremos que el camino no lo hagan otros en nuestro nombre.»

Los cuidadores de enfermos de alzhéimer viven en permanente tensión, en inquietud continuada. A veces uno se pregunta cómo en situaciones tan tensas no aparece con más frecuencia la violencia. Reconforta pensar cómo el sufrimiento también resucita relaciones pacíficas y cariñosas.

Desde aquí es necesario expresar un profundo reconocimiento a las familias que cuidan a un ser querido cautivo del alzhéimer, porque ellas conocen el calvario que supone un cuidado sin tregua y la triste contemplación de un progresivo deterioro físico y cognitivo, un estado vegetativo que día a día viaja y se aleja de los otros, del mundo, de la vida. Una carga física, económica, psicológica y social tan difícil de llevar que solo un escenario de amor sublime e incondicional puede reducir la maltrecha condición humana donde la violencia es devastada por un inmenso cariño, por un afecto incondicional.

b) Solidaridad de los vecinos

Margarita gozaba de una apreciada popularidad. Soltera y sin hijos, había vivido, mal o bien, con un trabajo libre, echando horas de ayuda en las casas vecinas a las

que ella, con fina ironía, llamaba *mis clientas*. Y así había llegado a los ochenta sin perturbar su fácil sonrisa ni su buen humor. Vestía con vivos colores, se adornaba con collares de fantasía, lucía mejillas de rojizo artificial y moño plateado, y el conjunto proyectaba una respetuosa humildad.

Los años, las rodillas y la debilidad muscular la llevaron a abandonar el piso superior de su casa. Se instaló en el entresuelo. Tuvo que acomodar la habitación principal con una antigua cama y un sillón. Colgaban de las paredes algunos cuadros de santos y un crucifijo. Junto a lo que podríamos llamar comedor había una mesa, varias sillas, un televisor y el viejo armario en el que guardaba una humilde e incompleta vajilla. Un frigorífico pequeño y el televisor completaban el mobiliario. En un rincón, un diminuto y pulcro cuarto de baño. Una graciosa, variada y colorida colección de macetas adornaba la fachada principal de la casa.

Un accidente vascular deterioró su estado y pasó varios meses en el hospital. Cuando lo abandonó, ya no se valía sola. Hablaba con dificultad y caminaba apoyada en un bastón, precisando ayuda. El médico le aconsejó que ingresara en una residencia. Margarita se opuso: «Mi casa no es un palacio, pero es el lugar donde me siento más feliz y segura». Como las amigas la apoyaban, volvió a su hogar. Su modesta vivienda se tornó en centro de atención del vecindario. Fue integrada en el servicio de teleasistencia y los Servicios Sociales le concedieron algunas horas de ayuda domiciliaria. Por las mañanas se viste y asea con la ayuda de la auxiliar familiar. Por las noches esa misma mujer le apoyaba en ciertas tareas y le ayudaba a acostarse. El resto de la jornada las amigas se turnan, un poco al azar, para darle compañía, y colaboraban en pequeños menesteres. En el local de la Asociación de Vecinos se distribuyeron la actividad semanal para el cuidado de los cuatro ancianos que vivían solos: visitas protocolarias, compañía, administración de medicamentos, tareas del hogar... Margarita se despreocupó de la cocina. Las vecinas se la llevaban. El dueño del bar del barrio se ocupaba del desayuno. Médico y enfermera programaron visitas quincenales. Funcionaba. Las amigas la acompañaban; unas tardes café, otras tertulia; si hacía buen tiempo, un paseo; los domingos, misa; en las procesiones, espectadora en silla de ruedas; en los cumpleaños, flores, y en las fiestas señaladas invitada a comer. Los gestos simples son los grandes gestos.

El tiempo, ingrato, deterioró la salud de Margarita y aparecieron otras discapacidades: pérdidas auditivas, dificultades visuales, debilidad generalizada y cambios hormonales rompen su armonía, envolviéndola en sí misma. El tiempo cobra su última venganza. Ahora el banco del pequeño parque donde se sentaba está vacío. Quiso morir en su casa rodeada de los suyos, de sus amigos, en silencio, sin molestar, con su cándida sencillez.

Hay ancianos que tienen prohibido morir, y solo están autorizados a dormir durante mucho tiempo.

Legó sus bienes a una asociación benéfica. Hoy su casa alberga a otras ancianas del barrio.

Hay octogenarias que viven en hogares modestos. No piden nada a nadie. El progreso de la medicina o la condición genética les hace vivir solas durante más de

una década. Muchas, sin embargo, se sienten acompañadas y queridas gracias a la solidaridad de los vecinos.

c) Solidaridad intergeneracional

Cada vez es menos frecuente la convivencia entre generaciones. Hijos, nietos y otros familiares se alejan de sus mayores. Algunos se sienten en deuda con sus progenitores y desean compensarlos por todo lo que les ayudaron, y los cuidan gracias al profundo afecto que le profesan más que por sentido del deber. No desean el ingreso en una institución y, si lo hacen, no siempre están exentos de cierto sentimiento de culpa.

María enviudó a los sesenta años. Ahora tiene ochenta y seis, pero está lejos de aparentarlos, pues es una mujer alta y con gran semblante, activa, generosa, afectiva y reservada. Sus tres hijos viven lejos, y su única hija, en el extranjero.

Desde que enviudó buscó nuevo arraigo en otras ocupaciones: visitas de amigas, estancias en casa de los hijos, viajes organizados, lecturas plácidas, cursos de manualidades, informática, juegos de bridge... Gran parte de sus últimos años los dedicó a cuidar a sus padres y a colaborar en obras sociales en favor de la comunidad. En su casa van y vienen hijos y nietos. Conocidos y parientes lejanos también se erigen en huéspedes. Casi treinta años después la imagen se repite. En época estival la imperturbable tranquilidad del hogar se estremece por la algarabía que forma la abundante tercera generación.

Con los ochenta la primavera oscurece y el otoño inicia su ruta. María rememora el pasado, que le invita a descubrir su realidad. Achaques, lentitud y ausencias benignas... La anciana no renuncia a nada. Acepta con dificultad el trabajo de envejecer porque la edad exige nuevas maneras de vivir.

Su salud es aceptable, aunque sigue algún que otro tratamiento médico. El obstinado deseo de estar en todo hace que alterne momentos de nerviosismo e irascibilidad con fases de paz, sosiego y calma.

Pero una desafortunada caída la retuvo algunas semanas en el hospital. La encontré recostada en el sillón y rodeada de sus hijos. Pensé que no reaccionaría, pero no tardó en darme las gracias.

«Disculpe que me encuentre así —me dijo con gracia—. Si me hubieran prevenido habría llamado a la peluquera para que me arreglase un poco. Ya ve, mis hijos son muy buenos. Se ocupan mucho de mí. Viven lejos pero me visitan. No pasa un día sin que hable por teléfono con alguno de ellos. Los siento muy cerca. Algunos de mis nietos también pasan por aquí algún que otro fin de semana. Durante las vacaciones todos se ponen de acuerdo para que nunca esté sola. Al morir mi marido me invitaban a sus casas y no sabían qué hacer conmigo. Me ofrecían lo mejor y me llevaban a lugares preciosos que todavía recuerdo. También me presentaban a sus amigos y pasábamos interesantes y divertidas veladas. Yo también les hago favores y me recompensan con sonrisa y amabilidad. Me siento muy feliz porque me siento querida. ¡Por cierto! —prosiguió María—, sé que usted no pudo venir a la fiesta de mi ochenta y cinco cumpleaños. Todavía mi corazón se sobrecoge al recordar aquel día. Mis hijos me invitaron al restaurante y dijeron que estaríamos solos. Al entrar en el local me sorprendió que el comedor estuviese a oscuras. De repente... se encienden las luces y más de cincuenta personas comenzaron a cantarme “cumpleaños feliz”. Quedé absorta, aturdida y tardé en reaccionar. No creía lo que estaba viendo. Mi barbilla se estremeció y mis ojos se humedecieron. Toda la gente que quiero estaba allí. Me sentí tan atolondrada y agradecida que... —María comenzó a sollozar—. Después me ofrecieron un ramo de flores e hicieron jocosos discursos sobre

mi forma de ser. Me imitaban tan bien y eran tan divertidos que hasta yo me reía de mí misma. La fiesta duró hasta muy tarde. Al final estaba cansada. Me levanté, y antes de marcharme les di las gracias y me mostraron los regalos. Momentos después salí del restaurante y volví donde estaban todos. Comencé a dar nuevamente las gracias y un beso a cada invitado. Noté que algunos se sorprendían. Como tengo tantos años creerían que había perdido la cabeza. Yo, sin embargo, conseguí lo que quería. Dar muchos besos. Tal vez serían los de la última despedida.»

Al finalizar nuestra larga conversación me acompañaron hasta la salida. Los hijos me dijeron que su madre tardaría en caminar.

Es difícil prever ciertas circunstancias en personas mayores. María envejece de forma satisfactoria, y sus genes cargados de longevidad auguran largos años de vida. No quiere separarse de su casa, ni del maravilloso jardín que su marido le ofreció.

Las caídas hacen que el anciano afronte el futuro de forma diferente. El espacio se reduce y la propia imagen se altera. La voluntad por moverse se pierde y aparecen nuevas discapacidades.

La dependencia incita a pensar en el futuro y a analizar la realidad a través del recuerdo. El anciano confronta sus valores con los que hay a su alrededor. Disfruta del amor de los suyos, pero la energía se desvanece. La lentitud se acentúa y los olvidos también. El alejamiento afectivo sobre las personas y cosas que le rodean hacen que el ser humano no sea ni la sombra de lo que fue.

Los hijos de María saben que cuando aparezcan las auténticas dificultades el escenario cambiará. Algunos están jubilados. Otros pronto lo harán. María no se quedará sola. Una mujer le acompaña gran parte de la jornada y cada hijo sabe el rol que debe desempeñar. Sospecho que de acuerdo con su querida madre establecerán turnos de acompañamiento hasta que mejore o sea posible una solución más llevadera.

Conozco familias que acrecientan sus lazos al cuidar al anciano que quieren, familias anónimas que pocas veces pronuncian la palabra solidaridad. A menudo la atención de los hijos hacia sus mayores no solo representa el lazo familiar, sino el deseo de saldar una deuda. Esta creencia se fija durante la infancia y se transmite de una generación a la siguiente.

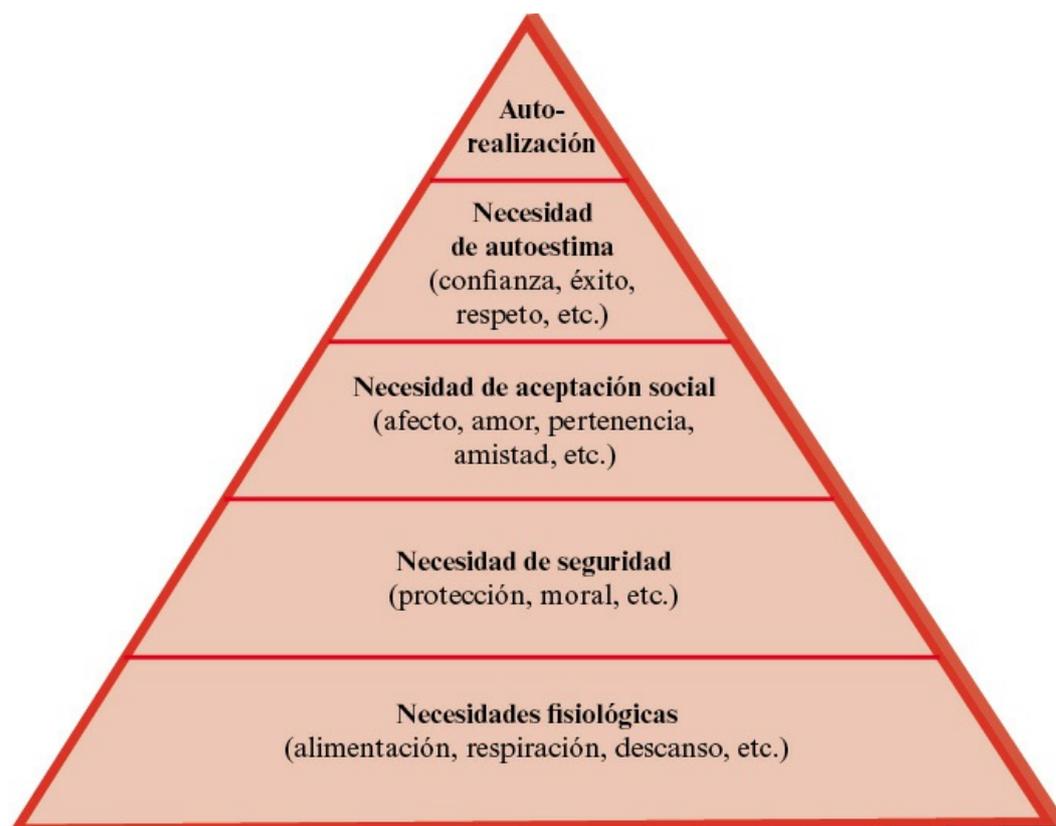
María se ocupó de sus padres hasta el final. Ahora sus hijos se ocupan de ella. Una forma de saldar la deuda contraída que da vida y ejemplo a comportamientos de la siguiente generación, y así sucesivamente.

La vejez del padre de Margarita, de Clementina y de María tienen en común algo extraordinario, un pilar natural e imprescindible en el comportamiento humano: la familia y los allegados a la familia en los casos de envejecimiento muy difícil, difícil y menos complicado. La familia como pilar, siempre que sea posible, y una ayuda externa, deben y pueden inspirar los cuidados de muchos de nuestros ancianos, porque es, de eso estoy seguro, el mejor entorno donde podemos despedirnos de la vida. Entendemos igualmente que en muchas situaciones eso no sea posible.

7.3. ENVEJECER EN RESIDENCIA

La satisfacción de las necesidades de ancianos alojados en residencias no se limita a una infraestructura adecuada, suficiencia de personal, una alimentación sana y un entorno agradable. Todos estos son medios necesarios, pero insuficientes. Lo que realmente aprecia la persona mayor son el trato y los cuidados.

Satisfacer las necesidades básicas que propone Abraham Maslow (1908-1970) se convierte en marco de referencia. El conocido psicólogo humanista ideó, como ayuda visual, una pirámide de cinco pisos para explicar su teoría sobre la *jerarquía de necesidades humanas*. En la base, las necesidades *fisiológicas* que hacen posible la vida (alimentación, respiración, sueño...). El siguiente nivel contempla las necesidades de *seguridad y protección*. Estos dos niveles son vitales para la supervivencia. Una vez que el individuo tiene cubiertas las necesidades que le dan cobijo y seguridad vital, trata de satisfacer *necesidades psicológicas*, como el amor, la amistad, la pertenencia e integración en el grupo... El sujeto alcanza el cuarto nivel de autoestima cuando se siente cómodo por lo conseguido; esta necesidad incluye tanto la percepción del propio éxito como el aprecio por esos logros que otros le transmiten. Y en la cima de la pirámide la *autorrealización*, nivel que se alcanza con tanta armonía como entendimiento.



Representación jerárquica de las necesidades de Maslow.

El cuidador formado con estos principios sabe que el anciano llega a la cúspide si las necesidades de niveles inferiores han sido satisfechas. Un residente puede sentirse seguro (nivel 2) solo si sus primeras necesidades (alimentación, respiración, descanso...) están cubiertas. Así, para alcanzar el último peldaño (*autorrealización*)

es necesario que supere las otras tres etapas (*seguridad, aceptación social y autoestima*).

Es evidente que cualquier residencia satisface las dos primeras etapas (*necesidades fisiológicas y seguridad*). Los profesionales, sin embargo, no pueden permanecer ajenos a otras situaciones: si el anciano tiene sed, sufre dolor intenso o se siente inseguro porque a su lado hay una persona agitada, delirante..., o si cada día se ocupa de sus primeros cuidados un profesional diferente.

Cubrir necesidades del tercer nivel (*afecto, amistad...*) exige mayor implicación del cuidador. El residente desea sentirse querido y respetado en su integridad. Para ello el cuidador debe conocer su forma de pensar, sentir y actuar, y también sus hábitos. Y para ello debe mirarlo con naturalidad, acariciarlo, evitar toda ridiculización...

La *autoestima* de la persona mayor se resentirá cuando se siente aislado, ignorado o no recibe visitas con la misma regularidad que otros residentes. Cuidadores y allegados soslayan tal cúmulo de contrariedades mediante el respeto, la ternura y la propuesta de actividades para la integración del anciano.

Hay residentes que irradian felicidad, que se sienten satisfechos con su edad y felices tanto con las personas que les rodean como con el destino que les depara la vida. Seguramente han llegado a la cumbre de la pirámide (*autorrealización*).

La demanda y la oferta de plazas residenciales

Son muchas las circunstancias que pueden aconsejar el ingreso del anciano en la residencia: disminución de movilidad, viudez, necesidad de seguridad, soledad, malas condiciones de hábitat... Otros, sin embargo, desean permanecer en el domicilio, rodeados de los suyos, hasta el fin de sus días. Esta opción no siempre es posible. Muchas cosas han cambiado. Cabe preguntarse cómo un hijo que ronda los setenta años puede ocuparse de su madre dependiente de noventa. Hace unas décadas la vejez llegaba antes y duraba menos. Hijos casados vivían en el hogar paterno hasta los treinta o cuarenta años esperando heredar algún día la vivienda. Hoy la familia nuclear desaparece, los hijos se independizan y el espacio familiar se reduce. Ambos cónyuges trabajan y la deslocalización del empleo obliga a vivir lejos de los progenitores. Además, el individualismo actual incita a prestar más atención a cuestiones útiles que al afecto que el anciano reclama.

Aunque aumente el número de residencias públicas y privadas, no hay suficientes plazas. Las necesidades se multiplican y las listas de espera se prolongan. Existen residencias ejemplares con personal competente. Otras ofrecen servicios aceptables. También en grandes ciudades hay personas sin escrúpulos que dirigen obsoletos pisos clandestinos que catalogan como centros especializados de atención a la vejez. El mercado de tercera edad está desorbitado. Hay negocios donde reina la ley del silencio. Los ancianos pocas veces se quejan, y aunque la Administración permanece vigilante no llega a controlar todo ese universo sellado y ausente de testigos. Recuerdo aquella residencia donde impartí un curso sobre buenas prácticas. El calor

de mi acogida, la comodidad, la calidad de servicios y la motivación del personal por estar a la vanguardia de la atención geriátrica me causaron una impresión inmejorable.

Se trata de una institución gestionada por una asociación sin ánimo de lucro que alberga ochenta residentes. La mayoría procede de la misma ciudad y de pueblos colindantes. Tiene diez plazas concertadas con la Administración. El resto del gasto se cubre con recursos propios y aportaciones filantrópicas. Se trata de un centro que protege y aporta felicidad, un lugar de vida donde personas encamadas, desorientadas y autónomas viven en armonía. Son valores del centro el cuidado individualizado, la libre expresión, la apertura al exterior, el diálogo, el respeto y la preocupación constante por ofrecer cuidados de excelencia a los residentes hasta el fin de sus días.

Un día me recibe la directora de la residencia, emplazada en una casona restaurada de principios del siglo pasado. Presenta un aspecto sobrio y elegante. Desde su despacho en la planta baja se accede a todas las dependencias. El amplio vestíbulo refleja un ambiente acogedor que facilita la apertura y participación de familiares, amigos de residentes, asociaciones, personal colaborador... A la izquierda, la recepción. En el despacho contiguo, el personal técnico acoge a los nuevos residentes. Tras un tiempo de diálogo, anciano y familia expresan sus expectativas, interrogantes, preocupación... Es el momento de descubrir sus potencialidades. Allí son informados sobre la organización y el proyecto de centro, el reglamento de régimen interior, los servicios que ofrece, costo, disponibilidad del personal, animación, participación de familias y otros pormenores. Después se invita a conocer las dependencias y a los miembros del personal.

El momento del ingreso es delicado. El anciano deja su hogar, su entorno de vida, sus recuerdos, sus horarios, sus hábitos... Desde el primer momento ha de sentirse respetado, comprendido y rodeado de afecto. La cálida acogida facilita su adaptación.

En otros casos se recomienda que el nuevo residente realice visitas previas de aclimatación y contacte con algunos profesionales y servicios. De esta manera puede evocar razones de ingreso, dudas, situación que vive, motivación, deseos, inquietudes...

El caso de Luz y su marido

Luz tiene cerca de 71 años. Se siente incapaz de proseguir al cuidado de su marido, atrapado por una demencia que le produce grandes ausencias. No tienen hijos. Decide ingresarlo porque sospecha que estará mejor atendido y podrá entretenerse con algunas actividades y conocer gente. No sabe si se adaptará. Solicita someterlo a un corto período de prueba. Durante quince días Luis pasa algunas horas en el centro. Un auxiliar le acompaña a la sala de actividades. Allí los cuidadores utilizan diferentes técnicas: acariciar, calmar, dar seguridad, ejercicios de orientación... En una mesa redonda ancianos de similares características hacen puzzles y dinamismos que estimulan memoria, motricidad, relaciones personales... Los primeros días son difíciles, llenos de angustia, inquietud, miedo y deseos de huir.

Quizá piense que su mujer lo abandona. Nuevo ambiente, estimulación, comunicación y presencia de extraños desencadenan momentos de agitación patológica. Una persona en crisis altera al resto de compañeros. Poco a poco el enfermo se acomoda y se interesa por lo que hace. El resultado supera toda esperanza. Participa en las actividades que le proponen para amortiguar el proceso degenerativo, como ejercicios de relajación, estimulación cognitiva, orientación en la realidad, técnicas conductuales, musicoterapia, ejercicios de autonomía personal, estimulación de sentidos, juegos... Su esposa lo visita a diario. Comen juntos. Luego pasean por los jardines del centro y visitan los alrededores. La estructura y organización de la residencia favorece la integración. Anchos pasillos y salas comunes de codificados colores motivan los sentidos y facilitan la orientación del anciano. Un lugar agradable donde residentes autónomos participan en pequeños grupos de discusión, hablando de sus vidas, anécdotas, recuerdos... Un grupo de jóvenes voluntarios pasa animosas tardes con ellos.

El comedor se encuentra próximo a la cocina. El tiempo de la comida se utiliza para potenciar la manejabilidad y salud del residente. Los dos menús se exponen con antelación y los supervisa la directora junto a la dietista. Mesas cubiertas con floridos manteles para cuatro personas y platos bien presentados. Previo aviso, familiares y amigos pueden almorzar o cenar con el residente. Recuerdo que el olor culinario de aquel lugar despertó mi apetito.

Durante la comida se coloca a los ancianos según su grado de dependencia. Cada uno tiene cubiertos diferentes. Para algunos solo hay vaso y servilleta, porque si se ponen todos los utensilios no saben por dónde empezar, y entonces se levantan y comienzan a deambular. Tampoco sirven los alimentos a la vez. Cada cosa a su tiempo, y así hasta que terminan. Otros que tienen dificultades específicas para alimentarse utilizan apoyos adaptados. Si la situación lo aconseja, se prioriza comer con los propios medios antes que alguien le lleve la cuchara a la boca.

Especial cuidado se presta a la desnutrición y deshidratación de aquellos que salen poco de sus aposentos y hacen vida de cama/sillón. La limpieza del centro es un requisito fundamental. En espacios comunes hay ambientadores que difuminan posibles malos olores.

En la planta baja hay otras dependencias: salón de peluquería, ergoterapia, fisioterapia y despachos profesionales (administración, psicología, trabajo social...). Un coqueto salón de actos, una capilla y una cafetería completan el entorno.

El programa de actividades lo formula el equipo técnico, con propuestas del personal auxiliar y residentes. Antes de su ejecución hay un tiempo de reflexión para debatir sugerencias. Fiestas, excursiones, juegos creativos, canto, evocación de tradiciones, recitales de poesía, manualidades, competición de juegos de mesa, animación, talleres de psicología o educación para la salud son momentos que fortalecen la forma física y mental del residente. El centro dispone de microbús adaptado. Salidas frecuentes a parques, jardines y lugares seguros rompen la rutina y favorecen la empatía entre personal y residentes.

Una animación de calidad destierra la soledad y previene que el anciano se aburra

en el sillón del vestíbulo esperando la hora de la comida con mutismo ancestral. La evaluación de actividades permite que sean más atractivos, aunque los ancianos rara vez utilizan el buzón de quejas y sugerencias.

Frondosos árboles y un cuidado césped rodean la residencia. Un poco más lejos hay un pequeño lago artificial y un huerto donde ancianos y ancianas asisten a talleres de horticultura y jardinería. Una barbacoa para fiestas y algunos columpios y juegos infantiles permanecen dispersos por aquel lugar. También hay una pequeña granja, donde en diferentes compartimentos hay algunos ejemplares de diferentes razas de animales domésticos que los ancianos suelen frecuentar.

Mi visita prosigue. La primera y la segunda planta son idénticas. Dos ascensores transportan a un rellano. De allí parten opuestos pasillos que vierten a cada lado diez habitaciones, más otra que sirve de enfermería donde se guarda celosamente la medicación. Al final de cada pasillo un solárium, un baño geriátrico y una sala de curas. También observé cómo las habitaciones están equipadas con muebles, enseres y recuerdos que los ancianos traen de su hogar. Un rótulo de tamaño mediano con nombre y foto identifica la habitación de cada residente. Me sobrecoge observar el cuidado que prestan los cuidadores a las personas dependientes.

La praxis con personas mayores dependientes

Responsables de la asociación seleccionan profesionales del equipo multidisciplinar con perfil afín al proyecto de la institución (médico, enfermera, auxiliares de enfermería, psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta, monitores ocupacionales, personal de oficina y servicios...). Con posterioridad definen su puesto y sus responsabilidades y reciben una sólida formación sobre cuidados y funcionamiento del centro.

Cuidar personas mayores dependientes es una tarea noble y exigente. Requiere personal motivado, dinámico y formado bajo normas precisas que salvaguardan el respeto y la exigua salud del anciano. Un objetivo prioritario en la selección de personal es distinguir personalidades que preservan el buen funcionamiento del equipo.

La pirámide de Maslow inspira la ética de acción. La praxis no es nueva. El cuidado se apoya en principios teóricos de la terapia orientada hacia la realidad ROT (*Reality Orientation Therapy*) para personas dementes institucionalizadas. Los profesionales se toman el tiempo necesario para adaptarse al ritmo del anciano; lo miran y acarician, y se dirigen a él como a una persona normal. En todo momento intentan preservar su autonomía cuanto es posible.

Al comenzar el cuidado el anciano se retracta. Sufre y hace sufrir al cuidador. El contacto progresivo, sin embargo, forja su colaboración. El cuidador le informa de manera pausada y detallada cuanto hace en cada momento. Le mira y acaricia. Con frases claras y concisas estimula sus respuestas. Atención y paciencia frenan comportamientos perturbadores. Humanizar y tolerar reduce sufrimientos; se trata de abrirse a los demás para que se expresen dentro de sus limitaciones. Si el anciano no

puede hablar, los profesionales saben que todavía le quedan fuerzas para vivir lo mejor posible.

A menudo la persona demente no mira ni se mueve. Tampoco está acostumbrada a que le hablen y acaricien mientras le cuidan.

Durante el baño observé cómo una auxiliar decía: «El agua está tibia y no le molestará. Voy a comenzar por lavarle la cabeza, ahora la cara, ahora su nariz, después las mejillas, orejas... Ya hemos terminado. Ahora voy a comenzar por la espalda, las axilas, el pecho...». Poco a poco el anciano se relaja y el rostro se colma de placer.

Al finalizar le ayuda a ponerse la camisa. La auxiliar levanta con dulzura el brazo por la articulación del codo y con facilidad enfunda una manga y después la otra. Si le fuerza a estirar el brazo, el anciano de forma instintiva lo retracta. Tras cada acción la auxiliar agradece su colaboración y lo acaricia. Todo ser humano quiere eso. Antes el anciano se desinteresaba por buscar la mirada del cuidador. Ahora la busca.

El personal dedica el tiempo necesario a escuchar y dialogar con cada residente. No en vano, su calidad de vida depende de la relación que mantiene con los que hay a su alrededor.

No es fácil comunicarse con personas dementes, ni hablar con alguien que no te mira ni responde. Esto requiere tiempo y formación especializada. El cuidador experto interioriza que hay otras formas de mirar, sentir, hablar y cuidar. El trato inadecuado es el resultado de todo un sistema disfuncional y no es responsabilidad del profesional que está al final de la cadena.

La excelencia del cuidado respeta la autonomía del anciano. El cuidador le informa de cada movimiento y le incita a permanecer activo tanto como pueda. Algunos ancianos se oponen y retratan. Otros, poco a poco, participan en tareas, dejándose hacer.

Quedé sorprendido por el trabajo de otra auxiliar. Cada uno de sus movimientos era un acto cargado de emoción. Tras seis meses de cuidados un anciano casi vegetativo comienza a comunicarse. Quizás solo esperaba que se fijaran en él y le acariciasen. La auxiliar le devolvió su dignidad y ahora el anciano sabe que existe. Otros residentes expresan su bienestar a través de la mirada o pronunciando dubitativas palabras.

Poner a una persona en pie le devuelve su autoestima. Ancianos que no andan son motivados con técnicas apropiadas. No los toman por las muñecas, sino que el anciano se sostiene agarrando con las manos el dedo pulgar del cuidador. Así, se evitan retracciones y que el anciano colabore en la marcha.

La noche cae y algunos residentes se muestran inquietos. Los cuidadores preguntan quiénes desean ir a la cama. La mayoría se acuesta pronto. Ancianos autónomos eligen la hora límite (diez y media) mientras emplean el tiempo hablando con el personal, viendo la televisión o se entretienen con algún juego.

La residencia funciona con un programa casi a la carta y sospecho que disfruta de más medios que otras. La directora dice sentirse orgullosa de los medios humanos. El personal es el motor del centro. Todos están comprometidos y adheridos al proyecto.

Se les facilita formación continua de calidad y sus competencias las aplican a través del profundo conocimiento que tienen de cada residente. Sea cual sea el estado de vulnerabilidad, todo el personal de la residencia considera al anciano como un ser en evolución que merece profundo respeto.

Poco a poco se fueron cambiando las antiguas formas de intervención. Algunos cuidadores no caían en la cuenta de que cuando el anciano se resiste pierden más tiempo en el cuidado que cuando le enseñan a cooperar. Sin embargo, tras la formación, el problema quedó resuelto al medir el tiempo de cada actividad.

La armonía de la residencia depende de la formación, ambiente y estado emocional del personal. A veces se muestra agobiado, cansado e incluso desalentado. La institución siempre apoya, motiva y comprende a los profesionales. Quiere que su estado de ánimo sea reflejo de la serena atmósfera que se respira. No se culpabilizan errores. Tras la escucha se ayuda y motiva al cuidador. El error se aprovecha para mejorar la calidad del cuidado y reflexionar sobre otras formas de proceder.

La residencia es un lugar abierto que acoge a familias no solo durante las visitas, sino que les motiva a compartir comidas, actividades y, por qué no, de forma puntual, a cuidar de sus familiares. Algunas aportan una beneficiosa colaboración en el sostenimiento del personal auxiliar y el funcionamiento del centro.

El tiempo está en el corazón de la vida de cada anciano. Algunos evocan su pasado de manera pertinaz, como si el tiempo se hubiese parado. Otros se inquietan por el futuro y la muerte. La misión de los profesionales en esta residencia es inculcar que el anciano viva el presente lo mejor posible, ofreciéndoles afecto, cariño, alegría y buenos cuidados. Un soplo humanista para el que se necesita vocación, sensibilidad y sólida formación.

Un testimonio singular

Eva visita a su padre con frecuencia. Los encontré en un local de los alrededores de la residencia. Fue una ocasión más para que el anciano saliese y cambiara de ambiente.

«Mi padre estaba en otra residencia y lo pasó muy mal —me dijo—. Vio cosas que no le gustaron. Los cuidadores no hablaban con los residentes ni los saludaban. Tampoco les sonreían ni pedían permiso para entrar en la habitación. Una vez encontré a mi padre muy enfadado. Me dijo que quedó estupefacto cuando la joven auxiliar le tuteó con desparpajo como si le conociese de toda la vida. Mi padre no está acostumbrado a esas cosas. No le hizo ningún reproche, pero interpretó la situación como una falta de respeto.»

También me dijo que algunos cuidadores ignoraban a los ancianos o los trataban de forma brusca.

«Yo no sé nada de esto —prosiguió— pero creo que a las personas mayores, y más si padecen demencia, hay que tratarlas con ternura, cariño y profesionalidad, procurar que se sientan a gusto y hacerles ver que están protegidas.»

Me dijo que fue un acierto cambiar a su padre de residencia, que en el nuevo centro le llamó la atención que había pocas personas atadas o con barras de

contención en la cama, que es una institución abierta donde regularmente le piden opinión, y que el cuidado que prestan los cuidadores es muy diferente a como se trabaja en otras residencias.

Eva finalizó diciéndome que la gente de la otra residencia es buena y agradable, pero carece de vocación y formación suficiente para trabajar con ancianos.

8

Conclusiones y propuestas

Las páginas anteriores abordan el maltrato a personas mayores desde una perspectiva real. Soy consciente de haber descrito y narrado situaciones dolorosas, de haber puesto el dedo en la llaga para destacar cuidados poco cuidadosos, afectos poco afectivos, sentimientos poco sentidos. Mi intención es la de despertar las conciencias, señalar el enraizado y delicado asunto del maltrato en los ancianos, para poner de relieve el sufrimiento al que algunos se someten tras la puerta cerrada de su domicilio, o en el interior de los espesos muros de una institución que parece protegerlos.

El maltrato a un anciano no solo significa daños físicos, menoscabo de sus bienes o faltas de respeto a su honor, pues otras situaciones catalogadas como tal son la amalgama de negligencias anodinas que de manera reiterada comete el cuidador. Entre ellas la deslealtad, la desatención, el rechazo a la ayuda física o el abandono en momentos cruciales de las necesidades diarias. De todos ellos, el maltrato más frecuente tanto en la familia como en instituciones es la coerción. Este abuso se va incrementando a medida que la actividad física y mental se debilita.

Los abusos del cuidador, conscientes o inconscientes, se reiteran hasta que se instalan en la normalidad. Ese trato descuidado o ruin, perdido en la cotidianidad, se transmite, inadvertidamente, de unos a otros. Los descuidos del cuidador de una residencia, no quiere esto decir que sean generalizados, sirven de ejemplo al recién incorporado. El nuevo, irreflexivamente, imita el soez comportamiento del antiguo, y así sucesivamente. Del mismo modo, cuidadores familiares abusivos no son conscientes de sus actos porque reproducen actitudes y comportamientos que antes vieron en su familia. En este sentido, el maltrato se convierte en norma contagiosa, en trato habitual. Nadie lo pone en cuestión. Ni siquiera se contempla esa posibilidad. Ese trato pervertido, socialmente autorizado, altera el proceso de envejecimiento, impide el desarrollo personal, dificulta las relaciones y llega a convertir al anciano en una persona apática que se ampara en su silencio con clara actitud de indefensión. Ese maltrato solapado no lo contempla nuestro moderno entorno. No existen más programas de intervención que aquellos que corrigen al agresor cuando menoscaba la integridad física, psicológica o económica del anciano.

La observación clínica, la investigación y los medios de comunicación salpican nuestra conciencia al transmitir dolorosas historias de violencia tanto en la familia como en instituciones. La imagen que las nuevas generaciones tengan de la vejez será la que nosotros le transmitamos.

Vivimos, por otra parte, en una sociedad en profunda transformación, donde los

indicadores de productividad y rentabilidad señalan el progreso. El cuidado a personas mayores no escapa a esta evolución, y las consecuencias se observan a través de los frecuentes conflictos que mantienen cuidadores familiares y cuidadores profesionales con los ancianos que tienen a su cargo.

Cuesta mucho evitar que la violencia forme parte de la vida social, haciéndose necesario rechazarla de raíz por inaceptable. El deseo del individuo es envejecer con salud, sentirse querido y arropado por familiares, amigos, vecinos y desconocidos. Si permanecemos impasibles y no combatimos esa lacra social, correremos el riesgo de ser víctimas de la intolerancia y de la exclusión durante el último período de nuestra vida.

Añadiré, pues hay que decirlo, que tropezamos con una dificultad compleja: ese maltrato del que hablamos permanece invisible para la sociedad. Mucha gente lo relaciona con la delincuencia común. Hay quien incluso niega que exista en residencias, y menos aún en el seno familiar. Por otra parte, ni víctimas ni agresores desean que hechos punibles salgan a la luz. El cuidador abusivo disimula los actos y no admite su culpa, caricaturiza los hechos o proyecta imágenes imprecisas de sus emociones. Las víctimas no se identifican por razones emocionales, y rechazan la ayuda. La situación se torna aún más dramática cuando las agresiones se generan en los hijos. A menudo el amor dependiente, aditivo y posesivo, embadurnado por la inseguridad, coexiste con la violencia, y la persona mayor se convierte en reo eterno de la situación.

La ligereza con la que los poderes públicos afrontan el problema contrasta con el ahínco que ponen otros colectivos en prevenirlo. La situación se vuelve desalentadora al comprobar el subsidiario espacio que los medios de comunicación le conceden y la lasitud de espíritu crítico con el que la abordan. Etéreas complicidades encubren un problema de salud pública que erosiona el bienestar de un significativo número de ancianos.

Aunque cueste reconocerlo, cada día hay más personas mayores que sufren maltrato o negligencia. El sistema de protección social se siente incapaz de aliviar el sufrimiento de víctimas, familias y cuidadores. Sería necesario encontrar métodos y recursos que rompan estas calladas y aterradoras situaciones, abriendo un debate ético y moral que soslaye esta dolencia social para que no se convierta en otro mal endémico característico de las sociedades modernas. La identificación de situaciones abusivas con las personas mayores no solo depende de profesionales, sino también de la conciencia social que las genera. Es hora de abrir el debate. La prevención se perfila como reto prioritario para los próximos años.

En países de nuestro entorno se orquestan audaces campañas que publican a los cuatro vientos situaciones de víctimas, agresores, formas de maltrato, recursos, ayudas disponibles, testimonios de testigos directos e indirectos. Nuestra sociedad, sin embargo, carece de campañas de sensibilización en la prensa escrita o audiovisual. Esta acción instruye a la ciudadanía para que conozca signos prototípicos del maltrato, denuncie situaciones, rechace el edadismo, proyecte imágenes positivas de la vejez y coopere en la prevención de la violencia.

Por todo ello me atrevo a señalar las siguientes propuestas:

1. Se deben denunciar situaciones de violencia física o moral hacia los ancianos, de la misma manera que nos concienciamos cada vez más y mejor sobre lo que es necesario mantener y evitar en la violencia de género, por ejemplo, o en la búsqueda de procedimientos que eviten el trabajo o el abuso infantil.
2. Una vez que la sociedad oiga y comente situaciones de abuso, y sean estas llevadas a la conciencia colectiva, debemos conseguir que una voz social extendida fortalezca la identidad de los ancianos, refuerce sus conductas y consecuentemente el afectado se sienta más y mejor protegido en el trato con los otros.
3. Concienciada la sociedad de la necesidad de que estos casos se divulguen, tendrían que salir a la luz. Una vez en boca de todos, la evidencia debería conducir a lograr un ambiente que propicie el que las víctimas reciban un tratamiento acorde con los principios de respeto.
4. Resultaría extremadamente útil la creación de un organismo al que se le asigne la obligación de velar y esforzarse para conseguir estos objetivos y concienciar sobre la existencia de maltrato a los ancianos y la necesidad de erradicarla. La aprobación de disposiciones legales permitiría adivinar que los poderes públicos son conscientes del problema y que, a través de los textos legales, podrían marcarse directrices generales de prevención y tratamiento. Demandamos desde aquí una *Ley de Protección Jurídica del Mayor* que sirva para facilitar la coordinación de todas las Administraciones e instituciones y que dé respuesta legal a este cúmulo de irregularidades, y que favorezca la información entre los sectores implicados y la formación de los mismos.
5. Una red estructurada para abordar el problema en su integridad debía encargarse de acometer acciones, aunque empezaran siendo dispersas y esporádicas, para llegar a la estructura de dispositivos de salud y/o servicios sociales y asociaciones de ayuntamientos o comunidades autónomas.
6. Los programas de concienciación deben iniciarse en las familias. Una vez sensibilizados los progenitores, estos deben inculcar a los hijos el respeto y consideración que los ancianos merecen, para que a su vez lo transmitan a las generaciones venideras y así sucesivamente.
7. Estas actuaciones han de estar incorporadas en la educación reglada e informal, como hacen ya algunos países, incluyendo temas transversales sobre el envejecimiento, la vejez y los malos tratos. De esta manera, niños y jóvenes son concienciados en el período de la vida que mejor se aprende, y desarrollan actitudes de compromiso y solidaridad hacia las personas vulnerables.
8. Es necesario que los ancianos conozcan los factores de riesgo que favorecen la violencia y sepan cómo acceder a los recursos en caso de ser víctimas. Un estudio informa de cómo personas mayores pertenecientes a una asociación de protección y defensa a los mayores recibieron formación sobre malos tratos para intervenir con ancianos en situación de riesgo. Transcurridos dos años, la

evaluación del programa evidenció que la intervención de *personas mayores voluntarias* mejoró las condiciones de vida de las víctimas, al recibir apoyo emocional y ayudas para resolver la situación. Los mayores voluntarios también reconocieron haberse beneficiado del programa, por la formación recibida y por las relaciones interpersonales que establecieron.

9. Es necesario igualmente que expertos en salud, servicios sociales, educación, justicia y orden público, entre otros, sean formados y se relacionen con víctimas y agresores. Estos profesionales juegan un papel fundamental en la prevención, detección y tratamiento de situaciones abusivas. Su disposición y comportamiento sirven de modelo para crear actitudes y vínculos positivos hacia los ancianos. Se sabe que profesionales formados en maltrato desarrollan sentimientos positivos y solidarios hacia las víctimas y están preparados para intervenir y manejar situaciones de crisis. También afirman que la formación en malos tratos les ayuda en su desarrollo profesional.
10. La formación de cuidadores familiares y profesionales es parte esencial de la prevención. En los programas de intervención con víctimas no debe pasarse por alto el tratamiento paralelo que debe recibir el cuidador abusivo. Enseñar a paliar síntomas de angustia, controlar ataques de cólera y afrontar situaciones de estrés potencia la relación positiva con el anciano y capacita al cuidador a la hora de asumir responsabilidades y crearse expectativas realistas sobre el anciano. Cuidadores con cogniciones y comportamientos patológicos padecen situaciones de estrés y suelen ser autores de actos negligentes o abusivos.

Los cuidadores instruidos en grupos de terapia sistémica combaten mejor el aislamiento y los posibles desajustes emocionales. Expresar lo vivido en grupo facilita la comprensión mutua y tiene doble función: el cuidador se libera de efectos dolorosos de la situación, a la vez que toma conciencia de sus progresos. También al recibir apoyo emocional de otros cuidadores la conducta abusiva tiende a desaparecer. Estos grupos son fuente eficiente de información y ayuda mutua.

Otras acciones preventivas se encaminan a movilizar el sostén natural del anciano. Es decir, van dirigidas hacia la política familiar del envejecimiento. Las ayudas al cuidador familiar comprenden las acciones y servicios que contempla Ley de Dependencia: ayuda a domicilio, teleasistencia, respiro familiar, servicio de transporte, centros de estancia diurna y nocturna, ayudas económicas, supresión de barreras arquitectónicas en el hogar, ventajas fiscales y laborales... Pero no creo que las ventajas económicas y sociales sean lo único que necesita el cuidador familiar. Se deben proponer igualmente diversas formas de apoyo y, en su caso, ayudas psicológicas. El apoyo integral al cuidador es un aspecto fundamental en la prevención del maltrato a mayores.

El maltrato y la negligencia no son un hecho nuevo, sino más bien una inquietud, un conflicto que se despierta ahora. Hacer visible y combatir esta realidad oculta requiere una amplia ofensiva de acciones. La iniciativa social y el voluntariado es parte obligatoria y desempeña un papel de primer orden en la cooperación con los

poderes públicos. Su trabajo debe ser reconocido en labores de prevención e intervención.

Para concluir, debo aclarar que no he pretendido herir sensibilidades ni culpabilizar o acusar a unos u otros. Tampoco deseo oscurecer la abnegada labor de muchas familias, cuidadores e instituciones que realizan encomiables esfuerzos por proporcionar cada día cuidados de mayor excelencia a los ancianos que tienen a su cargo. Deseo, eso sí, desde mi oficio de psicogerontólogo, proporcionar conocimientos y exponer situaciones para que esta lacra social abandone el oscurantismo, reciba la luz que merece y ocupe el lugar que le corresponde dentro de las preocupaciones sociales que nos afectan, siempre en busca de una sociedad más justa, más igualitaria y más solidaria.

Bibliografía básica

- Amyot, J. J. (2013). *Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées*. Ed. Dunod.
- ANAC (2008). Dossier: *Prévention du stress et de risques psychosociaux*. Études de documents.
- Bas, Ph. (2007). *Plan de développement de bientraitance et renforcement de la lutte contre la maltraitance*. Ministère Sécurité Sociale, aux Personnes Âgées, aux Personnes handicapées et à la familia. Francia.
- Bennett, G., Kingston, P. y Penhale, B. (1997). *The dimensions of elder abuse*. Londres: Macmillan Press Ltd.
- Billé, M. (2014). *Lien conjugal et vieillissement*. París: Ed. Eres.
- Blaevoet, J. y Crognier, P. (2009). *Prévenir la maltraitance en institution*. Guide de bonnes pratiques. París: Ed. Dunod.
- Brandl, B. y Horan, I. (2002). Domestic Violence in Later Life: An Overview for Health Care Providers. *Women & Health*, 35 (2/3), 41-54.
- Calloch, P. (2006). *Maltraitance en établissement: identifier et signaler*. En Travail Social Actualités Hebdo. Mayo.
- Cantón, J., Arboleda, M. R., Justicia, M. D. y Cantón, D. (2013). *Violencia domestica, divorcio y adaptación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Castilla la Mancha (2010) *Revista núm. 11 Área Social*, Especial II Jornadas sobre garantía y protección de los derechos de las personas mayores.
- Conseil de L'Europe (1992). *La violence envers les personnes âgées*. Estrasburgo. Francia.
- Cooney, C. y Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia: A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 4(4), 276-283.
- Cruz, F. y García, M. P. (2007). *Dejadme morir*. Madrid: Pirámide.
- Curchod, C. (2009). *Relations soignant-soigné*. Francia: Ten Brink.
- Cumming, E. y Henry, W. E (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Nueva York: Basic Book.
- Ennuyer, B. (2004). *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. París: Dunod.
- Eynard, C. y Piou, O. (2009). *Conduire le changement en gérontologie. Principes, methods et cas pratiques*. París: Dunod.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Posibilidades y limitaciones de la edad. En VVAA (2011): *Envejecimiento activo*. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO.
- Francoeur, M. (2010). *Fin de vie en établissement gériatrique*. Grenoble: Presses Universitaires.
- Gineste, Y. (2004). *Silence on frappe...* Francia: Ris Orangis.
- Guijarro, A. (2004). *El síndrome de la abuela esclava*. Granada: Grupo Editorial

Universitario.

- Hanus, M. (2006). *Les deuil dans la vie. Deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant*. París: Ed. Maloine.
- Hugonot, R. (1998). *La vieillesse maltraitée*. Francia: Dunod.
- Iborra, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía).
- Iborra, I. (2009). *Ancianos asesinados por familiares (2005-07)*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (1995): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid.
- Kaufman, A. y Adams, J. (1987). Interaction and loneliness: A dimensional analysis of the social isolation of a sample of older Southern adults. *The Journal of Applied Gerontology*, 6, 389-404.
- Kehn, D. J. (1995). Predictors of elderly happiness. *Activities, Adaptation and Aging*, 19, 3, 11-30.
- Kübler-Ross, E. (1974). *Questions and answers on death and dying*. Nueva York: MacMillan.
- Lagacé, M. (2010). *L'Âgisme*. Canadá: Presses de l'Université Laval.
- Larrion Zugasti, J. L. y Paul Ochotorena, J. (1994). El síndrome del anciano maltratado. *Medicina Clínica*, 102, 6, 216-219.
- Lawton, M., Moss, M. y Kleban, M. (1984). Architecture for the mentally impaired elderly. *Environment and Behavior*, 16, 730-757.
- López, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas*. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- Maslowski, J. (2011). *Histoire de vieillir debout*. Lyon: Chronique Sociale.
- Melody, B. (1991). *Vaincre la codépendance*. París: Jean Claude Lattès.
- Méndez Fernández, J., López Rodríguez, I., Jato Díaz, A. y Pazos Orosa, M. (1991). Estudio evolutivo de la mortalidad por suicidio en ancianos. Aproximación a la realidad gallega. *Geriátrika*, 7, 5, 218-221.
- Mesmin, C. (2001). *Comprendre la personnes âgée*. París: Bayard.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1998). *Plan de atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias*.
- Muñoz-Tortosa, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz-Tortosa, J. (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Pirámide.
- OMS (2002). *El maltrato de las personas mayores*. OMS. Informe Mundial sobre la violencia y la Salud. Washington, D. C.
- Osgood, N. J. y Brant, B. A. (1991). Suicide among the elderly in institutional and community settings. En M. S. Harper (ed.), *Management and care of the elderly: Psychosocial perspectives*. Newbury Park: Sage Publications, 37-71.
- Pillemer, K. y Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28, 51-57.
- Pitau, Ph. (2006). *Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés: le vécu des aidant*. París: Eres.
- Ploton, L. y Cyrulnik, B. (2014). *Résilience et personnes âgées*. París: Odile Jacob.

- Pufal Struzik, I. (1992). Differences in personality and self-knowledge of creative persons at different ages: A comparative analysis. Special Issue: Geragogics: European research in gerontological education and educational gerontology. *Gerontology and Geriatrics Education*, 13, 1-2, 71-90.
- Puijalon, B. y Trincaz, J. (2000). *Le droit de vieillir*. París: Fayard.
- Quinn, M. J. y Tomita, S. K. (1986). *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis and intervention strategies*. Nueva York: Springer.
- Reay, A. M. y Browne, K. D. (2002). The effectiveness of Psychological Interventions with Individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(4), 416-431.
- Rojas, M. (2009). *Cuidar al que cuida*. Madrid: Santillana. Punto de lectura.
- Sanmartín, J. (2004). *El laberinto de la violencia*. Barcelona: Ariel.
- Sassetti, M. R. (1993). Domestic violence. *Primary Care*, 20(2), 289-305.
- Saunders, C. (1999). *Grief the mourning after dealing with bereavement*. Wiley, J. INC, pp. 211-245.
- Saunders, C. y Baines, M. (1986). *La vie aidant la mort*. París: Medsi.
- Segalen, M. (2006). *Sociologie de la famille*. París: Nathan.
- Strubel, D. y Argot, R. (2006). La dépression chez les aidants des malades Alzheimer. *Gerontologie*, 93, pp. 30-33.
- Teri, L. y Gallagher-Thompson, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer's patients. *The Gerontologist*, 31, 413-416.
- Tisseron, S. (2007). *La résilience*. París: Presses Universitaires.
- Valenzuela, C. (2012). *Yo no me quiero jubilar, ni en el trabajo, ni en la vida*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Van der Linden, M. y Van der Linden, A. C. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Mardaga.
- Veysset, B. (1989). *Dépendance et vieillissement*. París: L'Harmattan.
- Wells, C. E. (1979). Pseudodementia. *American Journal of Psychiatry*, 136, 895-900.
- Zittoun, R. (2007). *La mort de l'autre. Une introduction à l'éthique clinique*. París: Dunod.

Edición en formato digital: 2016

© Juan Muñoz Tortosa
© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.), 2016
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15
28027 Madrid
piramide@anaya.es

ISBN ebook: 978-84-368-3222-8

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagráfica

Los enlaces web incluidos en esta obra se encuentran activos en el momento de su publicación.

www.edicionespiramide.es

Índice

Presentación. Llegar a viejo	7
1. Introducción	11
2. Dificultades en la conceptualización teórica del maltrato en personas mayores	15
2.1. Antecedentes de estudio y problemas de definición	15
2.2. Prevalencia e incidencia: una cuestión por resolver	19
2.3. La dependencia y otros factores de riesgo	23
3. Tipos de malos tratos	28
3.1. El edadismo, primer eslabón de la violencia	28
3.2. Maltrato físico	31
3.3. Maltrato psicológico o emocional	34
3.4. Abuso económico	35
3.5. Violencia medicamentosa	39
3.6. Negligencia	41
3.7. Abuso sexual	44
4. Algunos casos de maltrato en la familia	49
4.1. La codependencia	53
4.2. El heredero universal	56
4.3. La pérdida de la memoria	59
4.4. El asesinato «solidario o compasivo»	63
4.5. Trato degradante a la pareja anciana	65
4.6. Acoso a los frágiles y temerosos ancianos	68
4.7. La cuidadora ilustrada	69
4.8. Acoso inmobiliario	71
4.9. El síndrome de Diógenes	73
5. Pérdida de autonomía: ¿domicilio o residencia?	77
5.1. Algunas consideraciones sobre el maltrato en instituciones	80
5.2. ¿Por qué se produce el maltrato en instituciones?	84
6. Algunos casos de maltrato en instituciones	98
6.1. Internamiento involuntario	98
6.2. La soledad	100
6.3. El suicidio	105
6.4. Ángeles de la misericordia	108
6.5. Obstinación terapéutica	110
6.6. La manipulación física incorrecta	113

6.7. Contención mecánica	114
6.8. La incontinencia	116
6.9. Extorsión y robo en los centros	117
6.10. Actividades inadecuadas	119
6.11. Lenguaje desconsiderado	120
6.12. Alimentación inapropiada	121
7. Del maltrato al buen trato a los ancianos	124
7.1. ¿Qué es el buen trato?	124
7.2. Envejecer en casa	128
7.3. Envejecer en residencia	132
8. Conclusiones y propuestas	141
Bibliografía básica	146
Créditos	149