

Malos tratos en personas mayores: marco ético

A. Moya^a y J. Barbero^b

^aMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Bioética. C.S. Tres Cantos. Imsalud. Área 5 de Atención Primaria. Madrid. ^bPsicólogo. Máster en Bioética. E.S.A.D. Imsalud. Área 7 de Atención Primaria. Madrid. España.

Abuse like beauty, is in the eye of the beholder¹.

INTRODUCCIÓN

En la última década, la sociedad española ha ido tomando conciencia de una de las ignominias más ocultas de nuestro desarrollo social, el *maltrato doméstico*², y más en concreto, el referido a niños y mujeres.

Esta positiva sensibilización hacia los malos tratos y su relación con el entorno nos ha llevado a que cuando hablamos del maltrato a las personas mayores la reflexión se circunscriba a las dejaciones o vejaciones que sufre el mayor en el entorno convivencial, sea en su domicilio o en la residencia en la que vive. Desde esta perspectiva, quien inflige los malos tratos suele ser el cuidador, bien sea el denominado –creemos que desafortunadamente– «cuidador informal», bien el cuidador profesional.

Sin embargo, a nuestro entender, esta reflexión es incompleta. De hecho, es conocido el *maltrato profesional* frente al anciano, que se puede producir tanto en instituciones de alojamiento como en cualquier otro recurso de atención sanitaria, social o sociosanitaria. Sirva como un breve ejemplo la utilización no autorizada de restricciones físicas o farmacológicas de una persona mayor en un hospital de agudos.

Además del maltrato doméstico y el profesional, podríamos incluir el *maltrato estructural y social*, que, como afirma un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud³, es el sustrato que condiciona la aparición del maltrato al mayor: *Los drásticos cambios sociales y económicos a escala mundial –como la organización, 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.

La mayor parte de los estudios en nuestro entorno hablan de una prevalencia de entre un 4 y un 6% de nuestros mayores, y, sin embargo, es la variedad de violencia de último reconocimiento.

La preocupación de la profesión médica por el tema ha sido también reciente. La primera discusión apareció en 1975, en el *British Medical Journal*⁴ en una carta al editor. Una revisión terminada en 1995 y limitada a publicaciones centrales y al Index Medicus sobre «malos tratos a ancianos» detectó 26 artículos, y sólo 4 de ellos contenían datos primarios. Durante el mismo período, el número de informes sobre malos tratos a menores ascendió a 248⁵.

En España la investigación sobre este problema es aún muy escasa⁶, hecho que parece relacionarse con la escasa inquietud que genera este tema entre los profesionales.

A nuestro juicio, dos son las razones principales que fundamentan el escaso interés real –que no formal– sobre el maltrato en el anciano:

1. *Gerontofobia pasiva.* Nuestra sociedad no valora los aspectos positivos de la vejez, y se tiende a evitar y a defenderse de las carencias y deterioros de la misma. Como si no tuviera que ver con nosotros. De hecho, cuando no valoramos algo como positivo, tampoco tenemos conciencia (cognitiva) y sensibilidad (emocional y axiológica) para percatarnos de que los derechos de esa realidad puedan estar siendo vulnerados. El etatismo –la discriminación por la edad– ha sido la norma a lo largo de la historia, y hoy sigue siendo una realidad palpable.

2. *Dificultad para detectarlo y denunciarlo.* Sólo se diagnostica lo que se sabe posible, y no se suele tener en mente el maltrato como diagnóstico diferencial. Se ne-

Correspondencia: Dr. A. Moya.

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tres Cantos. Imsalud. Área 5 de Atención Primaria. Sector Oficinas, 12. 28760 Tres Cantos. Madrid. España.
Correo electrónico: amoyalo@telefonica.net

cesita un elevado índice de sospecha para detectar el maltrato, sobre todo cuando muchos de los factores de riesgo no están presentes. La resignación ante el maltrato puede cursar en forma de depresión o de comportamiento pasivo aprendido.

La persona mayor maltratada puede sentirse culpable por denunciar la actuación de aquel de quien depende para los cuidados, y mucho más si se trata de un familiar. Por otra parte, puede tener miedo a denunciar, al entender que no existen alternativas reales, efectivas, seguras y rápidas.

Las manifestaciones del abuso pueden confundirse con las consecuencias de los cambios propios del envejecimiento. Se suele dar menos credibilidad a las afirmaciones de un anciano, más aún si el mayor es percibido como alguien «difícil» y el familiar comunica bien con los profesionales.

Esta dificultad de detectar y perseguir el maltrato está conectada con la profusión de términos que engloban dicha realidad (maltrato, abuso, negligencia, abandono...) y la polisemia que hay detrás de cada término, hecho que demanda un cierto consenso en el trasfondo de las distintas definiciones.

En algunos trabajos se distingue entre abuso y negligencia, manteniendo que la clave diferencial estaría en que se tratase de una acción o de una omisión. Para otros, el abuso tendría intencionalidad⁷ –y con ello responsabilidad necesaria–, mientras que en la negligencia no existiría esa intencionalidad⁸ y, por tanto, no necesariamente la responsabilidad consiguiente. Para evitar estas dificultades, ya en 1987 la Asociación Médica Americana⁹ acabó centrándose en *el resultado de daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de la persona anciana*, independientemente de la intencionalidad o de que este resultado se produzca por acción u omisión. Esta última es probablemente la definición más citada, aunque, como luego veremos, no está desprovista de ambivalencia moral.

Desde nuestro punto de vista, existe otra definición que incorpora un último matiz muy clarificador. Se trata de la aportada por la «Acción contra el maltrato al mayor» (1995) del Reino Unido, que fue adoptada posteriormente por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA)³: *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*. Entendemos que es la definición que mejor engloba la realidad del maltrato al mayor al situar la clave en la «expectativa de confianza», que aparece tanto en el maltrato doméstico como en el ámbito profesional.

La realidad del maltrato al mayor está definida por la complejidad, con una gran variedad de escenarios (co-

munidad, instituciones...), de tipología (físico, psicológico, económico, sexual...), de factores de riesgo (características del agresor, del maltratado, de la situación socioeconómica...), de indicadores de riesgo, de teorías que lo comprenden, de instrumentos de evaluación (protocolos de tipo narrativo, *check-list* u otras fórmulas estándar), de percepciones interculturales y étnicas¹⁰ en cuanto a lo que se considera malos tratos, etc. Un ejemplo habitual de la complejidad técnica y ética de manejo sería el conocido como «anciano golondrina»¹¹.

Una última apreciación. El hecho de ser muy sensibles a la posibilidad de maltrato al mayor nos puede llevar a hipertrofiar la realidad. No se puede caer en el error de calificar de maltrato toda irregularidad en la atención a la persona mayor. En este sentido, la diferencia ética entre maleficencia y no beneficencia puede sernos de enorme utilidad.

Abordaremos ahora esta realidad a través del análisis de su implicación en los ya conocidos cuatro principios de la bioética.

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA

El principio de no maleficencia nos obliga a no perjudicar, a no hacer daño a los otros en el orden biológico y en el emocional. Junto con el principio de justicia, marca el mínimo de deberes que deben ser comunes a todos, definiendo la ética pública de una sociedad. Por este motivo, este principio no depende de la voluntad de cada persona y su cumplimiento se exige generalmente en derecho bajo la forma de «lo que todos están obligados a no hacer»: no seas negligente, no seas imprudente, no seas imperito.

En la práctica clínica el principio de no maleficencia nos obliga a no llevar nunca a cabo acciones que estén claramente contraindicadas, a proponer y realizar acciones que estén claramente indicadas y a valorar si la razón beneficio/riesgo es adecuada en los casos en que una actuación no esté ni claramente indicada ni contraindicada. Su contenido, por tanto, viene definido en buena parte por la *lex artis*, y puede variar a medida que cambie ésta. Al hablar de ética de la indicación nos referimos no sólo al daño físico que podemos producir, sino también al emocional, y no sólo el que se causa a un paciente, sino también a la familia.

Ya hemos dicho que las definiciones de maltrato que aparecen en la literatura son muchas y muy variadas. La amplitud de matices de estas definiciones no favorece el análisis ético de este tema, al no introducir ningún tipo de gradación entre los diferentes tipos de maltrato, equiparando acción y omisión, intencionalidad y ausencia de intencionalidad o el medio donde se produce el maltrato.

Sin embargo, nadie equipararía moralmente (ni legalmente) el hecho de que un profesional sanitario propine

una paliza a un anciano ingresado en un hospital, con el hecho de que un cuidador informal sobrecargado de trabajo olvide cambiarle un pañal mojado, aunque ambos hechos puedan ser considerados maltrato.

Efectivamente, hay muchos casos en los que no existe diferencia moral entre omitir y cometer, bien porque ambas cosas son en esas circunstancias igualmente buenas, bien porque las dos deben considerarse malas. Pero indudablemente, en muchas otras situaciones de la vida sí existen diferencias entre acciones y omisiones^{12,13}, pudiendo tener distinta calificación moral dependiendo de los hechos y circunstancias que se analicen y de la intensidad y gravedad de las consecuencias que se deriven del acto u omisión. Un ejemplo de ello lo tenemos en los conflictos de «no inicio» o «retirada» de tratamiento de soporte vital¹⁴.

Otras valoraciones a introducir en el debate ético serían la intencionalidad subjetiva e intereses de quien causa el maltrato, su persistencia y reiteración en el tiempo, o las posibles diferencias existentes entre que éste sea causado en una institución pública por personas con responsabilidad profesional en el cuidado de la persona mayor o por cuidadores informales, con escasa formación y pocos recursos en un entorno privado. El maltrato es siempre injustificable, y aquí no se trata de justificar nada ni a nadie, sino de introducir un criterio de responsabilidad moral.

Estas apreciaciones pueden servirnos de orientación, pero el criterio fundamental del análisis debe residir en la *deliberación moral*. Ésta se realiza siempre en dos tiempos, uno en el que se contrasta el hecho a considerar con los principios deontológicos, y otro en el que se evalúan las circunstancias y las consecuencias, por si éstas permitieran o exigieran hacer una excepción a los principios. Quede claro que quien quiera hacer una excepción tiene de su parte la carga de la prueba y, por tanto, ha de probar que era necesario hacerla¹⁵.

Parece claro que ante una acción de maltrato, intencionada, reiterada y que produce un daño físico y psicológico objetivable en el anciano, como puede ser golpearle, se está quebrantando de forma grave un principio de tan alta exigibilidad moral como es el de no maleficencia. Al evaluar las circunstancias y consecuencias del caso concreto, difícilmente podremos encontrar –aunque pudieran existir– razones que permitan hacer una excepción a un principio de tan alto rango.

Sin embargo, cuando de forma no intencionada se produce un fallo ocasional en el cuidado del anciano (p. ej., en su higiene) que amenaza su bienestar, resulta muy dudoso que se esté quebrantando el principio de no maleficencia, aunque pueden verse afectados los principios de beneficencia y autonomía. Por supuesto, también tenemos el deber de cumplir con estos dos principios y, por lo tanto, el hecho no puede ser considerado como

moralmente aceptable y calificado como negligente; pero su exigencia moral es de menor rango que la del principio de no maleficencia. Por otra parte, será más fácil encontrar circunstancias o consecuencias que nos permitan considerar que el implicado podía hacer una excepción.

Creemos que estas reflexiones deben introducirse y desarrollar en la práctica a la hora de definir el problema del maltrato y pueden ayudar tanto en el estudio de la magnitud del problema como en la implicación de los profesionales sanitarios, el análisis de las obligaciones de los familiares o la racionalización de las actuaciones a llevar a cabo.

Ya hemos comentado que identificar el maltrato puede ser tarea muy difícil, sobre todo cuando sus manifestaciones son poco objetivables, como sucede en el caso de maltrato psicológico¹⁶, y cuando es escondido o negado en el entorno familiar. En el momento actual la concienciación social y la formación resultan más aconsejables que la «caza de brujas» y la culpabilización de los implicados. En este sentido, cabe exponer una serie de reflexiones que intentan hacer «conscientes» actitudes mantenidas por los profesionales en la práctica clínica cotidiana:

– La negligencia, entendida como el fallo o déficit en la provisión de los cuidados que precisa el anciano, es una de las formas más frecuentes de maltrato y afecta tanto a los cuidadores informales como a los profesionales.

– El maltrato, en sentido estricto, no suele ser un problema sanitario sino social. Pero somos los profesionales de la salud quienes nos encontramos en mejores condiciones para acceder al problema, al ser los únicos «autorizados» para acercarnos a la integridad física, mental y social de los maltratados¹⁷. Este hecho genera responsabilidades ineludibles en el personal sanitario, sobre todo en el nivel de atención primaria. En primer lugar, la necesidad de formación de médicos y enfermeras sobre el envejecimiento y los problemas de las personas mayores, y más en concreto sobre las diferentes formas de maltrato, signos de sospecha, etc. Hoy por hoy, desconocer indicadores de sospecha es una forma clara –por ignorancia culpable– de mala praxis.

– La visita domiciliaria se nos antoja obligada en el cuidado y seguimiento de los ancianos dependientes o con enfermedades terminales, y fundamental a la hora de prevenir, detectar, diagnosticar y manejar situaciones de maltrato. Sin embargo, entre los sanitarios parece existir cierta pereza –cuando no rechazo– en realizar esta actividad, a pesar de ser intrínseca a la filosofía de lo que debe ser la atención primaria. Estas actitudes tienen claras implicaciones éticas¹⁸, y conformarse con expedir recetas a los familiares que vienen por ellas a la consulta, sin visitar periódicamente a los ancianos dependientes, es una forma de negligencia.

– La derivación de pacientes ancianos a urgencias hospitalarias sin más justificación que «quitarnos el embolado de encima» o atender a presiones interesadas de los cuidadores puede ser altamente maleficante, generando daño y convirtiéndose en una práctica iatrogénica en muchas ocasiones. Mención especial merecen las personas mayores que rotan por los diversos domicilios de sus hijos, acumulando informes de urgencias de distintos hospitales, sin que ningún profesional se sienta responsable directo de su atención.

– Evitar ser maleficantes en estos casos implica hacer derivaciones realmente indicadas y valorar y manejar de forma adecuada la angustia de los familiares, que en muchas ocasiones les lleva a solicitar la derivación o el ingreso en una institución. No olvidemos que estos ingresos pueden acabar siendo una forma privilegiada de maltrato.

– Los malos tratos en instituciones aparecen periódicamente en los medios de comunicación. Algunos médicos de atención primaria tienen asignados en sus cupos personas mayores que viven en pequeñas residencias de la tercera edad y a veces son de las pocas personas ajenas a la institución que pueden acceder a ellas. Implicarse en la prevención del maltrato, o en su denuncia cuando se ha producido, entra dentro de las obligaciones morales del médico que no quiera convertirse en cómplice.

– La utilización de tratamientos farmacológicos o la sujeción mecánica de pacientes con trastornos de conducta pueden tener una dimensión de trato vejatorio e inhumano, además de efectos secundarios indeseables. Su utilización por razones exclusivas de conveniencia de quienes les cuidan, sin racionalizar su utilización ni valorar seriamente su indicación, no son justificables¹⁹.

– De forma paradójica, el anciano enfermo puede vivir dos miedos diferentes: por un lado la soledad y el abandono en su cuidado, pero también el exceso de tratamiento. En cuanto al primero, es sabido que en ocasiones se califica al anciano de «quejica» cuando refiere dolores de forma continuada, como si los mismos procesos dolieran menos o estuvieran justificados sólo por el hecho de tener más edad.

Otras veces nos empeñamos en mantener con vida a un anciano cuya recuperación es imposible, utilizando procedimientos fútiles y prolongando el sufrimiento del paciente y de la familia²⁰. El término «encarnizamiento terapéutico», también conocido como «obstinación terapéutica», nos da ya idea de la valoración moral que sugiere. Podemos definirlo como una actuación dirigida a prolongar la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal, con medios tecnológicos desproporcionados y con beneficio nulo, o que el paciente entiende que son extraordinarios y los rechaza por considerarlos molestos o dolorosos.

Una última reflexión nos acerca a la posibilidad de ser maleficantes con la familia del anciano. La mayoría de

las familias cuidan a sus mayores lo mejor que saben y pueden, sin ningún tipo de formación previa sobre las actividades que tienen que realizar y con escasos medios materiales y humanos para llevarlas a cabo. Irrumpir en este ámbito, desde una óptica exclusivamente sanitaria, valorando alegremente la capacidad real de los cuidadores, nos puede llevar a considerar que los cuidados que proporcionan no son los adecuados. Muchas veces se lo manifestamos tal cual, a la vez que, de forma inconsciente, les culpabilizamos del empeoramiento de úlceras por presión, de la mala nutrición, etc., desplazando con frecuencia nuestra propia impotencia ante situaciones de deterioro progresivo del anciano. *Inocular la culpa* en un cuidador generalmente agotado y deprimido, sin ningún asesoramiento ni acercamiento empático, sólo conduce a su claudicación y, de forma indirecta, a aumentar el riesgo de maltrato al anciano.

PRINCIPIO DE JUSTICIA

Por principio de justicia entendemos una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios y no discriminar a las personas por ninguna causa que tenga que ver con su condición social, sexual, de raza, de edad, etc. En este sentido, la justicia tiene que ver con la igualdad de oportunidades.

Actualmente, las cuestiones de justicia, que tienen que ver, por tanto, con los criterios de «distribución de y accesibilidad a recursos limitados», se encuentran muy debatidas²¹, pues se pone en cuestión «hasta dónde» tiene el Estado obligación de garantizar determinadas prestaciones de asistencia sanitaria o sociosanitaria o de utilizar recursos para prevenir o promover determinadas conductas.

Al principio de justicia no sólo le afectan la provisión o accesibilidad de recursos asistenciales (ambulatorios o de institucionalización), sino también, en un sentido amplio, la puesta en marcha de estrategias de corte más estructural, que acaban afectando a la posibilidad de maltrato en los mayores.

En una revisión de diferentes esfuerzos de entidades comunitarias de Estados Unidos para prevenir la violencia e intervenir sobre ella, un estudio concluyó²² que había seis estrategias comunitarias amplias que se habían combinado con éxito en la reducción del nivel general de violencia en la familia y en la sociedad. Estas estrategias incluían la reducción del consumo de alcohol y de drogas; la restricción del acceso a las armas de fuego; la disminución de la pobreza; el aumento del acceso a la atención sanitaria para mujeres y a los programas de salud mental y a los servicios de apoyo para todas las personas y proporcionar información y promover colaboraciones interdisciplinarias para crear «lugares seguros» en la comunidad.

De hecho, creemos que esta perspectiva de estrategias e intervención comunitaria nos ayuda a enfocar el

problema con mayor amplitud de miras, pues nos invita a no caer en la tentación de reducir la cuestión del maltrato a un tema de dinámica familiar, en lugar de considerarlo como un gran problema de la sociedad.

Una de las cuestiones más controvertidas reside en los recursos destinados a la prevención del maltrato. La dinámica preventiva no suele tener consecuencias inmediatas, ni siquiera a corto plazo, y exige una responsabilidad moral –desafortunadamente– de altos vuelos, cuando debería ser de política común. Es mucho más eficiente desde el punto de vista económico invertir en prevención que intervenir cuando se produce el problema. Y desde el punto de vista personal, la trascendencia es mucho mayor, porque el sufrimiento evitado –en ocasiones, irreparable– puede ser muy importante.

Si nos centramos en la intervención, la carencia o inexistencia de algunos recursos de contención o de intervención en crisis resulta muy llamativa. Existen pisos de acogida para niños maltratados o casas clandestinas para acoger a las mujeres que han recibido maltrato. ¿Y para el anciano? En principio, nada de nada. Suelen acabar con largas estancias en los hospitales de agudos, lo cual seguramente está al menos no indicado y, desde luego, es profundamente injusto.

Otro aspecto llamativo se encuentra en la descoordinación entre redes sanitarias y sociales, habitualmente por problemas de protagonismos interinstitucionales. Se hace necesario redimensionar más y mejor la ideología socio-sanitaria, con metodologías y objetivos consensuados, con capacidad de establecer redes de recursos realmente diversificados y con una mirada conjunta de prevención primaria, secundaria y terciaria frente al maltrato.

Y una última cuestión frente a las valoraciones de justicia. Los familiares también son ciudadanos, y también necesitan ser cuidados en una situación tan compleja como es el cuidado de una persona mayor con dificultades. Nada se puede exigir si previamente no hemos dotado de medios y de apoyos a quien realiza, normalmente sin descansos, una tarea delicada y estresante. Los cuidadores tienen obligaciones, pero también deben tener derechos.

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

El principio de autonomía nos obliga a considerar que todas las personas son, por principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones respecto a la aceptación o el rechazo de todo aquello que afecte a su proyecto vital²³.

Respetar la autonomía de las personas no sólo significa asumir su derecho a tener opiniones propias y realizar acciones basadas en sus valores y creencias personales, sino que implica la obligación de asegurar las condiciones necesarias para que su elección sea autónoma, mi-

gando los miedos y todas aquellas circunstancias que puedan dificultar o impedir la autonomía del acto²⁴.

Nadie negaría desde el discurso moral este respeto a las personas mayores y, sin embargo, en la realidad diaria observamos que los mayores están más tutelados que respetados, más dirigidos que orientados y más sometidos a nuestros intereses que estimulados por nuestros cuidados²⁵.

No nos resultan extrañas aquellas consultas en las que el familiar que acompaña a la persona mayor nos refiere qué le pasa a ésta, quita importancia o exagera los síntomas que el anciano se «atreve» a matizar y aguarda, tras la valoración por parte del médico, a que se le expliquen las medidas terapéuticas a adoptar. Tampoco resulta extraño que los profesionales colaboremos en hacer que el anciano se sienta invisible.

Familiares y sanitarios se convierten así en intérpretes de la voluntad del paciente mayor²⁶, creyendo, en el mejor de los casos, evitarle molestias y preocupaciones y olvidando que no es posible hacer el bien a nadie sin respetar su autonomía.

Desde esta perspectiva paternalista, muchos cuidadores informales y profesionales de la salud pueden sentirse sorprendidos e incluso ofendidos al escuchar que con su actitud pueden estar cometiendo algún tipo de maltrato. Sin embargo, no nos puede sorprender que las personas mayores se consideren maltratadas al verse privadas de la posibilidad de tomar decisiones y no sentirse respetadas.

La Declaración de Almería²⁷ sobre el anciano maltratado recoge específicamente la vulneración del principio de autonomía en su definición de maltrato. Conductas que ignoran al anciano al no escucharle, hablar sin dirigirnos a él u ocultarle información sobre su estado, entran claramente dentro del abuso o negligencia psicológicos.

La mayoría de las situaciones de maltrato las padecen ancianos frágiles, con merma de sus condiciones físicas y/o cognitivas, dependientes para las actividades de la vida diaria²⁸. Seguramente este hecho nos puede hacer reflexionar sobre las raíces del comportamiento del que maltrata, desde el punto de vista de la ética.

Con cierta frecuencia hacemos valoraciones superficiales sobre la calidad de vida del anciano frágil –eso sí, desde nuestro propio sistema de valores–, concluyendo que su existencia no tiene mucho sentido o carece de valor. Pensar que una vida es poco digna nos puede llevar a relativizar el imperativo ético que nos obliga a considerar que «en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto».

La dignidad de las personas y de sus vidas no entiende de edades. Quede claro que sólo desde el más profundo respeto a la dignidad de la persona mayor podremos asumir los cuidados y la asistencia que el anciano precise.

El paciente anciano, mientras no se demuestre lo contrario, es una persona autónoma. El hecho de tener una audición deteriorada, un tiempo de respuesta más prolongado, una más lenta comprensión de la información que se le da no le incapacita para tomar decisiones sobre los cuidados de salud y sobre su vida misma. Incluso pacientes con déficit cognitivo pueden comunicar sentimientos acerca de su situación.

Es cierto que su autonomía se encuentra en muchas ocasiones disminuida, al depender de otros (profesionales, familia, cuidadores, etc.) para realizar actividades cotidianas, pero la incapacidad del paciente para *hacer* no significa incapacidad para *decidir*, y con frecuencia las asociamos.

Demostrar en la práctica diaria nuestro respeto por los ideales de vida de quien está al otro lado de la mesa, o encamado en su domicilio, hace necesario que el profesional sanitario parta de una actitud de absoluta transparencia. Es preciso que el paciente anciano perciba que estaremos siempre dispuestos a explicarle cualquier decisión clínica, dejando traslucir el compromiso que tenemos de confidencialidad y cumplimiento de las promesas que hagamos y un respeto exquisito a su intimidad. La relación empática, la escucha atenta y la continuidad en la asistencia al anciano nos ayudarán a conocer sus deseos y preferencias. Sólo desde esta actitud ética y manteniendo una relación clínica basada en la confianza podremos conseguir que el anciano no sólo participe en el diálogo necesario para desarrollar el proceso de consentimiento informado, sino lograr que, en caso de estar sufriendo un maltrato encubierto, se sincere con el profesional.

El proceso de consentimiento informado^{29,30} al que tiene derecho toda persona mayor puede requerir esfuerzos especiales para el profesional. El paciente anciano dependiente se encuentra en una situación claramente vulnerable frente a coacciones y manipulaciones en la información que cercenen su autonomía. Amenazas de ingresos en instituciones —si el anciano no se pliega a los deseos de familiares y sanitarios— resultan relativamente familiares y constituyen una forma de abuso psicológico. Los profesionales sanitarios no sólo no deben caer en ellas, sino que deben asumir un papel activo como agentes del paciente anciano, si presencian las amenazas o sospechan que éste está expuesto a ellas por parte de los cuidadores.

Que la información sea comprensible es uno de los puntos que habrá que cuidar de forma especial. Ante un anciano con deterioro sensorial, el médico tendrá que evitar al máximo los tecnicismos, utilizar frases cortas, elevar la voz, utilizar gráficos, etc. Que un anciano vea mal y oiga peor no presupone que no pueda tomar decisiones, y el intento de salvar esos obstáculos es una responsabilidad ineludible de las personas que le atienden.

Determinar la competencia del paciente anciano ante decisiones importantes puede entrañar serias dificultades

para el médico que le atiende y requerirá, además de conocimientos, una buena dosis de prudencia. Todas las personas mayores tienen capacidad para tomar decisiones mientras no se demuestre lo contrario. El médico deberá constatar la ausencia de las habilidades cognitivas y afectivas que definen la capacidad, teniendo en cuenta si pueden ser mejoradas o no, y relacionándolas con el tipo de decisión que se deba tomar. Un anciano puede ser considerado incapaz para tomar una decisión arriesgada y a la vez ser considerado capaz para decidir sobre su higiene o alimentación.

Además, tendremos que evaluar las consecuencias de declararle incompetente, pues supone negarle el derecho a decidir y que sean sus familiares o cuidadores quienes tomen decisiones sobre ingresos, tratamientos, etc. También aquí el médico deberá velar porque estas decisiones se tomen en el mejor interés del anciano.

La reciente publicación de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica³¹ que entra en vigor el 16 de mayo de 2003, habilita la posibilidad de que el paciente manifieste anticipadamente sus deseos sobre cuidados y tratamientos, para que sean cumplidos en el caso de que se llegue a encontrar en situaciones en las que no pueda expresarlos. En el documento de instrucciones previas el otorgante podrá, asimismo, designar un representante que sirva de interlocutor con el médico para procurar el cumplimiento de las instrucciones, si llegara el caso.

Los profesionales, sobre todo en atención primaria, tienen aquí una buena oportunidad para promocionar la autonomía de sus pacientes, informándoles y asesorándoles sobre la realización de los documentos de directrices previas. Por otra parte, conocer la voluntad de los pacientes puede evitar a los sanitarios muchas dudas y angustia en la toma de decisiones en las últimas fases de la vida o con pacientes incompetentes.

El paciente competente, al igual que tiene derecho a rechazar un tratamiento, puede rehusar cualquier tipo de ayuda en caso de estar siendo maltratado. Los profesionales sanitarios tendrán que respetar la decisión del anciano, cerciorándose en lo posible de que éste no esté sometido a coacciones por parte de quienes maltratan o encubren, implicándose en el seguimiento del paciente y facilitando teléfonos y direcciones a las que pueda recurrir el anciano si cambia de parecer.

Ya hemos comentado que las consecuencias de denunciar el maltrato pueden no estar claras para la víctima, que puede temer sean peores que las que padece. El talante ético del profesional y su grado de implicación con el paciente serán esenciales a la hora de informar de las posibilidades reales de ayuda y facilitar que el anciano decida qué tipo de ayuda desea.

Un caso de especial relevancia es el que algunos denominan «autoabandono», término que describe el estado de ancianos que viven solos en la comunidad y que no pueden ocuparse de sí mismos, al menos desde los criterios de los profesionales. Se trata de un tema muy delicado, pues no olvidemos que la calidad de vida es una cuestión estrictamente subjetiva. El hecho de vivir de forma muy distinta a la estándar no significa que no pueda ser algo elegible, o al menos preferible, para determinadas personas.

Tan sólo en casos de ancianos vulnerables, sin capacidad mental suficiente para tener conciencia del riesgo que corren y protegerse a sí mismos, o cuando se observa que se ha cometido un delito tipificado, estará justificada la intervención contra su voluntad, poniéndolo en conocimiento de los trabajadores sociales, de los servicios de protección al adulto o al anciano, o iniciando procedimientos judiciales.

En último término, la mejor manera de prevenir el maltrato será respetar y promover la autonomía, tanto funcional como moral, de la persona mayor. A menor dependencia y mayor capacidad para defender sus propios valores, menor riesgo de maltrato. Asumir esta reflexión nos lleva a concluir que a mayor fragilidad en la persona mayor, mayor obligación moral por nuestra parte de proteger y promover la autonomía.

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

El principio de beneficencia nos obliga a hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando al máximo los riesgos o perjuicios, pero teniendo siempre en cuenta lo que el afectado entiende por beneficioso. La beneficencia no es posible sin respetar la autonomía.

Junto con el de autonomía, el principio de beneficencia define la ética de máximos, el máximo moral que cada uno se exige a sí mismo. De él se derivan obligaciones positivas, no exigibles por coacción externa, y en las que cada uno de nosotros decide el grado de implicación que quiere alcanzar en su cumplimiento.

El estilo de vida actual, la estructura familiar y el derecho de sus integrantes a desarrollar su propio proyecto de vida, por un lado, y el aumento de los años de vida y la mayor supervivencia de ancianos dependientes, por otro, dificultan enormemente que las familias se hagan cargo de todas las necesidades materiales del anciano enfermo.

Este hecho nos lleva a preguntarnos: ¿hasta dónde llegan las obligaciones morales de las familias con sus mayores?³²⁻³⁴. Las obligaciones morales con los ancianos, o con cualquier persona, no son ilimitadas y nos parece injusto que toda la responsabilidad del soporte material del

anciano enfermo recaiga en la familia. Cubrir estas necesidades materiales es un deber de justicia y parece obvio, en el Estado del bienestar, que cuanto más difícil le resulta a la familia cumplir con este tipo de deberes –recogidos en el Código Civil–, más obligaciones subsidiarias tienen la sociedad y el Estado.

Pero el anciano enfermo también tiene otras necesidades, que podemos denominar de «honor, cariño y respeto», que son deberes de beneficencia a los que sí parecen estar obligadas las familias. Estas obligaciones morales pertenecen a la esfera de la ética privada, y el nivel de exigencia en su cumplimiento lo decide cada individuo: ¿cuánto cariño debo mostrar a mis mayores?, ¿cuántas veces debo visitarles?, ¿a qué y durante cuánto tiempo estoy dispuesto a renunciar para cuidarles?, etc. Que las respuestas a estas preguntas sean individuales no implica que los deberes de beneficencia no deban ser exigidos moralmente, aunque su cumplimiento no podrá ser reclamado coactivamente por ley.

Criterios para basar los deberes de los hijos con los padres, tales como el vínculo biológico, la reciprocidad, el amor, la gratitud, etc., son siempre discutibles y dudosamente podrán ser exigidos contractualmente. Seguramente el único tribunal que pueda juzgar unas u otras actitudes sea la propia conciencia, aunque quepa recordar nuevamente que la vulnerabilidad de los otros aumenta las responsabilidades morales de quienes tienen obligación de cuidarles.

Al igual que las familias, el sanitario puede preguntarse: ¿hasta dónde llega mi compromiso con este paciente anciano y su familia?, ¿cuánto tiempo les dedico?, ¿cuán amable debo ser con ellos?, etc. Nuevamente la respuesta vendrá dada por la conciencia moral de cada profesional, aunque caben también algunas matizaciones.

La sociedad establece unos mínimos que únicamente sirven para diferenciar un mal profesional de uno que no lo es (la ignorancia culpable, la impericia, la imprudencia y la negligencia). Pero no ser maleficante no significa ser un buen profesional³⁵. Al trabajar en un sistema público podemos caer en la tentación de cumplir escrupulosa y exclusivamente con las obligaciones y los grados de implicación que nos imponen desde los mínimos, con lo cual nadie nos podrá pedir responsabilidades legales. Ahora bien, cada uno elige libremente la profesión a la que se dedicará, y una vez elegida debe saber a qué se compromete.

Las obligaciones morales de beneficencia en el ámbito profesional parecen tener mayor grado de exigibilidad que en el ámbito privado. Es por ello que consideramos que las profesiones sanitarias no pueden conformarse con encontrarse cómodas en una ética de mínimos, sino que deben imponerse como obligación moral la búsqueda, en el día a día, de la excelencia.

Cumplir con los deberes de beneficencia en la práctica diaria nos debe hacer reflexionar previamente sobre nuestra actitud de partida, el talante ético con que afrontamos el cuidado de los pacientes ancianos y las virtudes que estamos dispuestos a desarrollar. La lealtad con el paciente, la empatía, la honestidad intelectual y la prudencia en la toma de decisiones se encuentran entre ellas y nos ayudarán a crear una relación más humana.

Nuevamente tenemos que resaltar la importancia que tiene la visita domiciliaria en la prevención y detección del maltrato. Además de la curativa, la asistencia domiciliaria tiene la finalidad de instruir, orientar, fomentar el autocuidado y potenciar la capacidad del paciente y sus familiares para afrontar los problemas que se planteen. Sugerir cambios en el entorno físico del hogar que optimicen los cuidados y el bienestar es sólo un ejemplo de las actividades a desarrollar.

Combatir el sentimiento de soledad de los ancianos forma parte de las obligaciones de beneficencia. Para algunos pacientes los quince minutos de visita de su médico o enfermera se convierten en día de fiesta. Fomentar las relaciones intergeneracionales dentro de la misma familia e informar sobre las posibilidades de acompañamiento de voluntarios pueden ayudar a llenar lagunas en este sentido.

El paciente mayor desplazado rotatorio es, por definición, una persona frágil y de riesgo a la que, por su carácter itinerante, le suele resultar difícil el acceso a la utilización de recursos sociosanitarios³⁶. Implicarse en su cuidado, no sólo sin poner pegas, sino poniendo en marcha fórmulas que faciliten la coordinación entre los diferentes profesionales que le atienden por meses, también forma parte de las obligaciones de beneficencia.

El apoyo a familiares y cuidadores debe ir más allá de la palmada en la espalda. Sabemos que las cargas que soportan diariamente los cuidadores aumentan su morbilidad, presentando altos índices de depresión³⁷, y que un cuidador agotado puede convertirse en maltratador. Formarnos en dinámica familiar, compartir la información, entrenar a las familias en la mejora de la relación con el anciano, el reconocimiento de su labor y de los éxitos en el cuidado³⁸, etc., nos pueden ayudar a hacer que el apoyo sea realmente efectivo.

Asimismo, los profesionales tenemos la obligación de informar a las familias sobre los apoyos sociales y sanitarios con los que pueden contar, facilitándoles el acceso a ellos. También es función nuestra intentar que «midan sus fuerzas» y tratar de evitar que claudiquen al verse atrapados en exigencias imposibles de llevar a cabo. Lo imposible no es moralmente exigible.

¿Cuál será, en definitiva, el lugar de la beneficencia con respecto al maltrato? Para nosotros la clave se en-

cuentra en asumir que el ejercicio del principio de beneficencia se convierte en un factor preventivo y protector de primera línea. Abre vías que aumentan la diversidad de recursos, vínculos y posibilidades, potenciando así el sentido de control de su situación y, visto en su negativo, disminuyendo la indefensión, que suele convertirse en su mayor enemigo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

– El problema del maltrato al anciano tiene claras implicaciones éticas para toda la sociedad, y en particular para los familiares y los profesionales sanitarios que atienden a las personas mayores. Hablar de maltrato es hablar de no maleficencia, pero también quedan afectados otros principios.

– En el ámbito profesional, la primera obligación moral es la formación en el cuidado del anciano enfermo y en la detección y manejo de las situaciones de posible maltrato, tanto en sus aspectos clínicos como éticos.

– Enfrentarse al problema del maltrato requiere que el profesional haga una reflexión sobre su actitud ante cuestiones como la discriminación de los ancianos en el sistema sanitario, la visita domiciliaria, las derivaciones a urgencias, los ancianos golondrina, la información que se les da, etc., y desarrollar una ética de lo cotidiano basada en la responsabilidad y la implicación.

– Las definiciones de maltrato actualmente utilizadas plantean problemas semánticos que tienen implicaciones éticas. La introducción de criterios de responsabilidad moral puede ayudar a establecer grados en la calificación de situaciones de maltrato que faciliten su estudio.

– La conculcación del principio de no maleficencia implica siempre maltrato. Evitarla exige, además de conocimientos técnicos, una reflexión ética sobre las indicaciones y contraindicaciones de lo que realizamos.

– El maltrato es un problema básicamente social, y en este sentido se precisan decisiones políticas que conduzcan a intervenciones comunitarias dirigidas a su prevención. La creación de recursos sociales que permitan la intervención en las crisis y la coordinación entre las redes sanitarias y sociales es una necesidad imperiosa.

– El respeto a la autonomía y la intimidad de las personas mayores es condición *sine qua non* para realizar cualquier acercamiento a su cuidado y asistencia. El objetivo estará en compatibilizar este respeto con la seguridad del anciano.

– La opinión de las personas mayores debe ser tenida en cuenta a la hora de diseñar cualquier estrategia de sensibilización social y abordaje del problema del maltrato.

– La fragilidad de los mayores enfermos genera responsabilidades morales de cuidado para los familiares y profesionales sanitarios, y a mayor vulnerabilidad, mayor responsabilidad.

– Cuidar al cuidador del paciente anciano es una obligación moral de beneficencia para los profesionales sociosanitarios y fundamental para la prevención del maltrato. Culpabilizar a los familiares cuando la evolución del paciente es mala, sin valorar el esfuerzo que realizan ni aportarles apoyo técnico y emocional, supone estar quebrantando el principio de no maleficencia.

– La toma de decisiones en temas tan complejos como el maltrato, con evidentes connotaciones morales, debe apoyarse no sólo en conocimientos técnicos, sino también en una metodología que evalúe tanto el cumplimiento o no de los principios éticos como las consecuencias de seguir un determinado curso de acción u otro.

– Las decisiones deben seguir criterios prudenciales y parecen más deseables la concienciación social y profesional, la prevención y el apoyo a las familias y cuidadores que la judicialización.

– Una acusación no suficientemente fundada o una intervención no cuidadosa ante la sospecha de maltrato puede ser también maleficente con los cuidadores. Un indicador de sospecha es simplemente eso, no se puede convertir necesaria y definitivamente en un definidor de maltrato. Se necesitará una valoración que combine el protocolo con la personalización, que trabaje desde la presunción de inocencia y el beneficio de la duda y que con estrategias comunicativas adecuadas pueda conseguir su objetivo primordial, que no puede ser el de búsqueda de culpables, sino el de identificar problemas y encontrar soluciones.

– El problema del maltrato en ancianos puede empeorar cuando aumente el número de personas mayores. Como nos recordó el fallecido Gerry Bennett³⁹, sería una grave ironía que el extraordinario incremento de la esperanza de vida que se ha conseguido en el pasado siglo simplemente nos aportara para éste una amplia cohorte de gente desprotegida y vulnerable frente al abuso.

BIBLIOGRAFÍA

- Callahan J. Elder abuse: some questions for policymakers. *Gerontologist* 1988;28:453-58.
- Baker NJ, Mersy DJ, Tuteur JM, Cline JM. La violencia en la familia [monografía]. American Academy of Family Physicians, 1996.
- WHO/ INFEA. Missing Voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization, 2002.
- Burston GR. Granny-battering [letter]. *Br Med J* 1975;3(5984):592.
- Lachs MS, Filmer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995;332:437-43.
- Bazo MT. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:8-14.
- US House Select Committee on Aging. Subcommittee on Health and Long-Term Care. Washington DC: May 10, 1985.
- Paris BE, Meier DE, Goldstein T, Weiss M, Fein ED. Abuso y negligencia del anciano. *Modern Geriatrics* (ed. esp.) 1995;7,9:296-9.
- American Medical Association. Council on Scientific Affairs. Elder abuse and neglect. *JAMA* 1987;257:966-71.
- Moon A, Williams O. Perceptions of elder abuse and help-seeking patterns among African-american, Caucasian American and Korean American elderly women. *Gerontologist* 1993;33:386-95.
- Sánchez L. El abuelo golondrina. *Jano* 1996;50:20.
- Gracia D. Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina, 1990.
- Simón P, Couceiro A. Decisiones éticas conflictivas al final de la vida: Una introducción general y un marco de análisis. En: Eutanasia hoy. Un debate abierto. Madrid: Noesis, 1996; p. 313-54.
- Barbero J, Fomeo C, Gijón P, Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2001;117:586-94.
- Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001;117:18-23.
- Barbero J. Problemas éticos en la atención al anciano enfermo. *Labor Hospitalaria* 1996;243:53-64.
- Kessel Sardinias H. ¿Estoy asistiendo a un anciano maltratado? [revista electrónica]. Disponible en: http://www.geriatrianet.com/numero6/privado6/geriatriaarticulo2002_2html
- Barbero J, Moya A. Aspectos éticos de la asistencia domiciliaria. En: Atención domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Springer, 1999; p. 119-27.
- Medrano Albéniz J. Aspectos éticos y legales de la enfermedad de Alzheimer. Formación continuada 1996;enero-febrero:95-109.
- Pérez Melero A. La edad avanzada como criterio de exclusión en la asistencia sanitaria. En: Ética y ancianidad. Madrid: UPCO, 1995; p. 95-108.
- Gafo J, editor. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Madrid: UPCO, 1999.
- Monsey B. What works in preventing rural violence: strategies, risk factors, and assessment tools. St. Paul. Amherst H. Wilder Foundation, 1995.
- Simón P, Couceiro A, Barrio IM. Una metodología de análisis de los problemas éticos. En: Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999; p. 233-7.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999.
- Domingo A. Ética y ancianidad: entre la tutela y el respeto. En: Ética y ancianidad. Madrid: UPCO, 1995; p. 67-94.
- Ribera, JM. Paciente anciano y atención sanitaria. ¿Un paradigma de discriminación? En: Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Edimsa, 1995; p. 19-32.
- Kessel H, Marín N, Maturana N, Castañeda L, Pageo MM, Larrión JL. Primera conferencia nacional de consenso sobre el anciano maltratado. *Rev Esp Gerontol* 1996;31:367-72.
- Lázaro del Nogal, M. Abusos y malos tratos en el anciano. En: Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Edimsa, 1995; p. 155-71.
- Simón Lorda P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. *Medifam* 1995;5:264-71.
- Simón Lorda P. El consentimiento informado y el anciano. En: Problemas éticos en relación con el paciente anciano. Madrid: Edimsa, 1995; p. 33-44.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274 de 15 de noviembre de 2002.
- Gracia D. Jóvenes y viejos. ABC cultural 1995, 23 de junio.
- Simón P. Obligaciones morales con los ancianos. *Humanizar* 1995;22:12-3.
- García Fdez J. ¿Cómo debemos tratar y cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer? Perspectiva bioética. Madrid: Afal, 2001; p. 88-93.
- Álvarez JC. La excelencia profesional. *Jano* 2000;59:84-7.
- Sánchez L, Cubero P, Gutiérrez B, Jolín L, Garcés P. El anciano golondrina: una propuesta de atención sociosanitaria. *Dimens Hum* 1998; 2:17-25.
- Mockus S, Novielli KD. A practical guide to caring for caregivers. *Am Fam Physician* 2000;62:2613-20.
- Barbero J. Cuidar al cuidador. En: Atención domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Springer, 1999; p. 111-8.
- Bennett G. Elder abuse. Doctors must acknowledge it, look for it, and learn how to prevent it. *BMJ* 1999;318:278.