

# VOCES AUSENTES

Opinión de las personas mayores sobre el maltrato al mayor

## RELACIÓN DE CONTENIDOS

Agradecimientos .....	iv
Resumen .....	v
Introducción .....	1
1. Antecedentes .....	2
1.1. Historia del maltrato al mayor .....	2
1.2. Definición del maltrato al mayor .....	3
1.3. Alcance del problema .....	4
2. El Proyecto .....	5
2.1. Propósitos y objetivos .....	5
2.2. Metodología de investigación .....	6
2.3. Análisis de datos cualitativos: informes nacionales .....	7
3. Resultados y discusión .....	8
3.1. Categorías fundamentales del maltrato .....	10
A) Maltrato estructural y social .....	10
B) Negligencia y abandono .....	12
C) Falta de respeto y prejuicios contra el mayor .....	12
D) Maltrato de tipo legal y económico .....	15
3.2. Contextos específicos del maltrato .....	15
A) La jubilación y la función social del mayor .....	15
B) Instituciones de asistencia a largo plazo (residencias) .....	16
C) Los profesionales de atención sanitaria como maltratadores y como víctimas .....	16
D) Influencias culturales específicas del maltrato .....	17
4. Implicaciones. Estrategias para la prevención del maltrato a las personas mayores .....	19
4.1. Estrategias propuestas por los grupos de investigación participantes	19
4.2. Estrategias y recomendaciones de actuación del equipo de proyecto	20
4.3. Conclusiones: el futuro .....	21
Referencias .....	22
Coordinadores de los estudios nacionales .....	22

## AGRADECIMIENTOS

El proyecto fue iniciado por el Dr. Alexandre Kalache, coordinador de la Unidad de Envejecimiento y Ciclo Vital de la Organización Mundial de la Salud (WHO/ALC en inglés), quien invitó a la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA en inglés) a unirse a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para desarrollar conjuntamente una respuesta global contra el maltrato al mayor. El profesor Gerry Bennet de, Barts y la Escuela de Medicina y Odontología Queen Mary de Londres, en el Reino Unido, secretario a su vez de INPEA, se convirtió en el principal investigador de este estudio. Silvia Perel Levin, funcionaria técnica de WHO/ALC, fue nombrada persona central del proyecto, diseñó el protocolo de los grupos de interés y coordinó el proyecto bajo la supervisión del Dr. Kalache y del profesor Bennet. Silvia Straka, de la Universidad McGill de Canadá, realizó el análisis cualitativo del estudio. Han sido el profesor Gerry Bennet, Silvia Perel Levin y Silvia Straka quienes han escrito el presente informe.

Merecen un agradecimiento especial las personas mayores y los trabajadores sanitarios de atención primaria que participaron en los estudios nacionales de Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Kenya, Líbano y Suecia, así como los coordinadores nacionales (todos sus nombres aparecen en la página de referencias), y los muchos expertos que actuaron como asesores locales.

También merecen agradecimiento los siguientes empleados de la OMS que ayudaron en la realización del estudio de WHO/INPEA y en el acabado del informe:

Dr. Isabella Aboderin, del Departamento de Prevención de Enfermedades no Transmisibles y Promoción de la Salud; Dr. Alexander Butchart, del Departamento de Prevención de Daños y de la Violencia; Magdalena Cerdá, del Departamento de Prevención de Daños y de la Violencia; Dr. Claudia García Moreno, de Salud Sexual y de la Mujer; Dr. Etienne Krug, del Departamento de Prevención de Daños y de la Violencia; Dr. Martha Peláez. Asesora Regional sobre Envejecimiento WHO/PAHO.

Es preciso enviar un agradecimiento especial a HelpAge Internacional (HAI) por su permanente apoyo a la consecución de este estudio, en particular a Fiona Clark, funcionaria política de HAI.

También merece un enorme agradecimiento el apoyo económico del Gobierno de Japón.

Para obtener ejemplares del informe dirigirse a:

Ageing and Life Course

Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion

Noncommunicable Diseases and Mental Health

NMH/NPH/ALC

World Health Organization - 20, Avenue Appia - 1121 Geneva 27 (Switzerland)

Fax: +41 (22) 7914839 - e-mail: [activeaging@who.int](mailto:activeaging@who.int)

Sugerencia para citas: WHO/INPEA. Missing Voices: views of older persons on elder abuse. Geneva, World Health Organization, 2002.

## RESUMEN

El problema del maltrato a las personas mayores, aún siendo una manifestación del eterno fenómeno de la violencia entre personas, no se ha llegado a reconocer debidamente hasta ahora. Los estudios de prevalencia respecto a los malos tratos a personas mayores han quedado hasta ahora restringidos a las naciones desarrolladas. En los países en desarrollo, aunque no existe una recogida sistemática de estadísticas o estudios de prevalencia, los registros delictivos, informes periodísticos, archivos de bienestar social o estudios a pequeña escala que ponen en evidencia que los malos tratos, el abandono y la explotación económica infligidos a las personas mayores son cada vez más predominantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la necesidad de diseñar una estrategia global para la prevención de los malos tratos a las personas mayores; esta estrategia se está desarrollando en el marco de una asociación entre la Unidad de Envejecimiento y Ciclo Vital del Departamento de Prevención de Enfermedades no Transmisibles de la OMS, el Departamento de Prevención de Daños y de la Violencia de la OMS, la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA), HelpAge Internacional y otros socios de instituciones académicas en un gran número de países.

El punto de partida inicial para desarrollar la estrategia global fue la puesta en marcha de un estudio en ocho países: Argentina, Austria, Brasil, Canadá, India, Kenya, Líbano y Suecia. La propuesta principal del estudio implicaba la dirección de grupos de investigación con personas mayores de la comunidad y con trabajadores sanitarios de atención primaria, con el propósito de establecer indicadores de malos tratos a mayores identificados por las propias personas mayores y por los equipos sanitarios de atención primaria. Se decidió centrar la investigación en el contexto de la atención primaria de salud, puesto que es en ese contexto donde se pueden identificar primero los malos tratos a las personas mayores, o también pasarlos por alto. Advertir del problema a los trabajadores sanitarios de atención primaria resulta, por tanto, un paso crucial en la prevención y/o tratamiento del maltrato al mayor.

Este informe presenta el diseño y los resultados del estudio, así como las conclusiones de una reunión (Ginebra, 11-13 de Octubre de 2001) cuyo propósito era determinar las pautas políticas, de investigación y de actuación derivadas de los resultados de este estudio. Los informes aportados por los equipos nacionales de cada país se revisaron y analizaron en la citada reunión.

El análisis de las cuestiones más importantes reveló notables similitudes entre los países participantes. Las personas mayores consideraban los malos tratos bajo tres grandes temas:

- **Abandono:** aislamiento, desamparo y exclusión social.
- **Violación:** de derechos humanos, legales y médicos.
- **Privación:** de opciones, de toma de decisiones, de situación social, de gestión económica y de respeto.

Las conclusiones incluyen recomendaciones de actuación, algunas de las cuales ya se están aplicando, junto a otras que seguirán en un futuro próximo. Estas recomendaciones se pueden resumir en lo siguiente:

- Elaborar un instrumento de detección y evaluación para utilizar en el ámbito sanitario de la atención primaria.
- Elaborar un paquete educativo sobre el maltrato al mayor dirigido a los profesionales sanitarios de atención primaria.
- Elaborar y difundir un “kit” metodológico de investigación para estudiar el maltrato al mayor.
- Elaborar una Base de Datos Básica sobre violencia y personas mayores.
- Garantizar la difusión de los resultados de investigación a través de publicaciones científicas.
- Elaborar un inventario global de buena práctica.
- Movilizar a la sociedad civil a través de una mayor concienciación sobre la creciente extensión del maltrato al mayor.

## INTRODUCCIÓN

Existen pocos estudios que exploren el maltrato al mayor desde la perspectiva de las personas mayores y el cruce de culturas, y la mayor parte de estos estudios comienzan con las clasificaciones existentes del significado del maltrato.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA) y otros socios tomaron la decisión de poner en marcha un estudio que cuestionase las definiciones existentes. Este estudio empieza por plantear a las propias personas mayores, y a los profesionales sanitarios de atención primaria, una serie de preguntas que permitan comprender sus impresiones, cuál es su propia definición del maltrato al mayor y qué primeras medidas consideran necesarias para desarrollar una estrategia global contra los malos tratos a las personas mayores.

A pesar de limitaciones metodológicas, el estudio aporta la primera base de datos multinacional sobre el maltrato al mayor. Aún tratándose de una información restringida, proporciona una abundante base a partir de la que se pueden generar muchos futuros proyectos de investigación, además de una plataforma de actuación. Las respuestas individuales y colectivas no se pueden generalizar, ni a nivel nacional ni global y, como sucede con todos los proyectos de este tipo, han surgido gran cantidad de nuevas preguntas. Sin embargo, los resultados arrojan una nueva luz sobre la forma de percibir y abordar el maltrato al mayor. En definitiva, nuestro reto es no sólo escuchar todo lo que se ha dicho, sino creerlo y actuar en consecuencia.

### 1. ANTECEDENTES

## 1.1. Antecedentes históricos del maltrato al mayor

En la última parte del siglo XX, la eterna manifestación de la violencia entre personas se ha compartimentado por edades. Ocultados en sociedad, pero puestos de manifiesto en la literatura, los malos tratos a los niños y a las mujeres fueron los primeros en desvelarse. Ambos tipos de abusos se enmarcaban en la violencia familiar, y en un principio se denominaron maltrato infantil y maltrato conyugal, respectivamente. Finalmente salió a la luz el problema del maltrato a las personas mayores (llamado en un principio “maltrato a la vejez”); este tipo de maltrato se describió por primera vez en 1975 en publicaciones científicas británicas (Baker 1975, Burston 1977). En los Estados Unidos, estos informes fueron inmediatamente considerados como un asunto de interés sociopolítico, y llevados rápidamente a la actuación legislativa. En el Reino Unido pasaron quince años antes de que el tema mereciera crédito político y de investigación (Ogg y Bennet, 1992). Desde aquel momento, el creciente interés universal sobre el maltrato al mayor ha tratado de ser análogo al interés sobre los derechos humanos, la igualdad de géneros y, especialmente, el envejecimiento de la población.

En este contexto, los mayores son las personas con más de sesenta años (60+). Las proyecciones demográficas predicen que en el año 2025 la población mundial de este grupo de edad duplicará su número actual, llegando a los 1.200 millones de personas. Cada mes cumplen sesenta años un millón de personas, y el 80 por ciento de ellas habitan en países en desarrollo. Aunque la proporción de personas mayores con respecto a la población total es mayor en las naciones desarrolladas, el porcentaje de incremento de la población de mayores es más alto en los países en desarrollo. Se espera que la población de personas mayores de Alemania, Francia o Suecia sufra incrementos de entre un 30 y un 60 por ciento desde 1990 hasta 2020, mientras que la predicción para países en desarrollo como Tailandia, Kenya o Colombia es que experimente más de un 300 por ciento de aumento, y una subida aún mayor (400 por ciento) en Indonesia. La proporción de personas mayores en los países en desarrollo será más del doble de la actual, alcanzando el 12 por ciento de su población total dentro de veinte años. En el año 2020, países como Cuba, Argentina, Tailandia o Sri Lanka tendrán una proporción de personas mayores más alta que la de Estados Unidos (Naciones Unidas, 1998).

Dentro de este contexto demográfico es preciso tener en cuenta algunos temas específicos, comenzando por los problemas de género. Las mujeres constituyen la mayoría de la población de personas mayores en casi todas las naciones. En la actualidad, un 58 por ciento de las mujeres mayores habitan en países en desarrollo. En el año 2025 este porcentaje aumentará hasta un 75 por ciento. La pandemia del SIDA, especialmente en Africa, está cambiando la situación de las personas mayores, tanto cuantitativa como cualitativamente. Sólo un 30 por ciento de personas mayores en todo el mundo está cubierto por algún sistema de pensiones. Las desigualdades estructurales, tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, dan como resultado ingresos insuficientes, alto nivel de desempleo, servicios sanitarios de pobre calidad, discriminación de sexos y falta de oportunidades educativas. En los países en desarrollo, el riesgo de enfermedades transmisibles entre las personas de edad ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, contrastando con las tasas cada vez mayores de enfermedades no transmisibles, lo que explica el incremento de prevalencia de las

enfermedades de larga duración, y con frecuencia discapacitantes, que está alcanzando ya los niveles de sus homólogos del mundo desarrollado.

La tecnología médica promete una edad avanzada con períodos cada vez más largos libres de incapacidad, para aquellos que tengan acceso o puedan pagar los avances técnicos. Los drásticos cambios sociales y económicos a escala mundial -como la urbanización, la transformación de la familia, la incorporación de la mujer al mercado del trabajo remunerado, combinados con la persistencia, cuando no el empeoramiento, de la pobreza y la desigualdad- proporcionan un terreno abonado para que surjan los malos tratos a las personas mayores. Los retos que nos plantea el envejecimiento son múltiples, y aunque el reconocimiento de esos problemas no va a prevenir los malos tratos al mayor, la implicación activa de todos los grupos de edad y todos los sectores de la sociedad podría alterar las condiciones que permiten que el maltrato prospere.

## 1.2. Definición del maltrato al mayor

La *Acción contra el maltrato al mayor* del Reino Unido elabora una definición seguidamente adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA). Dicha definición declara: “El maltrato al mayor es un acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (Acción contra el maltrato al mayor, 1995). En los documentos políticos y de investigación publicados hasta el momento se adjudican al maltrato al mayor las siguientes categorías:

- Maltrato físico: causar dolor o daños, coerción física, restricción física/química.
- Maltrato psicológico / emocional: causar angustia mental.
- Maltrato económico / material: explotación ilegal o incorrecta y/o utilización de fondos o recursos.
- Abuso sexual: contacto de cualquier clase con una persona mayor sin su consentimiento.
- Abandono: rechazo (intencionado o no) o fracaso en el cumplimiento de una obligación de asistencia.

Cualquier definición precisa un contexto cultural, y es necesario incluir otras cuestiones dentro de la estructura total. Por ejemplo, en algunas sociedades tradicionales las viudas mayores están sujetas al abandono y a la “apropiación de patrimonio”. Los ritos de pasaje del duelo para las viudas, en gran parte de Africa y en el sur de Asia, pueden incluir prácticas crueles, violencia sexual, matrimonios forzados y desalojo de sus hogares. Se dirigen acusaciones de brujería contra las mujeres mayores aisladas, muchas veces en relación con sucesos inexplicables ocurridos en la comunidad local. Estos actos de violencia son costumbres firmemente arraigadas en la estructura social, y es preciso tenerlas en cuenta en el amplio contexto del maltrato al mayor.

## 1.3. Alcance del problema

Los índices reconocidos de prevalencia del maltrato al mayor se han extraído a partir de cinco encuestas realizadas en comunidades de países desarrollados; dos de ellas eran de alcance nacional, en Canadá y en el Reino Unido (Podnieks, 1992, Ogg & Bennet, 1992) y las restantes se basaron en la población jubilada de una pequeña ciudad

finlandesa y en muestras representativas de las ciudades de Boston y Amsterdam. Aunque la metodología variaba, la prevalencia para todos los tipos de maltrato al mayor se situaba en un rango de entre el cuatro y el seis por ciento.

A pesar de existir una extensa documentación sobre la calidad asistencial en instituciones, no se dispone de datos o índices de prevalencia. Una encuesta realizada entre personal de residencias de un estado norteamericano reveló que un 36 por ciento del personal auxiliar y de enfermería declaraba haber observado al menos un incidente de maltrato físico por parte de otros miembros de la plantilla en el año anterior, y un 10 por ciento admitía haber cometido personalmente al menos un acto de maltrato físico. Un 81 por ciento de la muestra observó al menos un incidente de maltrato psicológico a residentes, y un 40 por ciento admitió haber cometido personalmente algún maltrato de este tipo (Pillemer, 1990).

Aunque no existe en los países en desarrollo una recogida sistemática de estadísticas o estudios de prevalencia, los registros delictivos, informes periodísticos, archivos de bienestar social o estudios a pequeña escala demuestran que los malos tratos, el abandono y la explotación económica de las personas mayores son mucho más comunes de lo que la sociedad quisiera admitir.

## 2. EL PROYECTO

### 2.1. Propósitos y objetivos

Los trabajadores sanitarios de atención primaria se encuentran con frecuencia ante indicios de maltrato a personas mayores, pero es posible que no sepan cómo reconocerlos o actuar en consecuencia. El propósito general del nuevo Proyecto OMS/INPEA de Respuesta Global contra el Maltrato al Mayor, que comenzó en Febrero de 2001, es aumentar la concienciación de los profesionales y del público en general con respecto al problema del maltrato al mayor en todo el mundo, así como elaborar una estrategia global en el contexto de la atención primaria para prevenir este tipo de maltrato.

Los objetivos específicos de la primera fase del proyecto, en 2001, eran:

- Constituir un grupo de asesoramiento (OMS/INPEA) para desarrollar y supervisar el proyecto.
- Realizar investigaciones sobre grupos seleccionados en emplazamientos urbanos de cinco países en desarrollo (con la posible ampliación a países desarrollados) como exploración inicial para identificar los temas y puntos clave relativos a las percepciones, creencias y actitudes que sobre el maltrato a los mayores tienen las personas más implicadas: los propios mayores y los trabajadores sanitarios de atención primaria.
- Implicar a coordinadores y mediadores nacionales en la realización de los análisis cualitativos iniciales.

- Celebrar una reunión de tres días con los mediadores para analizar las repercusiones de la actuación política y de la investigación.
- Planificar una investigación más a fondo dentro del contexto específico de cada país, para analizar con más detalle la naturaleza, las causas y el impacto del maltrato a las personas mayores.

Los cinco países en desarrollo: **Argentina, Brasil, India, Kenya y Líbano** se incorporaron al proyecto a través de vínculos profesionales de la OMS, miembros directivos de INPEA y HelpAge Internacional. En una fase posterior, otros tres países: **Canadá, Austria y Suecia** se ofrecieron para participar en el proyecto a su propia costa y a respaldar los propósitos y objetivos establecidos.

Una característica fundamental de este proyecto es el énfasis en la recogida y difusión de las opiniones e impresiones de las propias personas mayores sobre el maltrato al mayor y la utilización esta información como base para un debate acerca de las consecuencias para la salud y las políticas públicas de salud. La OMS disfruta de una situación privilegiada para convertir este debate en puntos concretos de actuación que ayuden globalmente a los trabajadores sanitarios de atención primaria a prevenir el maltrato al mayor.

## 2.2. Metodología de investigación

Los grupos de investigación fueron seleccionados por su capacidad para explorar el conocimiento y las experiencias de la gente y para analizar no sólo *lo que piensa* la gente, sino también *cómo* lo piensa y *por qué* lo piensa de esa manera. Una ventaja importante de este método es la ubicación natural del grupo de investigación. Los participantes pueden también darse apoyo mutuo a la hora de expresar sentimientos comunes a su grupo, pero que consideran desviados de la cultura establecida (o la cultura adoptada por el investigador). Los temas y las opiniones suelen surgir con especial facilidad en la discusión y el diálogo entre participantes de un grupo de investigación.

El grupo de asesoramiento estableció en cada país un coordinador para supervisar el proyecto de investigación; a su vez, el coordinador nacional nombraba a un mediador para organizar y poner en marcha los grupos de investigación según unas directrices concretas relativas a la metodología de formación de los grupos y a la forma de dirigirlos.

En cada país se formaron ocho grupos de investigación, con entre ocho y diez personas cada uno de ellos. Seis grupos estaban formados por personas mayores y otros dos por trabajadores sanitarios de atención primaria. Dos de los grupos de personas mayores estaban formados exclusivamente por mujeres, y otros dos exclusivamente por hombres. Los grupos restantes, así como los dos grupos de trabajadores sanitarios de atención primaria, eran mixtos. Los grupos representaban una variedad social y profesional tan amplia como era posible, y era frecuente que algunos círculos sociales o clubes ya existentes facilitaran la incorporación de hombres y mujeres para participar en las discusiones. No era de esperar que los participantes hubieran estado expuestos o tuvieran un conocimiento previo del problema de los malos tratos a las personas

mayores. La metodología de formación de los grupos de investigación se describe detalladamente en los informes de investigación de cada país.

Se proporcionaba a los participantes una comida, o refrescos, y se les reembolsaban los gastos relativos a su transporte. No se proporcionaba ninguna otra clase de remuneración.

El propósito de los grupos de investigación no era obtener testimonios de aquellas personas que pudieran haber experimentado malos tratos; De hecho, el debate se utilizaba para explorar las actitudes y creencias de las personas mayores y de los profesionales sanitarios acerca del maltrato al mayor. El objetivo del debate en el grupo de investigación era lograr una mayor comprensión de la percepción común sobre lo siguiente:

- Problemas principales a los que se enfrentan las mujeres y hombres mayores.
- El papel de las personas mayores en sus comunidades.
- Cómo se percibe el maltrato al mayor y sus diferentes tipos.
- Cómo se perciben los contextos en los que ocurre el maltrato y sus causas.
- Consecuencias del maltrato al mayor para las personas mayores, sus familias y la comunidad.
- Hasta qué punto es común el maltrato en la zona y por qué.
- Hasta qué punto se puede hablar de influencias o pautas “estacionales” en el maltrato; por ejemplo, si el maltrato podría estar relacionado con el período del mes en que el mayor cobra la pensión, o alrededor de festividades que pudieran provocar una tensión especial en la comunidad, como las fiestas religiosas, festivos, etcétera.
- Percepción del maltrato al mayor como una cuestión de salud y como asunto de preocupación para los trabajadores de asistencia sanitaria.
- Identificación de servicios sociales y sanitarios existentes / necesarios, y apoyo comunitario en relación con la violencia y el maltrato.
- Definición de carencias, necesidades y consideraciones para una futura respuesta contra el maltrato y en favor de la asistencia y la prevención.

### 2.3. Análisis de datos cualitativos: informes nacionales

Cada coordinador nacional elaboró y redactó un informe detallando los temas que habían surgido en las discusiones de su grupo e ilustrándolos con citas textuales. Los informes escritos en un idioma distinto del inglés se tradujeron a esta lengua (informes disponibles previo encargo y en <http://www.who.int/hpr/ageing/elderabuse>).

Un miembro del equipo de proyecto revisó los informes nacionales traducidos y llevó a cabo un análisis de contenidos. Debido a la diversidad de los informes, el principal objetivo del análisis de contenidos era identificar temas recurrentes vinculados a las preguntas centrales del estudio. Las observaciones que aparecían en los informes se codificaron según categorías temáticas, siguiendo una lectura sistemática. El director de investigación del equipo consultivo realizó una lectura independiente de los informes, con objeto de determinar en profundidad los temas principales. A pesar de ciertas limitaciones en la metodología elegida, y además de la escasez de recursos, el análisis final reveló la extraordinaria riqueza de la información recogida por el estudio.

El interés central del análisis era empezar a comprender lo que opinan las personas mayores y los profesionales sanitarios sobre el papel del mayor en la sociedad, sobre los problemas a los que se enfrentan, y sobre el problema del maltrato al mayor y sus posibles soluciones. Ciertos temas aparecían en todos los informes, aunque casi siempre bajo formas diferentes según el contexto local. Estos temas eran de particular interés, puesto que reflejaban aspectos del maltrato al mayor y experiencias de personas mayores que podrían revelar marcas universales. Otros temas eran más específicos de uno o varios países, aunque también de interés al reflejar la especificidad contextual del maltrato al mayor.

### 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos extraídos de los grupos de investigación han permitido llegar a comprender excepcionalmente cómo perciben las personas mayores y los equipos sanitarios de atención primaria la compleja cuestión del maltrato al mayor.

De las explicaciones de los participantes sobre sus impresiones y experiencias surgieron varias categorías fundamentales de maltrato al mayor. Aunque algunas de esas categorías eran las mismas que aparecen en la documentación existente, otras no estaban reconocidas hasta el momento en la taxonomía habitual sobre el maltrato. Es más, el énfasis de los participantes sobre ciertos tipos de maltrato no se suele corresponder con las preocupaciones identificadas en la documentación como más importantes para los profesionales de atención sanitaria.

Las publicaciones existentes sobre el maltrato al mayor centran el problema en factores individuales y familiares; las investigaciones suelen centrarse en las características del maltratador y de su víctima y en la dinámica interpersonal dentro de la unidad familiar. Se pone especial énfasis en la patología, donde la enfermedad mental y la discapacidad cognitiva desempeñan un papel principal en el maltrato al mayor. La consecuencia de este tipo de análisis es que el maltrato al mayor sigue siendo un problema familiar, en lugar de considerarlo un gran problema de la sociedad. Este estudio cuestiona este enfoque individualista al documentar la importancia vital de los factores estructurales y sociales que respaldan prácticamente todos los aspectos del maltrato al mayor denunciados en los informes de los países en desarrollo.

A continuación se relacionan las categorías fundamentales de maltrato identificadas por los participantes:

- Maltrato estructural y social

- Negligencia y abandono
- Falta de respeto y prejuicios contra el mayor
- Maltrato psicológico, emocional y verbal
- Maltrato físico
- Maltrato de tipo legal y económico

El estudio señala también la dificultad que supone para algunas personas mayores debatir sobre los malos tratos, dificultad que se cita en varios de los informes como incomodidad o negación del problema; por ejemplo, aunque se trató el tema del maltrato conyugal y sexual, en la mayoría de los grupos de investigación no se percibía como la mayor preocupación. De forma similar, a los participantes les resultaba muy difícil hablar del maltrato físico, a menos que lo desplazaran fuera del propio contexto individual o comunitario. Este tipo de maltrato se consideraba a menudo como una categoría distinta de las restantes formas de malos tratos. A pesar de que se llegó a admitir que podía ocurrir, y ocurría, en su comunidad (quizás incluso a los propios participantes), pocas veces se hacía referencia directa a los malos tratos físicos, aunque algunas veces afloraba en las historias. Sin embargo, el tema parecía acechar continuamente en los márgenes de las narraciones.

Este fenómeno era especialmente pronunciado en el informa de la India. El mediador del grupo de investigación en India tuvo buen cuidado de no mencionar el término “maltrato” en la formación inicial de los grupos. Cuando posteriormente se hicieron preguntas sobre el maltrato, los participantes lo relacionaban con casos extremos de conducta muy violenta. Se producía una dificultad general para discutir sobre casos de maltrato, y se hacían verdaderos intentos de evitar el tema. Todos los grupos negaron la existencia de maltrato físico en su comunidad. Esta situación creaba un problema a la hora de definir el “maltrato”, porque para ellos el “maltrato” no existía en la India. Ellos lo referían como

“problemas emocionales”, “falta de apoyo emocional”, “abandono por parte de familiares”, “sentimiento de inseguridad”, “pérdida de dignidad”, “trato desagradable” “falta de respeto familiar”. Sin embargo, ni una sola persona estaba dispuesta a llamarlo “maltrato” (India).

El maltrato psicológico, emocional y verbal se debatió con frecuencia. Dado que se suponía que los causantes de este tipo de maltrato se encontraban en la familia y en la sociedad, aparecía en el informe incluido en la categoría del maltrato estructural y social; la falta de respeto y los prejuicios contra el mayor se incluyen en contextos específicos descritos más adelante.

Se establecía una clara dicotomía entre el concepto de “maltrato” (cosa que no ocurría en sus comunidades) y el “trato desagradable” (que admitían que sí ocurría).

Además de las principales categorías del maltrato, las exposiciones de los participantes destacaban varios contextos específicos en los que se daba el maltrato a las personas mayores como parte de planes sociales o institucionales. Dichos contextos eran:

- La jubilación y la función social de las personas mayores.

- Las instituciones de asistencia a largo plazo (residencias).
- Los profesionales de asistencia sanitaria como maltratadores y como víctimas.
- Influencias culturales específicas sobre el maltrato.

Finalmente, surgieron dos factores clave como soporte de casi todos los tipos y contextos del maltrato: el sexo y la situación socioeconómica. Cuando los participantes describían las distintas formas de repercusión de estos factores sobre el maltrato a las personas mayores en sus respectivos países, aparecieron dos puntos cruciales. En primer lugar, predominaba la opinión de que las mujeres, especialmente las viudas y sin hijos (y pobres) eran las más afectadas. En segundo lugar, y más general, aunque el maltrato al mayor afecta a todas las clases sociales, los participantes estaban de acuerdo en que eran las personas mayores pobres quienes más lo sufrían.

Utilizando extractos de los informes nacionales y citas textuales, los siguientes apartados presentan en detalle las principales categorías y contextos concretos del maltrato al mayor, identificados por los participantes de los grupos de investigación. Las comillas señalan declaraciones de algún participante de un grupo de investigación, y los párrafos encuadrados señalan afirmaciones de los coordinadores nacionales en sus informes.

### 3.1. Categorías fundamentales del maltrato

#### A) Maltrato estructural y social

Los participantes, especialmente los de países en desarrollo, culpaban fundamentalmente a los gobiernos y a factores estructurales por el maltrato que recibían en sus hogares, en las instituciones públicas y en las de asistencia sanitaria. Incluso en algunos grupos de investigación de países desarrollados, como Suecia, la responsabilidad de la prevención del maltrato al mayor se trasladaba al gobierno. La prevención del maltrato al mayor se considera claramente una responsabilidad pública, y parte de las obligaciones de los gobiernos consiste en proteger a las personas vulnerables de sus respectivas sociedades. Los participantes mencionaban con frecuencia cuestiones tales como los recortes presupuestarios, prioridades erróneas en el gasto público, reducciones de la asistencia sanitaria y escasa supervisión de las instituciones de atención sanitaria, por citar ejemplos concretos del fracaso de los gobiernos en el cumplimiento de sus obligaciones hacia las personas mayores.

Aunque se utilizaban expresiones diferentes en los diversos informes, todos los participantes de los países en desarrollo hacían referencia a lo que el informe argentino denominaba *maltrato social*. La mayoría de los países consideraban que éste era el tipo más importante de maltrato y que era el origen de gran parte de los otros tipos de maltrato que experimentaban a un nivel más personal. El maltrato social abarca una enorme variedad de cuestiones tales como la seguridad de ingresos y el alojamiento.

Los participantes argentinos definieron el maltrato social como una discriminación por edad puesta de manifiesto especialmente en las pensiones insuficientes. Estas pensiones, que ya se consideraban bajas, han sido recientemente rebajadas en Argentina, hasta el punto de que muchas personas encuentran dificultades para cubrir sus necesidades básicas y los mínimos lujos que antes podían permitirse.

La cuestión relativa al alojamiento, la sensación de estar seguro de la capacidad de vivir en el propio hogar, fue una cuestión a la que hicieron referencia los participantes de distintos países.

En muchas ocasiones los hijos se hacen cargo del gobierno del hogar de sus padres, y lenta pero gradualmente los mayores pierden su lugar dentro de su propio territorio, e incluso algunas veces tienen de abandonar la vivienda en condiciones bastante malas, como irse a vivir a un sitio más pequeño, compartiéndolo con otro familiar como una hermana o hermano, o incluso consiguiendo ser admitido en una residencia para personas mayores. (Brasil)

El informe de la India ejemplificaba la situación a través de la situación de un viudo jubilado que posee su propio apartamento, pero que actualmente lo comparte con su único hijo, su nuera y sus dos nietos.

Este hombre ha perdido su libertad de elección sobre las comidas, los horarios de sueño, el gobierno de su casa, etcétera. Si hace alguna sugerencia, se le dice que se ocupe de sus propios asuntos. A pesar de haber pedido a su hijo que se vaya junto con su familia, ellos se han negado. De hecho, incluso ha sugerido que le gustaría volver a casarse para tener una compañera, de forma que ellos tengan que dejar el apartamento para su uso exclusivo. Ellos no han dejado el apartamento, pero siguen desatendiéndole. El problema de los hijos adultos que viven en casa de sus padres es peor cuando se trata de familias con pocos ingresos, porque los alojamientos son más pequeños. (India)

Varios de los informes descubrían cómo la crisis económica en sus países desembocaban en el maltrato al mayor, y los participantes culpaban inequívocamente al gobierno por ello.

Más allá de la cuestión de compartir físicamente el alojamiento, los participantes de todos los países comentaron cómo el cambio de los roles sociales ha generado situaciones que han desembocado también en el maltrato o el abandono. Alegaban que antes las mujeres permanecían en el hogar y constituían las cuidadoras principales de los hijos y las personas mayores dependientes, además de encargarse de las tareas domésticas. Ahora que todos los adultos de la familia tienen que buscar un trabajo remunerado, no queda lugar para el cuidado, lo que supone un aumento del abandono emocional, y muchas veces también físico, de la persona mayor. Los niveles de tensión son altos debido a las presiones sobre la generación media, que vuelve a casa desde su trabajo y pierde la paciencia en el trato con los miembros familiares más mayores. La consecuencia es a menudo el maltrato verbal, y algunas veces incluso el maltrato físico. No obstante, muchas personas mayores, aún admitiendo que este comportamiento es abusivo, disculpan a sus hijos porque reconocen que viven bajo una enorme sobrecarga de tensión, y en cambio consideran que la culpa es ante todo de la política social y económica del gobierno. Un participante mayor justificaba un caso de maltrato de tipo económico diciendo que

“aquel hombre debía necesitar el dinero” (Canadá)

Muchos grupos de todos los países citaban también dificultades relacionadas con el acceso a los servicios sociales y sanitarios, así como la carencia de servicios para las personas mayores, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. En países como Kenya, Líbano y la India los participantes se quejaban de que no existe un plan gubernamental de atención sanitaria y medicación, o de que los planes existentes no son universales. Algunas de las formas más extremas y físicas de maltrato y abandono fueron referidas en estos países.

A partir de estos informes surge la idea de que las políticas gubernamentales inadecuadas y la falta de financiación para servicios básicos se consideran factores que presionan a las familias y las personas mayores, llegando así al maltrato al mayor. Esta presión toma la forma de una presión económica directa, como es el hecho de no poder proporcionar atención médica a los miembros familiares mayores, y también una presión general y una sensación de que las personas mayores suponen una carga para la familia. Los problemas que rodean al sistema de atención sanitaria suelen estar relacionados con la situación socioeconómica y la capacidad de pagar las facturas. Los miembros más pobres de la sociedad son los que están en peor situación, y muchas personas mayores (especialmente mujeres), caen dentro de esta categoría.

Se llegó al consenso general de que las mujeres eran las que peores condiciones sufrían, debido a no tener ingresos propios y depender como esposas para todo. También que tendían a minimizar sus problemas de salud por la única razón de no causar molestias a los demás miembros familiares por tenerlas que acompañar al médico y/o gastar dinero en consultas y medicinas. Se llegaba más lejos al expresar que en caso de viudez la situación empeoraba, porque en ese caso el apoyo financiero para su bienestar provenía de los hijos, y sólo dependía de ellos “decidir si la mujer necesitaba asistencia médica o no”, incluso aunque ella dijera que la necesitaba. (India)

## B) Negligencia y abandono

En último extremo, la falta de asistencia de las personas mayores acaba en el abandono, y en instituciones de atención sanitaria se puede llegar a consecuencias fatales por la privación de la asistencia más elemental carente de financiación. Tanto Brasil como Kenya informaban de la práctica del abandono de personas mayores en instalaciones sanitarias, como los hospitales. Las familias dejan a sus mayores allí y no vuelven a por ellos, de manera que los hospitales no pueden dar el alta a estas personas porque no tienen un sitio donde quedarse en la comunidad. Esta práctica conlleva graves consecuencias físicas y emocionales para la persona mayor.

En Kenya, el abandono de personas mayores en hospitales se consideraba *el problema más significativo en cuanto al maltrato del mayor*, directamente relacionado con el hecho de que la persona mayor o la familia tiene que pagar directamente los servicios sanitarios. El personal hospitalario incluido en el estudio estimaba que entre un 15 y un 30 por ciento de los pacientes mayores terminaba abandonado en los hospitales; y este porcentaje no incluía a las personas mayores previamente abandonadas en sus hogares o en las calles y trasladados por algún extraño al hospital, institución de caridad o servicio de urgencia. A este tipo de pacientes mayores indigentes se les deniega la atención médica hasta que se haya completado un proceso administrativo para conseguir una exención de pago, y mientras tanto los pacientes pueden sufrir un grave deterioro o

incluso morir. El Jefe de Enfermería de un hospital estimaba que el 90 por ciento de las personas mayores caían en una depresión clínica; otra enfermera jefe de hospital señalaba que la depresión es la causa de que los pacientes mayores sean poco colaboradores en el proceso de su tratamiento, haciendo que la medicación resulte ineficaz y desembocando en la negativa a dar consentimiento para procedimientos necesarios.

Tanto en Kenia como en Brasil el abandono seguía unas pautas estacionales. En Brasil coincidían con los fines de semana largos, el Carnaval, las vacaciones escolares y la Navidad, tal como describía un participante:

“Al llegar las vacaciones escolares, lo primero que hace una familia que tiene una reserva en un lugar de vacaciones es librarse de las personas mayores colocándolas en el hospital” (Brasil)

En Kenya, el abandono estacional estaba más relacionado con las condiciones agrícolas. Gran parte de la economía de Kenya se basa en la agricultura y la ganadería, de modo que las economías locales son muy dependientes de las condiciones climáticas. Por ello, el abandono de las personas mayores aumenta en épocas de sequía, escaso rendimiento de las cosechas o pérdida de ganado.

### C) Falta de respeto y prejuicios contra el mayor

Las experiencias de falta de respeto denunciadas por los participantes han de entenderse como la opinión de las personas mayores sobre lo que provoca otras formas de maltrato, pero también como una grave forma de abuso en sí misma. La falta de respeto es la forma más dolorosa de maltrato según los participantes mayores de todos los países. Mientras que los informes incluían unas cuantas historias dramáticas de maltrato físico y de abandono, quedaba claro que las actitudes irrespetuosas hacia los mayores se consideraban algo universal. El informe del Líbano contenía una cita conmovedora que parecía resumir las experiencias de todas las personas mayores participantes en el estudio:

“Una palabra desagradable dirigida a un anciano resulta más cruel que una puñalada” (Líbano)

Mientras que la preocupación pública y profesional sobre el maltrato al mayor se centra en su impacto más evidente sobre la salud física, el tema de la falta de respeto aparece como algo de la mayor importancia según la percepción y las experiencias sobre el maltrato aportadas por los participantes:

“La gente nos hace callar (llamándonos *tesoro* o *corazón*) y nos dice lo que tenemos que hacer”. (Canadá)

“...¡cállate!, toma lo que te damos, y no te quejes”. (Canadá)

“El respeto vale más que la comida y la bebida”, (Líbano)

Una y otra vez los participantes mencionaban que veían falta de respeto en todas partes. Aunque las actitudes irrespetuosas se relacionan con el maltrato verbal y emocional, son

más invasivas y están más generalizadas; definitivamente, la falta de respeto es un indicador de mala actitud social hacia las personas mayores. Muchos grupos opinaban que las generaciones jóvenes son especialmente irrespetuosas, y mostraron su acuerdo total sobre el cambio drástico que han sufrido los valores y actitudes sociales, ya que:

“la situación era mejor en el pasado”. (Suecia)

Se responsabilizaba de este problema a la influencia de los medios de comunicación al fomentar prejuicios y estereotipos negativos sobre las personas mayores, una influencia a la que es particularmente vulnerable la juventud. Algunos participantes echaban la culpa también a la occidentalización como transmisora de nuevas actitudes y valores. El análisis realizado por el equipo libanés era especialmente sucinto al respecto, y reflejaba cuestiones que se podían encontrar en la mayoría de los informes restantes:

Los participantes también acusaban a los medios de comunicación de negligencia con respecto a las personas mayores y de promover actuaciones de maltrato. Es más, los entrevistados añadían que la razón oculta tras la desatención a las personas mayores es la modernización de la sociedad, que intenta imitar la cultura occidental; también mencionaban que en las generaciones precedentes la gente era más sensible, atenta y educada con sus padres y abuelos. Por el contrario, los jóvenes de hoy en día son irrespetuosos y desatentos con las personas mayores. Los participantes opinan que los vínculos familiares se desmoronan y que se observa menos respeto por los mayores porque la autoridad a pasado a los hijos. (Líbano)

Los informes de Kenya y Brasil eran especialmente claros respecto a que estas actitudes sociales también tenían su reflejo en la falta de respeto dentro del sistema de atención sanitaria.

En los servicios de atención sanitaria, las personas mayores sufren situaciones de violencia desde el vestíbulo de entrada hasta la prestación de la asistencia. (Brasil)

Al anciano desorientado, que puede estar intoxicado por la medicación, se le trata como si fuera un crío testarudo. Resulta algo bastante violento; un profesional le quita las prótesis, aparatos, gafas (al anciano), entonces él (el anciano) se muestra agitado, y cuando esto ocurre él (el profesional) le medica.... esto es violencia; también hay casos en los que el profesional le dice “no voy a dejar que venga su hija mientras siga (comportándose) de esa manera”. (Brasil)

También se describen situaciones abusivas en los sistemas de atención sanitaria de Canadá y Argentina:

“Le pusieron pañales y nunca lo llevaban al baño” (Canadá)

“Maltrato al mayor es tener que esperar durante dos meses para una consulta médica gratuita por la que de alguna forma has estado pagando toda tu vida”. (Argentina)

El informe de Kenia, que difería de los restantes por su enfoque exclusivo sobre el sistema de atención sanitaria, desarrollaba de forma muy contundente el tema de la falta de respeto hacia las personas mayores en el sistema de atención sanitaria. Los participantes contaban constantemente cómo a las personas mayores se las consideraba un problema, no eran bien recibidos en los hospitales y se consideraba su tratamiento como un desperdicio de recursos. Resultaba especialmente escandaloso el comentario de un jefe de hospital que confiaba al entrevistador:

“Las personas mayores son un problema y un desperdicio de recursos escasos; el mayor favor que me podrías hacer como representante de una organización de personas mayores, es sacarlos de mi hospital”. (Kenya)

Esta falta de respeto parece invadir por completo el sistema de atención sanitaria en Kenia, y se traduce en toda clase de formas graves de maltrato, explotación y abandono.

También se puede observar la falta de respeto en diversas instituciones gubernamentales y comerciales. Algunos informes nacionales hacían referencia a los excesivos tiempos de espera que sufren las personas mayores, a menudo en circunstancias muy incómodas, en bancos, oficinas estatales, comisarías y servicios de atención sanitaria. La falta de respeto aparece también de otras maneras en los servicios públicos.

“Se supone que no debes hablar muy alto en una oficina de correos, o en una estación de tren, y te tratan fatal si tienes un problema de oído”. (Austria)

El transporte público aparecía mencionado en la mayoría de los informes como fuente inagotable de trato desconsiderado. Con más incidencia en los informes de Brasil y Austria, el principal problema a destacar se identifica una vez más como falta de respeto:

La falta de respeto empieza desde el mismo momento en que la persona mayor llega a la parada de un autobús. Cuando alza la mano para que pare el autobús, lo primero que el conductor piensa para sus adentros es ‘no pares aquí, está lleno de seis cincos (gente de 65 años o más)’. La persona mayor hace señas, pero ellos (los conductores) siguen su marcha, o paran más lejos, de forma que el pobre señor o señora tiene que correr para coger el autobús. Es algo mezquino. (Brasil)

“El conductor del autobús cerró la puerta justo antes de que aquella señora mayor con dos muletas pudiera entrar en el autobús. Bien, volvió a abrir la puerta, pero estaba furioso y la regañó”. (Austria)

“Hace poco, en el tranvía, iban algunos jóvenes sentados cerca de mí. Cuando entraba alguna persona mayor no sólo ningún joven le ofrecía su asiento, sino que además decían: ‘¿qué harán ahora aquí?, si tienen tiempo en todo el día’”. (Austria)

Los conductores de autobús aceleran sin preocuparse por los pasajeros mayores, que tienen dificultades para mantener el equilibrio y a veces llegan a caerse.

Tal como describe el informe de Austria, en general los mayores

Se sienten despreciados, insultados, ignorados por el gobierno o las agencias de la seguridad social, o tratados con malos modos en tiendas, en el transporte público, etcétera; el sentimiento general es que las personas mayores están siendo empujadas hacia los límites de la sociedad. (Austria)

#### D) Maltrato de tipo legal y económico

El abuso legal se mencionaba como un tipo particular de maltrato en los informes de la India y el Líbano, aunque cada país tiene su propia versión específica al respecto. La expresión de la India sobre el maltrato legal se centra en el abuso de las leyes de dote por parte de las nueras:

En la India existe una ley que pretende proteger a las nueras de los posibles abusos de sus suegros o parientes políticos. Una nuera puede ir a una comisaría y denunciar que sus suegros la han maltratado y, sólo con su palabra, la policía arresta a los suegros. Sin embargo, los participantes de los grupos de investigación informaban de que algunas nueras utilizaban esta ley como una forma de maltrato a los mayores, presentando denuncias falsas. En general, los participantes hacían hincapié en que el mayor problema era la falta de una actitud afectuosa por parte de las nueras. (India)

En el Líbano parece ser que existía maltrato legal porque no hay leyes que protejan los derechos de las personas mayores, especialmente con respecto a cuestiones hereditarias. Los tribunales religiosos son los responsables de decidir sobre la división de la herencia entre los beneficiarios, pero esos tribunales no están bien preparados para comprender ciertas cuestiones. Se daba el ejemplo de una persona que presentó ante el tribunal religioso la evaluación de un doctor que establecía que el padre de esa persona era mentalmente incompetente, lo que fue suficiente para privar al padre de su dinero.

### 3.2. Contextos específicos del maltrato

#### A) Jubilación y función social del mayor

La jubilación se considera el punto donde todo cambia repentinamente, especialmente para los hombres. Se da una pérdida de capacidad productiva y del anterior papel profesional o vocacional de la persona. Es posible que este tema se refleje en el hecho de que tantos antiguos profesionales participaran en algunos de los grupos de investigación formados por personas mayores. Mientras que el tema de la jubilación surge en casi todos los informes de los países en desarrollo, no parece ser un asunto de preocupación para los participantes de Austria, Canadá o Suecia.

“Para una persona mayor jubilarse significa ser maltratado por una parte del sistema social, personificado en los agentes gubernamentales”. (Brasil)

Recibir el primer cheque de la pensión en Brasil es un largo proceso que incluye una “burocracia engorrosa”, largas esperas en varias oficinas gubernamentales distintas y un extenso período de tiempo antes de recibir el primer cheque. Las personas recién jubiladas pueden sufrir privaciones importantes durante esta espera. Luego descubren que el cheque de la pensión normalmente no es suficiente para sobrevivir. Todo esto es maltrato por parte del gobierno.

Jubilarse se asocia a inutilidad, sin importar lo que uno fuera cuando era un miembro activo del mercado de trabajo; se podría haber trabajado en varias profesiones diferentes, pero al final uno se caracteriza sólo por ser un jubilado. (Brasil)

## B) Instituciones de asistencia a largo plazo (residencias)

A pesar de que la proporción de personas mayores que vive en una residencia varía mucho entre los países participantes (8-10 por ciento en Canadá frente a menos del 1 por ciento en Líbano), había referencias al maltrato al mayor en este contexto en muchos de los grupos de investigación.

En los países en desarrollo, la inclusión en una residencia se contempla como el último recurso para personas muy pobres y sin familiares que les puedan atender. Había sentimientos cruzados entre los participantes con respecto a las residencias; al mismo tiempo que les horrorizaban enormemente, también se daban cuenta de que eran instituciones esenciales y que en muchos de los países en desarrollo hacían falta más residencias para acoger a personas mayores indigentes y/o abandonadas.

Los participantes estaban de acuerdo en que la institucionalización debe ser una elección de la persona mayor. Cuando cualquier otra persona toma esa decisión, se considera que hay maltrato. Un participante de Argentina afirmaba:

“Institucionalizar a una persona mayor es como secuestrar a alguien”.  
(Argentina)

La mayoría de los informes mencionaban la realidad del maltrato en las residencias; y algunos señalaban la necesidad de una mayor garantía y de una supervisión más estrecha de estas instituciones.

“La deportación a una residencia es un maltrato. Una residencia para personas mayores no es otra cosa que una antesala de la muerte”. (Austria)

## C) Los profesionales de atención sanitaria como maltratadores y como víctimas

En todos los informes se consideraba a los profesionales de atención sanitaria como parte del problema.

“No le dirán a mi madre qué medicinas está tomando; ya no controla su vida”. (Canadá)  
Este problema varía desde el profesional que sencillamente no ha recibido una formación adecuada para entender el envejecimiento y los problemas de las personas mayores, hasta el que no tiene tiempo suficiente para escuchar noticias de profesionales

de asistencia sanitaria que cometen actos claramente abusivos. Este último punto era el que más aparecía en los informes de Brasil y Kenya. El informe de Kenya, que se centraba únicamente en el maltrato en el sistema sanitario de atención primaria, presenta graves historias una detrás de otra:

“En el hospital de distrito ....., los trabajadores sanitarios abofetean, reprenden con dureza y zarandean a los enfermos”. (Kenya)

“Yo fui testigo de un caso en el que a una señora mayor se le pidió una vez y media el precio normal de una medicina, en el hospital de distrito ....Estuvo esperando durante seis horas a que le dieran su medicina, mientras los trabajadores sanitarios atendían a otros casos y problemas. Un buen samaritano le pagó la medicina porque ella no podía conseguir la cantidad requerida. Incluso después de que hubieran pagado por ella aquel precio exagerado, esperó durante tanto tiempo que murió cuatro horas más tarde, antes de recibir la medicación”. (Kenya).

No obstante, este informe también señala claramente el papel desempeñado por factores estructurales en la existencia de malas condiciones de trabajo para los profesionales de atención sanitaria. Los informes de Argentina y Kenya sugieren una relación entre el tratamiento que se da a los trabajadores sanitarios y la forma en que ellos, a su vez, tratan a sus pacientes mayores.

En Argentina, los trabajadores sanitarios hablaban extensamente de las dificultades que experimentaban al trabajar con personas mayores, dificultades que consideraban universales. Por ejemplo, la mayoría percibía un prejuicio contra la geriatría como disciplina, considerada por otros profesionales un campo de segunda clase y de menos cualificación. También hacían referencia a los bajos salarios en esta especialidad y a que no eran bien tratados por los pacientes mayores y sus familias.

Todas estas experiencias se percibían como totalmente abusivas. Pocos trabajadores podían decir que nunca habían recibido un trato desagradable en su vida profesional. Esta cuestión plantea algunas preguntas interesantes sobre la capacidad de los trabajadores sanitarios para estar sensibilizados y reaccionar ante el maltrato al mayor, cuando ellos mismos se sienten maltratados.

En Kenya, el sistema de atención sanitaria está extremadamente sobrecargado, y el personal trabaja en condiciones verdaderamente difíciles. En los hospitales de Kenya no existen normas, directrices ni protocolos para tratar con pacientes mayores, lo que hace prácticamente imposible analizar el maltrato de los pacientes dentro del sistema y enfrentarse con los causantes. Es más, esto significa que los pacientes mayores son:

“vulnerables ante los caprichos y los cambios de humor del personal”. (Kenya)

Los participantes de los grupos de investigación tenían la impresión de que los hospitales de Kenya estaban plagados de corrupción y conflictos de intereses, en parte posiblemente porque las condiciones de trabajo son demasiado malas. Algunas de las enfermeras de un hospital confesaban por qué “no ven con buenos ojos a los pacientes mayores que tienen problemas para liquidar sus facturas”, y es porque se dan cuenta de que sus condiciones de trabajo sólo mejorarían si los pacientes tuvieran muchos

ingresos. Es decir, vinculan directamente a los pacientes mayores indigentes con su propio maltrato como profesionales de atención sanitaria.

#### D) Influencias culturales específicas del maltrato

A pesar de que muchos de los temas relacionados con el maltrato al mayor se sitúan en un contexto cultural determinado y tienen una forma de expresión específica, surgieron ciertos temas en los informes especialmente vinculados a ciertos contextos culturales. Aunque se trata de temas que sólo se mencionaban en algunos de los informes, es posible que otros países reciban también tenues ecos de alguna de estas manifestaciones de maltrato que no se mencionaban concretamente.

Se pueden añadir las acusaciones de brujería a los temas anteriores, como informa un reciente estudio dirigido por la OMS en Mozambique (también se denuncia en otros países subsaharianos de Africa). La autora informa de casos extremos de maltrato al mayor en su país, consistentes en acusaciones de brujería contra mujeres ancianas (Da Silva, 2002).

Se menciona específicamente a las nueras, como importantes causantes de maltrato al mayor, en tres de los informes: India, Líbano y Austria. En el informe del Líbano, las participantes femeninas mencionaban de manera prácticamente general el conflicto entre suegras y nueras. Existen muchos celos mutuos, y se debatieron diversas clases de dinámicas familiares; estas dinámicas se traducen en varias formas de maltrato y abandono, incluyendo el maltrato físico y a veces la institucionalización de parientes políticos en contra de su voluntad.

Muchos participantes denunciaban que las relaciones entre parientes políticos solían ser tensas y se caracterizaban por la falta de afecto; en concreto, la larga opresión que sufren las nueras por parte de sus suegras puede traducirse en actos de venganza en épocas posteriores, especialmente cuando las nueras tienen que asumir la función de cuidadoras. (Austria)

La cuestión religiosa no era objeto de investigación, pero algunas breves referencias en unos cuantos informes pueden indicar un tema a explorar en estudios posteriores.

En el Líbano, la religión se contempla como un factor de protección contra el maltrato al mayor, debido a los firmes mandamientos religiosos de respeto y protección de las personas mayores, especialmente los padres. En Kenya son instituciones religiosas las que suelen hacerse cargo de los indigentes ancianos.

En Kenya, los curanderos tradicionales son anteriores a la medicina moderna y constituyen un elemento clave de las prácticas religiosas. Este papel lo asumen te personas mayores. Los curanderos tradicionales ofrecen una alternativa al sistema de atención sanitaria, que carece de financiación, es inaccesible para los pobres y se considera plagado de corrupción y maltrato. Los participantes de Kenya declaraban:

“No he estado en un hospital desde hace catorce años; es demasiado caro. Consigo la mayoría de mis medicinas en el curandero. Sus precios son más bajos y la forma de pago es negociable”. (Kenya)

Estos curanderos ofrecen una importante alternativa al sistema de atención sanitaria, lo que se refleja en las recomendaciones del estudio de Kenya, que proponen incrementar la colaboración entre ambos sistemas y una regulación y coordinación de los curanderos tradicionales por parte del gobierno. Aunque el uso de los curanderos tradicionales da la posibilidad de ofrecer una opción autorizada a esta población, también existe la posibilidad de maltrato por parte de curanderos sin escrúpulos.

#### 4. IMPLICACIONES

Estrategias para la prevención del maltrato al mayor

Los participantes propusieron una amplia variedad de estrategias de prevención y de intervención, y se produjo una extraordinaria convergencia entre todos los países a la hora de aportar estas recomendaciones. Las principales estrategias que surgieron de los grupos de investigación se pueden agrupar como sigue:

**Concienciación y educación:** esta era una recomendación general y abarcaba diferentes ámbitos. Es preciso educar a la gente para que perciba a las personas mayores de una forma más favorable, como contribuyentes positivos para la sociedad que son. También hay que animar a la gente para que se relacione de una forma más estrecha con las personas mayores. Toda esta educación debe empezar desde muy pronto, en la escuela primaria. La población en general debe ser consciente también de que el maltrato al mayor existe, y que es un problema. Por su lado, las personas mayores tienen que ser conscientes del problema y conocer sus derechos, además de tener información sobre los recursos y servicios disponibles.

**Relaciones intergeneracionales:** esta recomendación está relacionada con la primera y pone el énfasis en la necesidad de fomentar un contacto positivo y más estrecho entre generaciones. El aislamiento social y el abandono de las personas mayores debe solucionarse a través de relaciones intergeneracionales, entre otras. Además, la mayoría de los informes mencionaban la percepción de valores y actitudes negativas de la generación joven, así como la falta de respeto ante la generación mayor. A todos estos problemas se les debe hacer frente a través de la educación y de distintos programas enfocados a construir relaciones positivas.

**Formación de los profesionales:** los participantes mencionaban con frecuencia la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios sobre el envejecimiento y las personas mayores, y también sobre el maltrato. Sería necesario proporcionar la más extensa formación posible para que los profesionales sepan reconocer los indicios y síntomas del maltrato, y cómo intervenir en su caso.

**Autonomía de las personas mayores:** en algunos informes se subrayaba la necesidad de que las personas mayores actúen por sí mismas y en su propio nombre. Muchos participantes se mostraban firmemente convencidos de que es preciso que las personas mayores ejerzan sus plenos derechos como ciudadanos y defiendan sus propios

intereses. En Suecia se consideraba una vía importante para encarar el problema la existencia de organizaciones y asociaciones de y para personas mayores.

**Papel de los medios de comunicación:** con frecuencia se culpaba a los medios de comunicación de ser una de las fuentes de la imagen negativa de las personas mayores en la sociedad. Se consideraba importante trabajar con los medios para cambiar estas imágenes negativas, en el sentido de aumentar la concienciación y educar a la población sobre el maltrato al mayor.

**Centros de ocio:** la soledad de las personas mayores era un tema recurrente en la mayoría de los informes. La falta de centros adecuados para el ocio es un problema, especialmente en los países en desarrollo, y la gran mayoría de ellos mencionaba esta necesidad.

**Soluciones estructurales:** las sugerencias en este sentido eran menos directas que algunas de las demás, pero se centraban en la necesidad de crear leyes de protección más firmes, mejorar de los planes de atención sanitaria y cuestiones estructurales parecidas. Kenya defendía la idea de involucrar a las ONGs como colaboradoras en la propugnación de estos cambios.

**Investigación:** la mayoría de los investigadores de los países en desarrollo señalaban que existe muy poca información sobre el maltrato al mayor en sus países. Este punto se repetía en las recomendaciones de los participantes de los grupos de investigación, que exigían más investigación para obtener más información sobre este problema en sus países.

#### 4.2. Estrategias y recomendaciones de actuación del equipo de proyecto.

La OMS e INPEA optaron por el contexto de la atención primaria al establecer el proceso de elaboración de una estrategia global, pues lograr que los trabajadores de atención primaria tomen conciencia del problema del maltrato al mayor es una cuestión crucial en la prevención y/o intervención del problema.

En la reunión internacional celebrada en la OMS, en Ginebra, los días 11-13 de Octubre de 2001, el grupo consultivo y los coordinadores nacionales de los países participantes en el proyecto acordaron acometer las nueve estrategias siguientes, como parte de su respuesta conjunta y global contra el maltrato al mayor:

- Elaborar un paquete educativo sobre el maltrato al mayor para la formación de los profesionales sanitarios de atención primaria.
- Elaborar un instrumento de detección y evaluación para los profesionales sanitarios de atención primaria en países en desarrollo.
- Elaborar y difundir un “kit” metodológico de investigación para extender el estudio del maltrato al mayor en los países en desarrollo.
- Elaborar una “Base de Datos Básica” sobre el maltrato al mayor.

- Promocionar estudios experimentales intergeneracionales de personas mayores y jóvenes en sus organizaciones.
- Elaborar un inventario global de buena práctica en la prevención del maltrato al mayor.
- Movilizar a la sociedad civil a través de una mayor concienciación sobre la creciente extensión del maltrato al mayor.
- Promover un cambio de política para enfrentarse al maltrato al mayor.
- Garantizar la difusión de los resultados de investigación a través de publicaciones científicas.

#### 4.3. Conclusiones: el futuro

Este informe convierte las primeras páginas en lo que promete ser un largo y complicado camino. Aunque no puede afirmar que habla en nombre de todas las personas mayores, sí puede compartir la percepción de algunas de ellas. Estas percepciones asombrarán y entristecerán en igual medida, y también llevarán, es de esperar, a la reflexión, la acción y el cambio.

Las estrategias y planes de actuación acordadas proporcionarán algunas respuestas, pero inevitablemente también plantearán más preguntas. Este proceso, sin embargo, no sólo aumentará la toma de conciencia, sino que será el comienzo del camino hacia una mayor autonomía de las personas mayores y, es posible que incluso, hacia el cambio social. Las personas mayores no desean más que los demás, desean igualdad, uno de los derechos humanos.

Para muchas personas, vivir hasta llegar a viejo es uno de los logros más extraordinarios del siglo XX. Ser viejo y vivir con dignidad, libre de cualquier forma de abuso o violencia, debe ser una meta común para todas las sociedades del siglo XXI. Todo empieza con el respeto, como aseguran las palabras de una de las personas mayores participantes en el estudio:

“El respeto vale más que la comida o la bebida”.

#### REFERENCIAS

Action on Elder Abuse (AEA) Bulletin, May-June 1995, N° 11. Published by AEA, Astral House, 1268 London Rd, London SW116 4ER, UK

Ogg J, Bennet GCJ, (1992) Elder abuse in Britain, British Medical Journal, 305:998-9

Baker AA, Granny Battering. *Modern Geriatrics* 1975; August: 20-4

Burston G, Do your elderly patients live in fear of being battered? *Modern Geriatrics* 1977; 7:54-5

Da Silva Terezinha, Elder abuse in Mozambique, WHO, 2002

Pillemer KA, Moore DW (1989) Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff, *Gerontologist*, 29 (3): 314-320

Podnieks E, National survey on the abuse of the elderly in Canadá, 1992, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 5(2): 27-36

United Nations (1998). Population Database (up-dated)

#### COORDINADORES DE LOS ESTUDIOS NACIONALES

Argentina: Lía Daichman, INPEA, Universidad de Belgrano, Buenos Aires

Austria: Josef Hörl, Instituto de Sociología, Universidad de Viena; y Alexandra Werba, Ministerio Federal de Asuntos Sociales y Generacionales, Centro de Políticas sobre Envejecimiento y Demográficos

Brasil: Laura Machado, INPEA, Instituto de Gerontología de la Universidad Cândido Mendes (UCAM), Rio de Janeiro

Canadá: Elizabeth Podnieks, INPEA, Escuela de Enfermería, Universidad de Ryerson, Toronto

India: Shubba Soneja, HelpAge India, Nueva Delhi

Kenya: Munyama Pension, HelpAge Internacional - Centro de Desarrollo Regional de Africa y HelpAge Kenya

Líbano: Tammam Tayara, Instituciones de Bienestar Social, Institución para personas mayores Omr al Madid, Beirut

Suecia: Britt-Inger Saveman, Departamento de Salud y Ciencias del Comportamiento, Universidad de Kalmar, Kalmar.