

mis experimentos, que una visión perfecta de la Verdad sólo puede ser la consecuencia de una realización completa de la Ahimsa.

Para ver cara a cara el espíritu de la Verdad universal y omnipresente, debe uno de ser capaz de amar a la más pequeña de las criaturas como a sí mismo. Y una persona que aspira a ello no puede permitirse permanecer fuera de ningún campo de la vida. Por esta razón, mi devoción a la Verdad me llevó al campo de la política; y puedo decir sin la menor vacilación, a la vez que con toda humildad, que quienes dicen que la religión no tiene nada que ver con la política no saben lo que significa la religión.

Nadie puede comprender a Dios si no es puro de corazón. Por tanto, la autopurificación tiene que significar la purificación en todos los ámbitos de su vida. Y como la purificación es muy contagiosa, la purificación de uno mismo lleva necesariamente a la purificación de las personas que lo rodean. Pero el camino de la autopurificación es difícil y empinado. Para alcanzar la pureza perfecta tiene uno que liberarse absolutamente de las pasiones en el pensamiento, el lenguaje y la acción; tiene que elevarse por encima de las corrientes contrarias del amor y el odio, del apego y la repulsa. Soy consciente de que aún no he alcanzado esa triple pureza, a pesar de que me esfuerzo continuamente en ello.

Por esta razón, los elogios mundanos no me impresionan; de hecho, muchas veces me molestan. Me parece que el dominio de las pasiones sutiles es mucho más difícil que la conquista física del mundo por la fuerza de las armas. Las experiencias y los experimentos me han sostenido y me han ocasionado una gran alegría. Pero sé que todavía hay ante mí un difícil camino por recorrer. Tengo que reducirme a cero. Mientras la persona no se ponga libre y voluntariamente en el último lugar entre todas las demás criaturas, no habrá salvación para ella. La Ahimsa es el límite extremo de la humildad. Al despedirse el lector, al menos por el momento, le pido que se una a mí en oración al Dios de la Verdad para que me conceda la bendición de la Ahimsa en el pensamiento y la acción...».

Al final de la obra hay un glosario de palabras hindúes que facilita la comprensión total del texto.

ROSARIO PANIAGUA FERNÁNDEZ
Universidad Pontificia Comillas

P. DECALMER y F. GLENDENNING (Compiladores), *El maltrato a las personas mayores*. Paidós: Trabajo Social 8. Barcelona. 2000. 244 pp.

Los casos de desatención, maltrato o negligencia respecto a personas de edad avanzada no son nada nuevo, pero en los últimos años la conciencia pública en lo que se refiere a este problemas social es cada vez mayor. Como reacción, han aparecido múltiples artículos y estudios sobre el tema, pero todavía carecemos de definiciones claras y

explicaciones contundentes sobre el motivo del maltrato y el abandono de los ancianos, así como de estrategias para paliar y prevenir las situaciones de desatención hacia nuestros mayores.

Este libro intenta presentar una visión general de la teoría y la investigación referentes al maltrato a los ancianos, con el fin de iniciar un debate que contribuya a profundizar en el tema. Los autores se esfuerzan por encontrar una explicación a las causas que conducen a este tipo de situaciones y proponen directrices claras para encontrar soluciones respecto a dicho problema. Se trata, pues, de una obra imprescindible para los profesionales e investigadores que deseen evaluar cuestiones como las implicaciones legales y clínicas del maltrato, las perspectivas sociológicas, el enfoque interdisciplinar de la posible intervención o los modelos de prevención.

Peter Decalmer es psiquiatra del Servicio de Geriátrica del Hospital General de North Manchester.

Franz Gelndenning es miembro honorario del equipo investigador del Center for Social Gerontology de la Universidad de Keele y profesor invitado del Programa de Gerontología de la Universidad de Waterloo (Ontario).

(Tomado de la contraportada del libro)

La obra se ordena en torno a diez capítulos en los que se presenta el problema de los malos tratos desde distintas perspectivas profesionales, adopta un enfoque multidisciplinar clara expresión de un problema multidimensional, que ha de ser abordado desde distintas disciplinas y con trabajo de equipo. Colaboran un total de doce especialistas en el tema desde la enfermería, equipos de salud mental, postgrados en gerontología, abogados, politólogos sociales, trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos, lo que le otorga un valor indudable. Se plantea como equipo básico de intervención el formado por médico de atención primaria, enfermera, trabajador social, psiquiatra, psicólogo y abogado.

El problema de los malos tratos va en aumento, y hay más conciencia social sobre el mismo, va apareciendo más literatura, síntoma de una mayor preocupación, pero aún no es bastante. La obra presenta una visión general de la teoría y la investigación con el objetivo de abrir un debate sobre el tema, lo que constituye un material imprescindible para los profesionales y personas interesadas en este gran problema social que representa una de las caras más oscuras de la sociedad, además con escasa visibilidad.

La obra es oportuna y necesaria por la precariedad de literatura en nuestro país y porque ayuda al conocimiento, la conceptualización, la definición la prevención, la intervención y la evaluación en los caso de malos tratos, aportando un abundante material práctico de gran utilidad en las instituciones de mayores, y en las propias familias.

Estamos asistiendo a un creciente envejecimiento de la población, se vive más, bajan las tasas de natalidad, va habiendo cada vez menos jóvenes para cuidar a más ancianos. La mayoría de los mayores viven en familia y en ocasiones se hace muy difícil proveerlos de cuidados en casa, las políticas socio-sanitarias no ha sabido dar respuesta a esta realidad en la que vive un alto porcentaje de mayores. Pero la negligencia

cia y el maltrato se producen tanto en casa como en instituciones, el libro «alerta a reconocer el mal trato y la negligencia» incluso antes de que suceda.

En el *capítulo primero* se hace un poco de historia sobre el fenómeno que se empezó a investigar a partir de los años setenta, estamos ante un fenómeno «iceberg», donde más se está estudiando es en Estado Unidos, Canadá y Gran Bretaña, en estos países se ha detectado que los más expuestos a malos tratos son los mayores que viven en instituciones, también en casa, pero en ambos casos la víctima calla, por no saber, no querer o no poder expresarlo ante el temor que el problema aumente. Se pone el acento en los servicios de urgencias geriátricas, y la evaluación de la vuelta a casa, tras los ingresos hospitalarios. La enfermedad y la longevidad han creado hacia el interior de las familias una fuerte tensión emocional que repercute negativamente en los mayores, y aumenta en la medida que va creciendo la vulnerabilidad. El término «abuela golpeada» se usó por primera vez en el año 1975 en Londres, este término en los ochenta se tradujo por «malos tratos en la tercera edad» y es a partir de esta década cuando se empezó a tomar más conciencia.

Se hizo un gran esfuerzo de definición y se alcanzó un cierto consenso de denominación: negligencia (omisión) y maltrato (comisión) y se determinaron tipos de negligencias y malos tratos; físico, psicológico, material, económico, verbal, ambiental, sexual etc. Se hizo una aproximación a los perfiles de las víctimas (mujer, de más de 80 años, con demencia, enfermedades físicas, con dificultad de comunicación, deficiencia auditiva, inmovilidad, incontinencia, sola, confusa, amedrentada, vive en casa y con bajos ingresos). En cuanto al perfil del perpetrador de los malos tratos (hombre, aislado, víctima del estrés, convive con la víctima, adicción al alcohol, depresivo, poco comunicativo, ha abandonado el empleo para cuidar, lo que le ocasiona impotencia, rabia, frustración, se muestra intolerante ante la dependencia del familiar, violento y con malos patrones de afrontamiento.

En el *capítulo segundo* se aborda, desde el punto de vista clínico, una abundante casuística y se ofrecen tablas de indicadores de malos tratos, lo que le concede un valor práctico indudable. En él se destaca el papel fundamental del médico en el diagnóstico y la planificación de programas de atención y prevención de malos tratos al anciano. Los médicos de medicina general y de hospitales muestran una gran preocupación e interés cuando se identifican casos de malos tratos y se involucran activamente en el desarrollo de programas clínicos y locales. Un problema con el que se encuentran es el bajo número de casos que llegaron a detectarse, y sólo un 2% de los casos había sido denunciados por los médicos. Hay falta de directrices para la actuación, solicitan indicaciones precisas de cómo proceder, en quién recae la responsabilidad, y reclaman estrategias definidas para afrontar los casos, piden una mayor definición de responsabilidades. Entre las responsabilidades legales y los dilemas que deben enfrentar se incluyen cuestiones como la confidencialidad de la información médica, la responsabilidad de terceros, cuándo y cómo informar a la policía, y cómo trabajar en cooperación con organismos no sanitarios institucionales y de voluntariado. Es una cuestión básica que los profesionales de la salud tengan unas claras directrices de actuación en coordinación con los organismos que diseñan las políticas, en el marco nacional y local.

El *capítulo tercero* hace un planteamiento legal de la cuestión, pone de manifiesto la invisibilidad del problema, lo que dificulta la detección. Ante los malos tratos

apenas se hace uso de planteamientos legales como medio de protección, una de las circunstancias es que los mayores son muy reticentes a iniciar procesos legales y verse envueltos en ellos, unido a esto la situación de incapacidad mental de muchos mayores maltratados, por lo que el delito queda impune. Desde ahí la aplicación de la ley entraña dificultades, y el problema sigue siendo invisible. Este silencio viene determinado por la incapacidad para expresar como consecuencia de un deterioro cognitivo severo, miedo a represalias en el futuro, y porque quieren proteger a la persona maltratante del castigo si denuncian, temor a la expulsión residencial, temor a ingreso en residencia si delata al maltratador familiar, dependencia económica y habitacional del perpetrador.

En las instituciones geriátricas el trato inadecuado es objeto de sanción a los empleadores y al personal contratado que están ocasionando daños a los mayores, lo mismo en el ámbito familiar al cuidador remunerado y a los miembros de la familia. En las instituciones se da maltrato económico cuando se hacen contratos fraudulentos de servicios que no se van a prestar apropiaciones indebidas de bienes, operaciones bancarias sin autorización del interesado, poner bienes a nombre de otros sin permiso, robo de objetos personales, violación de las libertades civiles.

En el *capítulo cuarto* se hace un análisis desde la perspectiva sociológica tratando de aclarar algunas cuestiones alrededor del concepto de maltrato, e identificar algunos principios aplicables por los profesionales que trabajan en este campo. Un camino para ampliar el debate sobre los malos tratos pasa por una integración de la teoría social y la intervención, atendiendo a las relaciones de los ancianos con sus cuidadores y la construcción social de las relaciones de dependencia en la etapa final de la vida. El contacto con los ancianos puede resultar difícil cuando se vive como no gratificante y hace pensar a los cuidadores sobre su propio envejecimiento. Se plantea en el capítulo el problema de la violencia doméstica, entendiendo a la persona mayor dentro de la familia, como un miembro más de la misma, de esta consideración dependerá en gran manera la salud y la felicidad.

La familia puede infligir daño a sus miembros más débiles y vulnerables, este maltrato es una forma más de violencia doméstica que está afectando a todas las edades en la actualidad, en este ámbito están más presentes la negligencia afectiva y los malos tratos psicológicos. En relación al maltrato institucional se abusa más de la agresión verbal, la falta de intimidad, la infantilización, la despersonalización, la deshumanización y la victimización. En relación a cómo atajar los malos tratos se hace hincapié en extremar la vigilancia para prevenir antes de que suceda, promover estrategias de freno una vez que sucedan, favorecer el cuidado de sí mismo en las edades avanzadas, y cuidados a los que cuidan como elementos fundamentales para erradicar tan grave problema.

El *capítulo quinto* señala las áreas del ejercicio del trabajo social ante el maltrato a ancianos, estos profesionales están muy cerca de los mayores que viven en la comunidad y también de los que residen en instituciones geriátricas, por la propia naturaleza de proximidad de su trabajo. La denuncia de los malos tratos aparece en los servicios sociales por muy diversas vías, los casos han de ser abordado con prontitud, antes de que estas situaciones puedan deteriorarse aún más. Hay que obtener desde el principio la mayor información posible sobre el caso, y los contactos a establecer con personas y servicios públicos y organismos, así como los antecedentes familiares

del anciano. Las habilidades de comunicación, empatía y relación de confianza del profesional, ayudarán a la víctima a expresar la difícil situación de la que está siendo objeto.

Hay obligatoriedad de la denuncia ya que se trata de poner a salvo a las persona, evitar daños y no tiene por que entrar en conflicto con el secreto profesional, lo mismo en las instituciones en las que la denuncia del maltrato forma parte de la estrategia de calidad y bienestar de los residentes, teniendo en cuenta que las víctimas pueden plantear dificultades cognitivas y comunicativas ante un trato inadecuado o negligente. Es notable la importancia de los voluntarios como denunciadores de malos tratos, siendo informantes claves para los trabajadores sociales en el ámbito comunitario, en este sentido el trabajador social puede desempeñar una labor educativa con los voluntarios.

En cuanto a la prevención del maltrato hay que incluir la provisión de recursos, el cambio de actitud hacia los ancianos, la creación de redes de seguridad, y el desarrollo de sistemas de supervisión para abogar por aquellas personas que presenten alguna discapacidad y sean objeto de trato inadecuado en el seno de la familia o en instituciones especializadas.

El *capítulo sexto* plantea la perspectiva de los profesionales de la enfermería. En el se destaca que hay un maltrato al interior de la familia y también inflingido por el personal remunerado, los profesionales de enfermería también pueden ser maltratados. El tener prejuicios y actitudes gerontofóbicas hacia los mayores, puede llevar a adoptar conductas violentas al personal sanitario; esta falta de estima es percibida por los mayores que se hacen cada vez más incapaces e inseguros. La formación geriátrica es importante para desarrollar con calidad el trabajo con mayores, pero no lo es todo ya que hay que considerar los valores que rigen la vida de los cuidadores, la sensibilidad, la solicitud, las actitudes y aptitudes. La desmotivación y el bajo reconocimiento social de los cuidadores repercuten de manera negativa en los cuidados, pero es inaceptable que sea el anciano quien se perjudique por ello. Hay actitudes negativas, falta de preparación, falta de promoción profesional, falta de comprensión sobre el proceso de envejecimiento, falta de formación específica para detectar los malos tratos. El maltrato cursa con silencio por parte de las víctimas y también por parte de los profesionales que observan y no denuncian a sus colegas, por miedo a las consecuencias.

La colaboración de los vecinos y proveedores a domicilio se hace necesaria, hay que extremar la observación de la situación cuando el mayor vuelve a casa tras un ingreso hospitalario, la acogida de los familiares, las condiciones generales de vida, la vivienda, las relaciones vecinales. Hay que prestar atención a todos los aspectos relacionados con los cuidadores familiares: situación emocional, económica, relación con el anciano, grado de satisfacción con los cuidados, estrés, frustración, indiferencia, depresión, baja autoestima. Para ello el personal sanitario dispone de protocolos de evaluación en cuanto a nutrición, hidratación, medicación, estado general físico y emocional de la persona mayor.

El *capítulo séptimo* analiza la evaluación multidisciplinar del mayor en riesgo de violencia, se analiza abundante casuística desde la dimensión multidisciplinar. Es indudable que la intervención ha de ser en equipo formado por médico, enfermera, trabajador social y psicólogo. Es necesario que el equipo tenga la misma filosofía,

comparta diseños de intervención, lenguaje común, buen nivel de comunicación y objetivos claros de intervención. Las reuniones de equipo han de estar bien diseñadas para poder abordar las cuestiones de interés y llevar a cabo acciones anticipativas y preventivas sobre nuevos casos. Hay que marcar un calendario para la revisión de cada situación, incidiendo con más frecuencia en aquellas que presentan mayor gravedad, los responsables de gestionar los recursos planeados por el equipo han de ser informados de todas las decisiones tomadas por el equipo. Es preciso contar con asesoramiento legal sobre los casos, por parte de los respectivos departamentos jurídicos de los servicios sociales y de salud pública. La formación de los integrantes del equipo ha de ser un asunto prioritario.

El *capítulo octavo* trata del papel del médico de cabecera como figura clave en el proceso de detección, pero frecuentemente no se enseña a los médicos a valorar los casos de malos tratos, no tienen costumbre de examinar sistemáticamente a sus pacientes para identificar los síntomas de violencia y también pueden pasar desapercibidos los factores de riesgo de los ancianos. Por todo ello es muy aconsejable que se atienda a los pacientes ancianos de forma regular en sus domicilios, para detectar cualquier anomalía e intervenir con celeridad. En la evaluación ha de incluirse: el estado general de salud, el grado de autovalimiento, las funciones sensoriales, la movilidad, el estado mental, el estado físico y el entorno social. Se plantean dos cuestiones prioritarias, ¿cómo descubre el médico de cabecera si un anciano es maltratado y qué debe hacer con esa información? En la actualidad se habla mucho de la consideración de los llamados seis puntos, a saber: los factores de riesgo, la implicación de familiares y cuidadores, la disposición de ver con asiduidad a la persona mayor, cumplir los requisitos de procedimiento si los hay, la colaboración con los organismos, y la introducción de mecanismos de registro para la detección de cambios significativos en los ancianos. Debido a la relación de la familia con el médico de cabecera, éste puede evaluar el estrés del cuidador y su repercusión sobre el anciano.

En el *capítulo noveno* se destaca el papel que desempeña la relación entre el cuidador y el cuidado y la prevención del maltrato. Es importante proporcionar periodos de descanso a los cuidadores de personas dependientes y a las personas que están acompañando a los mayores, éstos cuidados son instrumentales si van dirigidos a atender necesidades físicas y afectivas si se dirigen a satisfacción de relaciones humanas, emocionales y sentimientos. Las publicaciones sobre los cuidados se han centrado casi exclusivamente en el estrés que ocasiona cuidar a alguien, hasta el punto de excluir la satisfacción y recompensas personales que sin duda también implica. Si el afecto no es la base de la atención, la situación puede hacerse muy frágil con propensión a deteriorarse.

Hoy se le concede gran importancia de la calidad de la relación entre cuidador-persona cuidada desde el complejo abanico de interacciones que ocurre en esa relación. Cada vez hay más pruebas empíricas que indican que la satisfacción de los cuidadores está relacionada positivamente con la relación establecida con la persona mayor al inicio de los cuidados o en épocas anteriores en el caso de los familiares. La literatura sobre cuidados se ha centrado más en atender las necesidades instrumentales, y hay que poner énfasis en los modelos relacionales, es decir aquellos que toman en cuenta la naturaleza cambiante de la atención y que dan prioridad a la calidad de las relaciones entre el cuidador y la persona a su cargo. Es pertinente la auto evalua-

ción del comportamiento del cuidador antes de que llegue a situaciones de estrés con penosas consecuencias. Las buenas relaciones minimizan el estrés incluso ante unas exigencias de atención manifiestamente gravosas. A la inversa una relación pobre y frágil se quiebra ante exigencias menores.

El *capítulo décimo* titulado con miras al futuro, reconoce que el problema de los malos tratos sigue siendo poco reconocido socialmente, esto es lo primero que hay que abordar «dar noticias» de él al tiempo que se establezcan directrices de actuación. Formula una serie de preguntas acerca de qué es el maltrato, quién maltrata, factores que fomentan el maltrato, la familia en situación de riesgo, indicadores físicos, emocionales, sociales, acciones de prevención, de intervención, acciones de los servicios sanitarios y sociales en materia de prevención y actuación. Es un tema susceptible de diversas líneas de investigación como: estudio de incidencia y prevalencia, estudio acerca de las víctimas, de los perpetradores, consecuencias del maltrato para los maltratadores y las víctimas, relación del maltrato infantil, conyugal, a adultos vulnerables y ancianos, diferentes percepciones del maltrato, negligencia y auto negligencia, el estrés del cuidador, evaluación de los programas de intervención, estudio de los distintos tipos de maltrato.

En el *apéndice* se incluyen directrices de actuación sobre el maltrato, los que maltratan, factores médicos y sociales que fomentan el maltrato, familias en situación de riesgo, indicadores físicos, sociales, emocionales en los ancianos, indicadores sociales y emocionales en los cuidadores, líneas de acción de los profesionales sanitarios, medidas a tomar cuando ya se ha producido, y finaliza con las intervenciones y responsabilidades de los servicios sociales/ departamentos de trabajo social. La obra finaliza con una abundante bibliografía.

ROSARIO PANIAGUA FERNÁNDEZ.
Universidad Pontificia Comillas