

EL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

María Bellosta Martínez

Hospital Geriátrico Sagrado Corazón de Jesús (Huesca)

“El ser humano no funciona correctamente
si sólo se satisfacen sus necesidades materiales
y no aquellas necesidades y aptitudes que le son propias,
como el amor, la ternura, la razón, la alegría”

(E. Fromn, *La atracción de la vida. Aforismos y opiniones*)

El envejecimiento de la población derivado de la transición demográfica que se expresa a través del aumento de la esperanza de vida (actualmente por encima de los setenta años en los países más desarrollados), es un fenómeno casi universal dentro de las sociedades opulentas. La población española también está envejeciendo gracias, en gran medida, a los avances de la medicina. Los 6,8 millones de españoles que sobrepasan los sesenta y cinco años de edad representan ya el 17% de la población total. Sin embargo, este aumento de la población mayor de sesenta y cinco años y de su esperanza de vida¹ no está exento de zonas oscuras. La sociedad todavía no se ha parado a pensar seriamente en una cuestión tan alarmante como es el aumento del maltrato a las personas mayores. Según indicó a los medios de comunicación el Director del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (institución que destaca por sus esfuerzos en estudiar el tema del maltrato en España), sólo entre 1995 y 2001 la evolución del maltrato en España ha sido del 114%. Podemos decir que se está produciendo un auténtico juego de hipo-

1. Según la Organización Mundial de la Salud la esperanza de vida al nacer para los hombres españoles está en setenta y seis años, y para las mujeres en ochenta y tres.

crecía: mantenemos vivos a nuestros mayores hasta edades muy tardías, pero dándoles al mismo tiempo una vida indigna. Pese a la trascendencia del tema, en comparación con los estudios realizados a nivel mundial sobre la violencia en la familia respecto a las mujeres y los menores, existe un número muy reducido de publicaciones. Tampoco se han creado unas bases de investigación que permitan medir su incidencia y prevalencia. Ante el hecho de que ni siquiera se tengan datos fiables de la situación en muchas Comunidades Autónomas, se hace imprescindible poner en funcionamiento observatorios, con modelos similares a los que ya existen en comunidades como Andalucía y Madrid.

Teniendo en cuenta esta realidad, y sabiendo la importancia que tiene el que los diferentes profesionales, sanitarios y sociales, conozcan detalladamente el tema que nos ocupa, trataremos de contribuir en este capítulo a satisfacer su necesidad de aprendizaje, afirmando que son ellos quienes se encuentran en las mejores condiciones para detectar y combatir el problema del maltrato a ancianos.

La discriminación suele ser, muy a menudo, la antesala de la violencia, o el sustrato en el que hunde sus raíces la aparición del maltrato. Además del maltrato doméstico e institucional existe un maltrato estructural o social que ocurre cuando debido a nuestras ideas prejuiciosas en torno a la vejez convertimos el criterio de la edad en un elemento que otorga a la gente mayor menos valor que a la gente joven. Estos prejuicios se propagan mediante estereotipos: imágenes mentales simplificadas que se comparten socialmente y que nos hacen actuar de forma *edadista* en los más variados contextos. Por ejemplo, algo muy común entre la población en general es pensar que todas las personas mayores son frágiles, dependientes, fuertemente medicalizadas y penosas como algo inherente a su edad. Incluso la palabra viejo tiene una fuerte carga peyorativa. También en el otro extremo se habla de “nuestros mayores” desde una visión idílica, refiriéndonos a un nutrido grupo de jugadores de petanca o consumidores de balnearios. Respecto a los medios de comunicación estamos bastante habituados a que nos presenten a la gente mayor como seres pasivos receptores de hechos (que reciben homenajes, plazas en residencias o pensiones) y no como protagonistas y constructores de la sociedad de hoy. Del mismo modo, el aumento del número de personas de edad avanzada no aparece como una conquista para toda la sociedad sino como un lastre económico para el resto de la población, los mayores son “una carga” al no participar en actividades productivas. No estamos pensando en el daño que causan estos estereotipos, y en que representan una auténtica espiral de retroalimentación estereotipos-discriminación.

Lo más peligroso de todo esto es que los estereotipos trabajan con guante blanco. Parafraseando a Bourdieu señalemos que “la forma más implacable de “persuasión clandestina” es la ejercida simplemente por el orden de las cosas” (Flachland, 2003:60-61). O dando un paso más, en palabras de Bauman, “cuando se halla institucionalizada de una forma segura, la coacción se funde en el segundo plano de la

vida cotidiana, fuera de la atención. La mirada raras veces repara en ella y, por tanto, es “invisible”, cuanto más rutinaria, repetitiva y monótona sea menor probabilidad tiene de llamar la atención” (Bauman, 2001:239). Mientras no se hace visible la presencia de discriminación se puede seguir negando que ésta existe.

Parece que detrás de estas actitudes *edadistas* que alimentan la violencia, suele habitar entre otras cosas el miedo, un temor irracional a hacernos viejos. Hoy la vejez consiste también en el miedo colectivo que asocia vejez con muerte. Es posible también que detrás de estas visiones deterministas y estereotipadas sobre la vejez, haya además un problema de concepción de la misma. Porque el envejecimiento puede ser entendido no ya como una meta a la que se llega a tal o cual edad, sino como todo un proceso que discurre a lo largo de la vida (somos cada día un poco más viejos). Un proceso intersubjetivo² en el que las personas mayores y las personas de su entorno deciden cuándo se es viejo y qué papel se desempeña como tal dentro de la comunidad. Y un proceso, además, dinámico, puesto que todo lo anterior puede ser revisado con el tiempo. El modo en que se concibe cómo debe ser una persona mayor en relación con otros grupos de edad y el rol de la gente mayor en las sociedades son cuestiones que cambian con el tiempo al igual que cambia la sociedad en la que viven.

Esta concepción compleja de la vejez entiende que el envejecimiento supone también una gradual pérdida de ingresos, funciones corporales e independencia, pero pone en entredicho cuestiones centrales, como la idea de que un incremento en el número de personas mayores de sesenta y cinco años conlleve obligatoriamente que aumente el número de personas dependientes de forma proporcional. Esto es algo que vendrá dado por la capacidad de las personas y por el lugar que la sociedad les asigne. Envejecer no significa necesariamente que la persona se deslice inevitablemente hacia el deterioro físico y mental, hacia la soledad, hacia el abandono, hacia la no participación en la vida socio-política de la comunidad en la que vive. Desde esta perspectiva será más fácil aceptar el proceso de la vida en su totalidad, incluida la vejez, como punto de partida hacia una sociedad más madura, en la que se pueda perder el miedo a envejecer y morir.

Aún pensando el envejecimiento de este modo, eliminando los estereotipos y la discriminación por razón de edad, no queda resuelto completamente el problema de la violencia contra las personas mayores. También la pobreza y la falta de recursos sociales, que pueden ser considerados maltrato estructural, actúan como medio de cultivo más aún cuando existen problemas añadidos como el desempleo, la precariedad, ciclos intrafamiliares de violencia, el aislamiento y el estrés en el cuidador o/y el abuso de alcohol y drogas. No debemos olvidar que en nuestro país, según los datos del Instituto Nacional de Servicios Sociales,

2. “El sujeto aparece en la reflexión sobre uno mismo y según un modo de conocimiento intersubjetivo, de sujeto a sujeto, que se puede llamar comprensión...” (Morin, 2000:170).

la pensión media de un hombre de setenta años ronda los seiscientos euros, y esa misma edad una mujer apenas roza los trescientos sesenta euros. Para hacernos una idea de lo que esto representa sólo señalaremos que según la Federación Nacional de Residencias de la Tercera Edad, una plaza en residencia cuesta una media de 1.262,13 euros mensuales en habitación compartida. La Sociedad de Geriátrica estima que el total de ciudadanos que aguardan un lugar en los alojamientos públicos puede superar los cincuenta mil.

¿Qué es el maltrato a las personas mayores?

Existen diferentes definiciones sobre el maltrato, desde la Declaración de Hong Kong (primera referencia internacional), hasta la Declaración de Toronto, pasando por la Declaración de Almería (Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado) o la definición ofrecida por la American Medical Association, entre otras. Dado que no hay una definición única sobre este fenómeno, señalemos de forma general que cuando nos referimos al maltrato hacia las personas mayores estamos hablando de acciones u omisiones, realizadas intencionada o negligentemente contra los ancianos, que no tienen carácter de accidentalidad, se repiten en el tiempo y hacen referencia a daños físicos, psíquicos, sexuales y/o económicos.

Según el Consejo de Europa son nueve millones los ancianos víctimas de agresiones en Europa, y unos diez mil los que mueren a causa de negligencias asistenciales cada año. En España el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, señala que entre un 4% y un 5% de la población mayor de sesenta y cinco años sufre los efectos destructivos de la violencia, en total más de 300.000 mayores. No obstante es difícil conocer las cifras reales de este fenómeno dado que en muchas ocasiones el anciano, como el niño, no se queja o no llega a denunciar el problema por miedo a represalias de las personas que le atienden. Incluso en algunos casos se dan sentimientos de culpabilidad. Por todo ello se ha denominado al problema “fenómeno iceberg”. Se estima que solamente entre un 10% y un 15% de los casos son detectados, algo que hace muy difícil conocer la verdadera incidencia del problema. La violencia hacia los ancianos es en general más invisible que la violencia hacia otros colectivos, por eso ha dado en llamarse violencia “intramuros”: el mayor no va a las escuelas ni al trabajo, lugares que pueden poner a terceras personas en la pista del maltrato.

Wolf y Pillemer fueron quienes por primera vez intentaron elaborar una tipología enfocando el problema de un modo sistematizado³. Para estos autores el maltrato puede adoptar cuatro modalidades:

3. Hasta esta clasificación se llega de la mano de Decalmer y Glendenning (2000:60-61).

1. Malos tratos físicos: la inflicción de daño o dolor físico, coerción corporal, abusos sexuales y restricción de movimiento.
2. Maltrato psicológico: la inflicción de angustia mental (a través del chantaje, los reproches, el uso de un lenguaje soez, las humillaciones, los insultos, la intimidación, la privación emocional injustificada, la injerencia en las decisiones y el fomento de los sentimientos de vergüenza, culpa, ridículo o rechazo en la persona mayor).
3. Abuso material: la explotación y/o uso inapropiado o ilegal de fondos o recursos.
4. Negligencia activa: rechazo o incumplimiento de la asunción de obligaciones en los cuidados (incluyendo intencionalidad y conciencia de infligir malestar emocional o físico al anciano).
5. Negligencia pasiva: el rechazo o incumplimiento de la realización de obligaciones en los cuidados (excluyendo intencionalidad y conciencia de infligir malestar emocional o físico en el anciano).

Siguiendo a López García de Medinabeitia podemos describir también distintos indicadores según el tipo de maltrato. Así, sería fácil sospechar negligencia ante cuadros de desnutrición y deshidratación, pérdida de prótesis dentales, gafas o audífono, rechazo de servicios médicos o sociales, encamamiento excesivo o prolongado, vestimenta sucia, vieja o rota, olor a orina, heces y uso incorrecto y constante de los dispositivos de contención física. Nos orientarían hacia un posible abuso físico la presencia de lesiones inexplicables, magulladuras múltiples sin relación con caídas, calvas en el cuero cabelludo, marcas de dedos en la piel, hematomas, ropa interior rota o con sangre, irritación genital e infecciones de orina de repetición, accidentes en lugares y momentos extraños, y letargo. Son signos de posible abuso psicológico el temor, la vergüenza, o la culpa inexplicable, la tensión en el momento del baño o vestido, la pasividad y la sumisión, la autoestima baja, la actitud de defensa en presencia de ciertas personas, el desamparo o el llanto, el aislamiento, la evitación del contacto visual, los síntomas depresivos, la búsqueda de atención y protección, la suspicacia o agresividad, y la aparición súbita de cuadros confusionales. Y por último, podrían sugerir abuso financiero el impago de facturas por familiares a cargo del anciano, una austeridad injustificada, la desaparición de joyas u objetos valiosos, los movimientos súbitos en cuentas o las presiones de diferentes familiares sobre testamentos u otras cuestiones financieras (López García de Medinabeitia, 2003:109-110).

Según quedó patente en la VII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la violencia en el año 2003, de forma general puede afirmarse que son las mujeres quienes padecen en mayor medida los efectos de la violencia. De hecho, dos de cada tres víctimas son mujeres con cierta dependencia de tipo físico y cog-

nitivo, mayores de setenta y cinco años y con escasas o nulas relaciones sociales. Los números, que debieran ser positivos para el sexo femenino dada su mayor longevidad (según datos de la OMS hay actualmente cien octogenarias por cada cincuenta y tres hombres), se cubren sin embargo, de un tinte de miseria. En el entorno familiar, el perfil del agresor violento (ocho de cada diez casos) es el de un hijo que depende económicamente de la víctima y que consume alcohol, que actúa de este modo bien por estrés, por cansancio o por falta de preparación. Un 72% de las víctimas viven con su agresor por lo que la persona que les ataca es la misma que las cuida, produciéndose un auténtico síndrome de Estocolmo.

En el medio institucional existen todavía menos estudios dedicados a investigar el maltrato o la negligencia, algo que sucede, como señala López García de Medinabeitia “cuando la institución pasa por encima del anciano y ejerce un poder absoluto que coloca a los que de ella dependen a merced de los cuidadores” (López García de Medinabeitia, 2000:104). No podemos eludir el hecho de que los cuidados institucionales no siempre representan una solución al maltrato doméstico. Sabemos que una vez dentro de la institución, y aunque existe el derecho de formular quejas ante los responsables de residencias o pisos tutelados, las dificultades de una persona mayor vulnerable a la hora de hacer sus alegaciones ante el maltrato institucional son innegables. Tampoco se puede garantizar que durante las investigaciones, los residentes de un centro en el que se han denunciado malos tratos reciban ayuda, asesoramiento y protección. El rápido crecimiento de los centros privados y de las organizaciones voluntarias, así como la escasez de plazas en residencias públicas, puede estar comprometiendo la vigilancia y denuncia de la violencia contra los mayores. No por ello hay que dejar de señalar el papel fiscalizador que puede cumplir un voluntariado crítico, particularmente para los ancianos que no pueden comunicarse fácilmente o están solos.

La actuación sanitaria en la detección y evaluación de casos

Puesto que existe un fuerte rechazo familiar e institucional a admitir que se han producido malos tratos, y dado que las consecuencias del maltrato suelen argumentarse como motivadas por otras causas, es frecuente que las situaciones de violencia contra las personas mayores permanezcan silenciadas por aquellos que sabedores de lo que sucede en hogares ajenos prefieren no entrometerse, al tiempo que las propias víctimas, conscientes de su impotencia, suelen mostrarse reacias a hablar de ello. Además la persona que ha sido maltratada durante un largo período de tiempo se halla habitualmente traumatizada, y suele presentar pasividad, baja autoestima e indecisión. Velar desde el ámbito sanitario por la detección de los malos tratos debe ser un objetivo ineludible en el camino hacia la detección y erradicación de la violencia contra las personas mayores. Se pone de manifiesto la necesidad urgente de definir protocolos de actuación igual que se viene haciendo con los menores, máxime cuando sabemos que los ancianos desamparados

junto con los niños, los deficientes y los enfermos mentales precisan de un mayor nivel de protección jurídica e institucional, y que de nada servirá dicha protección jurídica si la persona no disfruta de la precisa atención sanitaria y social.

El maltrato suele ser al mismo tiempo un problema sanitario y social, pero también sabemos que 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 maltratados (Moya y Barbero, 2003:179). Y en el contexto anglosajón Davies señala “las enfermeras se encuentran en una situación ideal para identificar posibles casos de maltratos a las personas mayores. No obstante, para desempeñar este papel necesitan formación y orientación... El enfoque debe ser de carácter multidisciplinar, en el que deben participar asistentes sociales, psicólogos, médicos y enfermeras tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario” (Davies, 2000:143).

Siguiendo de nuevo a Davies la actuación ante los casos de supuestos malos tratos se compone de dos fases: detección y evaluación (Davies 2000:143-149). Una parte importante de la fase de detección consiste en comprobar si los síntomas del maltrato desaparecen en el hospital y aparecen de nuevo al volver a casa o a la institución. Ante todo es importante no sacar conclusiones precipitadas. La enfermera ha de permanecer alerta para reconocer aquellos síntomas que no concuerden con la historia clínica del paciente, ya que determinados grupos de síntomas indicarán un riesgo aunque no pueda comprobarse la existencia de maltrato. Este hecho hace necesario establecer, desde el comienzo de la relación terapéutica, una comunicación respetuosa e igualitaria con el paciente, donde prime la valoración del otro, la habilidad de entender y darse cuenta de forma realista del por qué la persona maltratadora y la persona maltratada, actúan como actúan, cuáles son los elementos que motivan y mantienen ese comportamiento. Debemos facilitar que la persona mayor hable, que ponga nombre a lo que le está pasando, porque solo el hecho de comunicar la experiencia tiene un efecto terapéutico en sí mismo. Respecto a la persona cuidadora, es preciso contribuir a ampliar horizontes, dejando a un lado los usos y costumbres que, de puertas a fuera convierten a los hijos que cuidan de sus padres ancianos en seres dignos de admiración, pero que de puertas a dentro crean auténticos infiernos familiares. Debemos reconocer que la atención en el seno de la familia no es buena para todo el mundo, puesto que puede desbordar al cuidador más allá de lo que puede soportar. Hay que tener presente que cuando hay antecedentes de una relación dificultosa o cuando se pone en duda la capacidad para cuidar a la persona anciana, las relaciones físicas y emocionales pueden llegar a ser nocivas para las dos partes. Por ello la atención proporcionada por los profesionales de la salud no debería ir encaminada a mantener al cuidador en su papel, sea como sea, aunque lo ejerza de forma inapropiada. Recordar al cuidador que tiene derecho a una vida propia evita el refuerzo de sentimientos que conducen al aisla-

miento y al estrés, elementos decisivos en la aparición el maltrato. También debemos tener presente que inocular la culpa en un cuidador generalmente agotado y deprimido, sólo conduce a su claudicación y, de forma indirecta, a aumentar el riesgo de maltrato en el anciano.

Cuando ya exista sospecha de maltrato será necesario utilizar una herramienta de trabajo que permita realizar una evaluación completa, documentando las sospechas mediante el uso de protocolos. La evaluación ha de implicar al cuidador o cuidadores principales y ha de ser realizada con mucha delicadeza, guardando la máxima confidencialidad. Nunca se ha de realizar ni exploración física, ni la entrevista delante del presunto agresor, en caso de dudas se debe hacer salir a todos los acompañantes. Davies aporta un protocolo de evaluación para ancianos maltratados que incluye tanto el maltrato físico como el psicológico y que se podría emplear siempre que una enfermera sospeche que el paciente es víctima de malos tratos (Davies, 2000:150-154). El protocolo sirve como procedimiento de exploración y para documentar sospechas de maltrato o negligencia. El mismo dice “a la larga se podría incorporar a la documentación que se suele utilizar durante la evaluación “normal” de todas las personas mayores hospitalizadas, poniendo así en marcha mecanismos de detección universales, que incluyan la identificación de posibles malos tratos, como una cosa rutinaria” (Davies, 2000:147).

Para otros autores del contexto español, como Caballero y Remolar (2000: 185-186), la actuación en casos de maltrato físico debe comprender entre otras medidas: la evaluación de las lesiones físicas (llegando incluso a la toma de imágenes), el registro del caso en la base de datos del hospital o centro de atención primaria, y la comunicación del caso al juzgado mediante escrito, fax o e-mail. En la actualidad, el trámite más habitual ante la sospecha o evidencia de cualquier tipo de violencia (menores, mujeres, ancianos, discapacitados...) es la emisión de un parte de lesiones. Este documento debe ser siempre tramitado, independientemente de que después se produzca una denuncia por parte del anciano o de algún familiar. Se trata de un informe médico, algo fundamental como prueba judicial, de ahí la importancia de su adecuada cumplimentación. En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones o de otros síntomas ante la constatación o sospecha fundada de malos tratos, obligación que se cumple mediante su notificación al Juzgado de Guardia, adjuntando el parte de lesiones.

Respuestas preventivas: el papel de la educación y la acción de la comunidad

Sabemos que dentro del seno familiar y también de las instituciones hay discrepancias, problemas y tensiones, simplemente porque el conflicto es consustancial al ser humano. Por otro lado sabemos que la paz representa la capacidad

de todas las personas para la “transformación creativa de los conflictos” (Labrador, 2000:47). Por tanto podemos concluir que la educación para la paz es algo imprescindible si lo que perseguimos es aprender a manejar los conflictos y eliminar el miedo a la diferencia de los otros. La educación para la paz es un excelente instrumento para construir una cultura que no acepte aquellas conductas sociales que ensalcen el uso de la fuerza y la violencia, o que valoren el desprecio y el desinterés por los demás.

Un buen ejemplo de cómo desarrollar una educación preventiva es el programa “Buenos tratos” que siendo dirigido por la Dirección General de Servicios Sociales de La Rioja se ha puesto en práctica de forma experimental en quince colegios de Logroño en el último ciclo de Educación Primaria y en Educación Secundaria obligatoria. Su objetivo fundamental es sensibilizar a la Comunidad Escolar sobre la resolución de problemas de forma no violenta. Plantea que el hecho de que aparezcan conflictos entre las personas es algo positivo si se les encuentra una solución adecuada mediante el respeto, la empatía y la comunicación interpersonal. De este modo la comunidad educativa puede mejorar la vida de los ciudadanos, actuando de manera preventiva.

No obstante, sería pedir demasiado si responsabilizáramos a la educación del cambio social. Lo que sí puede hacer es facilitar que las personas y los grupos humanos analicen la realidad, se impliquen en un proceso de diálogo y conozcan la posibilidad de otras formas de vida divergentes, plurales y solidarias (Bellosta y Susín, 2000:133), luego ellas iniciarán o no un cambio. Pero el hecho de conocerlas supone ya un cambio imaginativo importante, un trampolín desde el que dar el salto hacia otros modelos de relación. Un salto que pueda apartarnos del actual fenómeno masivo de individualismo negativo, que representa la retirada del individuo hacia su propio fuero interno, y no en un sentido emancipatorio sino en referencia a la carencia de lazos y desconfianza hacia los demás. Individualismo⁴ que ha favorecido la falta de vínculos de cercanía, como muestra por ejemplo el hecho de que hayan desaparecido la mayoría de las tiendas de barrio siendo reemplazadas por grandes superficies, o que se hayan eliminado las porterías en los bloques de viviendas. Incluso la estructura familiar ha dejado de ser una célula básica de la sociedad en beneficio del individuo. Hemos vivido una transición desde la familia amplia, corporativa en el cuidado, y más rural de los años cincuenta y sesenta, con redes asistenciales de parientes, amigos u organizaciones religiosas, hasta otra más urbana y profesionalizada, con el individuo como núcleo y prioridades y ritmos diferentes⁵. Estas circunstancias han favore-

4. La incertidumbre del presente es una poderosa fuerza individualizadora. Divide en vez de unir... Temores, ansiedades y quejas nacen de una manera tal que se padecen en soledad. No se suman, no se acumulan una “causa común”, no tienen “domicilio natural” (Bauman, 2001: 35).

5. A pesar de esta transición todavía el 80% de los cuidados de salud a familiares mayores corre a cargo de las mujeres y se desarrolla dentro del propio hogar.

cido que la persona mayor se encuentre en una situación de mayor necesidad y que pase desapercibida para los demás.

Pero lo cierto es que la mencionada transformación de los modos de relación necesita estrategias y recursos más amplios. Sagrera propone forjar un “frente antiedadista”, frente que estaría compuesto por “jóvenes, viejos y aquellos adultos que están relativamente en la cumbre del sistema pero comprenden el carácter falaz, transitorio e injusto de sus privilegios” (Sagrera, 1992:19-21). Se trataría de desmitificar el ideal de adultez haciendo prosperar nuevos modos de relación centrados en la universalidad de la dignidad humana, que como el artículo 1 de la Declaración de los Derechos Humanos incluya el precepto de que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. Se hacen necesarios espacios alternativos de sociabilidad donde la persona mayor “pueda ser”, pueda normar su propia vida y desde ahí construir normas con las demás personas. Espacios dentro de los cuales puedan iniciarse procesos de diálogo intergeneracional, en los que las personas mayores puedan participar, con pleno derecho, como sujetos históricos y no como grupo en situación de inferioridad. Dejaríamos entonces de hablar de dependencia para hacer real la interdependencia: nos preocupamos ahora de los problemas de las personas mayores no sólo porque los hogares están sobresaturados de cargas familiares (especialmente desalentadores para las mujeres), sino sobre todo, porque somos conscientes de que todos merecemos una vida digna y de que todos vamos en un mismo barco. Desde esta dinámica de participación ciudadana, resultaría más fácil también que las comunidades mantuvieran un cierto nivel de responsabilidad colectiva, obligando al Estado a ofrecer un nuevo marco de solidaridad extrafamiliar, haciéndose cargo de los miembros de la sociedad que lo necesiten. No podemos olvidar que no todas las personas tienen familia, ni todos los familiares pueden dedicarse al cuidado de sus parientes ancianos. En buena medida el problema del maltrato podría solucionarse con el adecuado incremento de los presupuestos destinados a protección social y con la oportuna atención y vigilancia de este fenómeno.

Un ejemplo de cómo la administración puede ayudar a mitigar esta lacra social que es el maltrato, es la protección de mujeres mayores víctimas de malos tratos. El Instituto Aragonés de Servicios Sociales y el Instituto Aragonés de la Mujer vienen colaborando en la prevención y atención de estos casos. Así se prioriza el ingreso en la red de centros del Gobierno de Aragón de las mujeres mayores que sean víctimas del maltrato por parte de los maridos, compañeros o hijos y que cumplan el resto de los requisitos que para el ingreso en los mismos estén estipulados. También se facilita el acceso al programa de estancias temporales en estos centros a la mujer mayor que haya sido objeto de malos tratos y que tenga que abandonar su domicilio en tanto que se tramitan las medidas judiciales provisionales que le permitan el regreso a su domicilio familiar.

Bibliografía

- AA. VV (1996): “Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado”. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 31, pp. 367-372.
- ALBA, V. (1992): *Historia social de la vejez*. Barcelona: Laertes.
- ALBERDI, I. (1999): *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- ALCALE SÁNCHEZ M. (1999): *El delito de los malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar*. Valencia. Tirant lo Blanch.
- ALLEN, I., HOGG D. y PEACE S. (1992): *Elderly people: choice, participation and satisfaction*. Londres: Policy Studies Institute.
- BALLESTEROS, R. (2000): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- BANDA, A. (2002): *La cultura de paz*. Barcelona: Intermón Oxfam.
- BARBER, B. (2000): *Un lugar para todos. Cómo fortalecer la democracia y la sociedad civil*. Barcelona: Paidós.
- BAUMAN, Z. (2001): *La sociedad individualizada*. Madrid: Cátedra.
- (2002): *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica de Argentina.
- (2003): *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI.
- BELLOSTA, M^a. y SUSÍN, R. (2000): “La educación para el desarrollo desde una lectura de género”. *Contextos educativos* 3, pp. 123-138.
- BERMEJO HIGUERA, J. C. (1998): *Apuntes de relación de ayuda*. Cantabria: Sal Terrae.
- BERNUZ, M^a. J. y SUSÍN, R. (2003) (coords): *Ciudadanía. Dinámicas de pertenencia y exclusión*. Logroño: Universidad de la Rioja.
- BOQUÉ TORREMORELL, M^a. C. (2003): *Cultura de mediación y cambio social*. Barcelona: Gedisa.
- CABALLERO, J. C. y REMOLAR, M. L. (2000): “Consideraciones sobre el maltrato al anciano”. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 10-3, pp. 177-188.
- DAVIES, M. (2000): “Detección del maltrato: una herramienta de evaluación para los profesionales de enfermería” en DECALMER, P y GLENDENNING, F: *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona. Paidós, pp. 137-153.
- DECALMER, P y GLENDERNNING, F (comps) (2000): *El maltrato a las personas mayores*. Barcelona: Paidós.
- DE LA CUESTA (2003): “Prólogo” en MAYORDOMO RODRIGO, V.: *Aspectos criminológicos y jurídicos de los malos tratos en el ámbito familiar*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- DE TORRES, P. y ESPADA, F. J. (1996): *Violencia en casa*. Madrid: Santillana.
- FLACHSLAND, C. (2003): *Pierre Bourdieu y el capital simbólico*. Madrid: Campo de Ideas.
- FERNÁNDEZ VIGUERA, B. (1995): “Género social y procesos de empobrecimiento” en VV.AA.: *Desigualdad y pobreza boy*. Madrid: Talasa, pp. 73-87.

- FROMM, E. (2003): *La atracción de la vida. Aforismos y opiniones* (selección a cargo de Rainer Funk). Barcelona: Paidós.
- GARCIA, S. y LUKES, S. (1999): *Ciudadanía: justicia social, identidad y participación*. Madrid: Siglo XXI.
- GOICOECHEA, M^a. A. y PASCUAL, T. (2000): "Gobierno de la Rioja, Consejería de Salud y Servicios Sociales. Programa de Buenos tratos". *Contextos educativos* 3, p. 194.
- HOGSTEL, M.O. (1998): *Enfermería geriátrica. El cuidado de personas ancianas*. Madrid: Paraninfo.
- KESSEL, H. "¿Estoy asistiendo a un enfermo maltratado?" (Revista electrónica). <http://www.geriatrianet.com/numero6/privado6/geriatriaarticulo2002-2.html>.
- LABRADOR, C. (2000): "Educación para la paz y cultura de paz en documentos internacionales". *Contextos educativos* 3, pp. 47 y 48.
- LÓPEZ GARCÍA DE MADINABEITIA, A. P. (2003): "Maltrato en el ámbito institucional". *Revista multidisciplinar de gerontología* 13-2, pp. 102-113.
- MAJOS, A. (1995): *Manual de prácticas de trabajo social en la Tercera Edad*. Madrid: Siglo XXI.
- MARTÍNEZ MAROTO, A. (2000): "Aspectos legales y consideraciones éticas básicas relacionadas con las personas mayores" en FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R.: *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- MONREAL, P. (1996): *Antropología y pobreza urbana*. Madrid: Los libros de la catarata.
- MORIN, E. (2000): *La mente bien ordenada*. Barcelona: Seix Barral.
- MOYA, A. y BARBERO, J. (2003): "Malos tratos en personas mayores: marco ético". *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 30-2, pp. 177-185.
- ORTIZ CABEZAS, A. (2000): "Aspectos jurídicos relacionados con minusvalías psíquicas" en VV.AA.: *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer*. Bilbao: AFAL.
- PANIEGO, J. A. (2001): "Educar personas solidarias. El laberinto de la educación en valores". *Contextos educativos* 3, pp. 177-190.
- PÉREZ SERRANO, G. (2000): "Nueva ciudadanía para el tercer milenio". *Contextos educativos* 3, p. 71.
- ROJAS MARCOS, L. (1999): *Aprender a vivir*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- SAGRERA M. (1992): *El edadismo. Contra jóvenes y viejos. La discriminación universal*. Barcelona: Laertes.
- SORIANO DÍAS, A. (2002): *Educación y violencia familiar*. Madrid: Dykinson.
- SUSÍN, R. (1999): "La institucionalización jurídica del voluntariado. La normalización de un proceso radicalmente democrático" en MARTÍNEZ DE PISÓN, J. y GARCÍA INDA, A.: *El voluntariado: regulación jurídica e institucionalización social*. Zaragoza: Egido editorial, pp. 178-185.