

CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa de Medicina Legal

Nº 3

Año

2001

Monográfico:

Medicina Legal y Geriatría

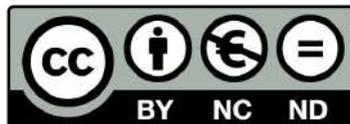
Artículos originales

Noticias, libros y comentarios

INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»

Excma. Diputación de Zaragoza

La versión original y completa de esta obra debe consultarse en:
<https://ifc.dpz.es/publicaciones/ebooks/id/2231>



Esta obra está sujeta a la licencia CC BY-NC-ND 4.0 Internacional de Creative Commons que determina lo siguiente:

- BY (Reconocimiento): Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.
- NC (No comercial): La explotación de la obra queda limitada a usos no comerciales.
- ND (Sin obras derivadas): La autorización para explotar la obra no incluye la transformación para crear una obra derivada.

Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa
de Medicina Legal

NÚM. 3

CIENCIA FORENSE

Revista Aragonesa
de Medicina Legal

NÚM. 3



INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO» (C. S. I. C.)
Excma. Diputación de Zaragoza
Zaragoza, 2001

Publicación número 2.216
de la
INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»
(Excma. Diputación de Zaragoza)
Plaza de España, 2.
50071 ZARAGOZA (España)
Tff.: [34] 976 28 88 78/79 - Fax: [34] 976 28 88 69
ifc@dpz.es

FICHA CATALOGRÁFICA

CIENCIA FORENSE. Revista Aragonesa de Medicina Legal. Nº 1
(1999).- Zaragoza: Institución «Fernando el Católico»,
1999.- 24 cm

Anual

ISSN: 1575-6793

I. Institución «Fernando el Católico», ed.

340.6(460.22)

Toda correspondencia, peticiones de envío, canje, etcétera, deben dirigirse a la Institución «Fernando el Católico». Las normas de presentación de originales se encuentran al final de la revista.

La Revista *CIENCIA FORENSE* no se identifica con las opiniones o juicios que los autores exponen en uso de la libertad intelectual que cordialmente se les brinda.

Diseño de cubierta: José Luis Cano.

© Los autores.

© De la presente edición: Institución «Fernando el Católico».

I.S.S.N.: 1575-6793

Depósito Legal: Z-3.172/2001

Impresión: Imprenta Provincial de Zaragoza

IMPRESO EN ESPAÑA - UNIÓN EUROPEA

CIENCIA FORENSE
REVISTA ARAGONESA DE MEDICINA LEGAL

Directora

M^a BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA
Profesora Titular de Medicina Legal y Forense
Directora del Laboratorio de Genética Forense y
Directora de la Escuela Profesional de Medicina del Trabajo
Universidad de Zaragoza

Coordinadora

MARÍA CASTELLANO ARROYO
Catedrática de Medicina Legal y Forense
Universidad de Granada

Secretario

JOSÉ ASO ESCARIO
Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense
Universidad de Zaragoza
Médico Forense

Comité de Redacción

ARMANDO BARREDA HERNÁNDEZ
Magistrado-Juez del Juzgado de Menores
de Zaragoza

JUAN ANTONIO COBO PLANAS
Director de la Clínica Médico-Forense
de Zaragoza

ANA FERRER DUFOL
Jefe de Sección del Servicio de Medicina Legal y Toxicología
Hospital Clínico Universitario
Profesora Asociada
Universidad de Zaragoza

RAFAEL HINOJAL FONSECA
Catedrático de Medicina Legal y Forense
Universidad de Oviedo

Consejo Asesor

- DR. D. JOSÉ MARÍA ABENZA
Médico Forense. Madrid
PROF. A. CARRACEDO ÁLVAREZ
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Santiago
PROF. J. CASTILLA GOZALO
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Málaga
PROF. L. CONCHEIRO CARRO
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Santiago
PROF. J. CORBELLA CORBELLA
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Barcelona
PROF. N. DUARTE VIEIRA
Catedrático de Medicina Forense. Director del Instituto de Medicina Legal
Universidad de Coimbra
DR. D. SERGIO GALLEGO RIESTRA
Director Provincial del Insalud de Asturias
PROF. J. A. GISBERT CALABUIG †
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Profesor Emérito. Universidad de Valencia
PROF. C. HERNÁNDEZ CUETO
Profesor Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada
PROF. E. HUGUET RAMIA
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Barcelona
PROF. A. LUNA MALDONADO
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia
PROF. J. B. MARTÍ-LLORET
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Alicante
PROF. L. FRONTELA CARRERAS
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Sevilla
PROF. M. LÓPEZ RIVADULLA
Catedrático de Toxicología. Universidad de Santiago
PROF. P. MARTÍNEZ BAZA
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valladolid
PROF. R. MUÑOZ GARRIDO
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Salamanca
PROF. V. MOYA PUEYO
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad Complutense de Madrid
D. M. REPETTO JIMÉNEZ
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Departamento de Sevilla
PROF. M. RODRÍGUEZ PAZOS
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Barcelona
PROF. C. ROMEO CASARONA
Catedrático de Derecho y Genoma Humano. Universidad de Deusto
PROF. J. L. ROMERO PALANCO
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Cádiz
DR. D. JAVIER SÁNCHEZ CARO
Subdirector Gral. de la Asesoría Jurídica del Insalud. Madrid
D. M. SANGHO RUIZ
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Departamento de Madrid
D. J. L. VALVERDE VILLARREAL
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Departamento de Barcelona
PROF. J. D. VILLALAIN BLANCO
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Valencia
PROF. E. VILLANUEVA CAÑADAS
Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Granada

EDITORIAL

LA PERSONALIDAD DEL ANCIANO DESDE UNA VISIÓN INTEGRAL

El ser humano, en llegando a la edad senil, como a lo largo de todas las edades de la vida, es un ser muy complejo, y estudiarlo no es posible si no es contando con su particular individualidad.

El anciano construye su pensamiento apoyándose en los esquemas básicos de su conciencia, éstos que se generan y se conforman con la continuada experiencia vital: corporalidad, psicomotricidad, tiempo y espacio, son entre otros, los que en su armónico evolucionar, y con sus caracteres más esenciales (como en otras edades de la vida) dan paso a la forma más particular del pensamiento, y a los comportamientos del anciano.

Sabido es que la estimulación propioceptiva contribuye en gran manera al desarrollo de estos elementos funcionales, y que en edades de cambios morfológicos muy rápidos, como por ejemplo en la adolescencia, se entra en conflicto con la configuración de ellos; pero lo normal es que el tipo de aprendizaje propio de las edades más tempranas, como son los escolares, los deportivos y los multidimensionales socioculturales ayudan a reintegrarlos, y al final consiguen el éxito con la total madurez en la edad adulta.

En la vejez, sin embargo, no ocurre así. La sensibilidad intra, propio y estereoceptica, informan al individuo de su progresivo deterioro, y ya sin recursos para encontrar otras vías válidas, se inicia una lucha que al no acabar con éxito, hacen que el anciano desplace la realidad de sus percepciones por unos esquemas alucinados, lo que siempre es motivo de ansiedad y depresión. El anciano cuando va sintiendo su cuerpo sin energías e inhábil, en un principio se lanza a un reto personal con él y asume tareas difíciles de hacer, ante las que evidentemente fracasa. Entonces, poco a poco, irá haciendo actividades cada vez más fáciles, para conseguir no claudicar en ellas, y encontrar así cierta gratificación a un Yo, que cada vez está más comprometido consigo mismo y con su entorno sociocultural en general.

El hombre mayor que normalmente ha sido un trabajador del que han dependido todos los demás débiles de su medio, se ve ahora convertido en una carga para sus familiares, lo que tendrá que asumir tras una lucha de

sumisa entrega a la nueva situación. No pocas veces desemboca esta empresa en graves depresiones, no infrecuentes en estas edades.

Otro esquema básico que el anciano tiende a delirar es la temporalidad. El tiempo, que es precioso para todos, es especialmente sobrevalorado por el hombre mayor, que ve que en su marcha inexorable, y por ley de vida, se le está acabando, y antes de vivenciarlo prefiere negarlo. El anciano, como tiene tan problemático el futuro en vez de proyectarse en él, como hacen los hombres en otras edades, prefiere regresar, y se autosatisface yéndose al pasado, pero no a un pasado de dependencias (neurótico) sino a un pasado lleno de pujanza y de felicidad. La tendencia que tiene el hombre viejo a recordar el pasado, está siempre en función de esta negación temporal. Son las «batallitas» que todos cuentan, tan llenas de matices extremos que difícilmente interesan a nadie.

Del anciano siempre se ha dicho que debe ser fuente de sabiduría y de experiencia para su entorno social, y así debemos procurar que sea, pero para que esto se cumpla, debe estar plenamente en su realidad corporal y temporal, es decir, sano mentalmente hablando por muy desgraciada que ésta parezca.

Otro aspecto a considerar en el hombre mayor es el desarrollo de su afectividad a lo largo de su vida entera, entendiendo por afectividad, sobre todo, la aceptación de su Yo. Las mismas situaciones vividas por personas distintas, son contadas luego con relatos muy dispares. Es curioso confrontar como dos hermanos narran una situación familiar concreta, vivida por ellos, como experiencias diametralmente opuestas.

Creemos que tanto la vivencia de los esquemas básicos como la experiencia vital y en general, es percibida por cada persona de una forma particular en la que sobre todo cabe situar el estado afectivo (sentimiento del propio valer) con el que todo ello ha sido vivenciado.

Aquí sí entra un elemento diferenciador muy individual, que rompe con todos los modelos teóricos preconfigurados para la investigación. Cada persona tiene un símbolo referencial propio, se percibe a sí mismo y percibe su entorno, y a lo largo de su vida va creando un sentimiento de recuerdos en su conciencia, placenteros o tristes; ilusionantes o depresivos, con los que va connotando su vida entera, para al final ofrecer de ella un balance lo más próximo posible a esta su realidad vivencial mantenida.

El anciano hace con las experiencias cotidianas un «clivage» perfecto entre lo recordado de situaciones vividas anteriormente y lo actualmente percibido, que le lleva a connotar cada una de ellas con signo afectivo, positivo o negativo, según fuera el signo afectivo de su total experiencia existencial.

Las efemérides vitales más comúnmente percibidas, van perfilándose, así como las experiencias, según este signo emocional y afectivo del que hablamos, y que ha presidido su vivenciación. No es por supuesto unánime el concepto que de cada una de las efemérides vitales se tiene, así por

ejemplo, en cualquier comarca las personas harán un relato de su fiesta mayor, con tantas variaciones como encuestados haya y unos traerán el recuerdo de un repique glorioso de campanas, mientras que a otros esas mismas campanas las vivirán como un duelo que no quieren recordar.

La experiencia diaria nos informa de cómo las cosas suceden así, por eso nosotros propugnamos que tanto la fenomenología psicológica del anciano, como los comportamientos que en virtud de ella se generan, así como los abundantes relatos mnésicos con que te obsequian, sean estudiados referidos a su individualidad, que en definitiva nos va a dar la clave de la génesis de su carácter más esencial.

No es cosa fácil de estudiar el universo interior de un anciano, porque es tan complejo como que se refiere a una persona humana y sobre todo porque éste mantiene su propia referencia simbólica de la que por supuesto no se desprenderá nunca. Tampoco es fácil plantear modelos de investigación, porque simplificar las cuestiones o generalizarlas, es un riesgo que no se debe correr, porque no se den después asertos poco fiables.

Cualquier estudio del anciano hay que hacerlo siempre contando con la fenomenología más esencial, y con la particular individualidad, pero nunca apoyándose sólo en datos del entorno por muy tentadoramente reales y objetivos que éstos se nos ofrezcan. No podemos, pues, entrar en la confusión y el falseamiento de datos que nos llevará a unas conclusiones sesgadas, pues ni siquiera las patologías orgánicas nos van a perfilar comportamientos similares, pues sabido es, cómo muchos ancianos magnifican sus dolencias, mientras que otros las niegan, desvirtuando muy frecuentemente los cuadros clínicos añadiendo quejas inoportunas o negando sufrimientos reales.

Cabe estudiar en el anciano las limitaciones orgánicas que la vejez o la enfermedad le aporta, y su manera particular de enfrentarse a ella. También las limitaciones sociales muy lógicas por su longevidad, sobre todo de soledad, por auténticas pérdidas de amigos y parientes próximos, y la sustitución de personas y de líderes en su entorno, todo lo cual requerirá un costoso proceso de adaptación, siempre largo, para el que ya no le queda tiempo. También en este capítulo cabe estudiar las pérdidas de todo tipo (laboral, económicas, deportivas) que le exigen constantes renunciaciones de aprendizajes diversos en otro tiempo fáciles de superar.

El ser humano cada día es más candidato a ser anciano. La llamada tercera edad afortunadamente será un bien para todos, por eso cobra interés científico prioritario el estudio del hombre mayor, porque ya no se trata de vivir mucho si no de tener durante toda la vida la salud mental que te permita disfrutar una vejez sin limitaciones o artefactos que venga a hacerla problemática.

El conocimiento profundo del hombre anciano es ahora un asunto que a todos nos afecta y que por ello instamos a encontrar las bases reales

para hacer desaparecer los modelos culturales que hasta ahora han determinado una vejez patológica.

El hombre senil tiene en la sociedad un sitio irrenunciable de aportes múltiples de sabiduría y experiencia (que no de «batallitas» neuróticas), y ese papel ha de reivindicarse atendiendo sobre todo a la salud mental del anciano y a sus hábitos socioculturales. Ser anciano tiene muchos inconvenientes pero sería mucho mejor ir enfatizando sólo las ventajas. Estar jubilado es descansar de tareas onerosas. Ser abuelo es poder disfrutar de nietos. Divertirse es una obligación que todos nos merecemos... y muchas más cosas. Le oí decir a una anciana: «tengo agujetas, ¡benditas sean que me recuerdan que estoy viva y que sigo aquí!»...

Dra. Eugenia MAÑA ZAFRA
*Profesora Jubilada de Psiquiatría Infantil
Granada, septiembre de 2000*

ÍNDICE

EDITORIAL	7
------------------------	---

IN MEMORIAM

Profesor JUAN ANTONIO GISBERT CALABUIG, por José Castilla Gonzalo ..	13
Profesora ROSA CALVET COMBELLES, por José Luis Romero Palanco ...	17
Doctor ANTONIO ZUBIRI VIDAL, por Carlos Val-Carreres Guinda	18

REVISIONES

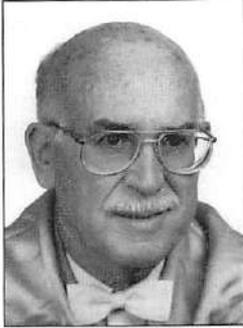
CASTELLANO ARROYO, M. ^ª y VILLANUEVA CAÑADAS, E.: Aspectos médico-legales de la vejez	23
SALVAT, J, MARTÍN, J, VICENTE, S, MUÑIZ, C. y MUÑOZ, R.: Malos tratos por acción y por omisión a los ancianos	41
OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ, E.: Los delitos contra la libertad sexual en el anciano	59
PÉREZ CÁRCELES, M. ^ª D.: El suicidio en el anciano	77
PASTOR EIXARCH, L. I.: El anciano ante la Ley Civil	93
PASTOR EIXARCH, M. ^ª P.: Envejecimiento y dependencia: situación actual ..	113
LUNA MALDONADO, A.: Anciano y marginación social	141

ARTÍCULOS ORIGINALES

FENOLLOSA GONZÁLEZ, M, CASTELLÓ PONCE, A. y VERDÚ PASCUAL, F. A.: El suicidio en los ancianos: decisión autónoma frente a gerontocidio social	159
---	-----

Índice

VERDÚ PASCUAL, F. A. y CASTELLÓ PONCE, A.: Los ancianos en los ensayos clínicos: olvidados, utilizados, ¿tratados mal?	171
MUNIESA ZARAGOZANO, M. y MARTÍNEZ JARRETA, M. ^a B.: El consentimiento informado. Una aproximación doctrinal a un elemento fundamental en la práctica actual de la Medicina	189
ARROYO PARDO, E. y SÁNCHEZ GARCÍA, M.: El problema del tamaño muestral en estudios poblacionales de interés genético-forense	203
MARTÍNEZ JARRETA, M. ^a B, GONZÁLEZ-ANDRADE, F, ABECIA, E, HINOJAL, R, Y MARTÍNEZ-CORDERO, A.: Base de datos de polimorfismos genéticos en la población de Asturias	213
 NOTICIAS, LIBROS Y COMENTARIOS	
Novedades editoriales y comentarios	227
 NORMAS DE PUBLICACIÓN	 237



IN MEMORIAM

PROFESOR DR. D. JUAN ANTONIO GISBERT CALABUIG
PROFESORA DRA. DÑA. ROSA CALVET COMBELLES
DOCTOR D. ANTONIO ZUBIRI VIDAL

A Juan Antonio Gisbert Calabuig

He recibido el encargo de la Revista Aragonesa de Medicina Legal *Ciencia Forense*, de Zaragoza, de redactar para ella una nota necrológica sobre el fallecimiento del Profesor Gisbert Calabuig, acaecido en Valencia el 30 de mayo de 2000. No en vano soy, en este momento, el mayor en edad de los amigos, discípulos y colaboradores que formamos su Escuela Española de Medicina Legal.

El fallecimiento del Profesor Gisbert Calabuig se produjo súbitamente tras hacer estado ratificando un informe pericial en el Juzgado de Instrucción núm. 15 de Valencia. No podía ser de otra forma; envidiable culmi-

nación de una vida plena de trabajo pero al mismo tiempo de cariño y atención a los que siempre le han rodeado. La expresión de su cara en el lecho de muerte, plácida y serena, sin rictus alguno de dolor o crispación, así lo expresaba. La multitud que acompañó a sus familiares en las exequias en el cementerio de Valencia fueron una muestra del cariño y respeto que siempre generó junto con su familia.

Conocí al profesor Gisbert Calabuig, siempre don Juan Antonio para todos, cuando opositaba a Cátedras de Medicina Legal y obtuvo, finalmente, la de Granada. Yo por entonces ya iniciaba mi especialización en nuestra disciplina en la Facultad de Medicina de Granada a donde llegué a finales de 1959. Recuerdo mis primeros pasos con ellos, y digo ellos porque sin la compañía de su esposa Marina es difícil entender la trayectoria profesional y humana de don Juan Antonio. Les ayudé a buscar el piso donde aterrizaron y mil pequeñas cosas más que fueron configurando una relación familiar que hasta el día de la fecha sigue inmarchitable. Obviamente, mi condición de granadino me permitió tener un contacto íntimo y continuado, durante los 40 años que estuvo en Granada, que necesariamente se han de reflejar en esta nota de recuerdo y homenaje al mejor maestro y amigo.

Desde el primer momento en que se tomaba contacto con el Profesor transcendía una sensación de comodidad, de trato sencillo y amable pero siempre dentro de la más exquisita educación. Su medida tanto en lo cotidiano como en lo científico era paradigmática. Sus opiniones y juicios sobre cuestiones del ámbito de nuestra especialidad siempre eran de alto nivel científico y, sobre todo, respetuosos con los colegas. Gran conocedor de nuestro idioma nos impregnó a todos los que tuvimos la fortuna de tratarlo íntima y continuamente, en la corrección del escribir y hablar; jamás en los más de 40 años que lo he tratado le he escuchado un taco o frase malsonante.

En el plano de la amistad, puede ser puesto como ejemplo. Siempre fue fiel y leal amigo, no exento de la amable crítica constructiva que permite avanzar tanto en la formación humana como en la científica. Su exquisito trato con todo el mundo, afable, tranquilo, educado y deferente ha hecho posible que a lo largo de tantos años de trato mutuo no me sea posible recordar una sola salida de tono, bronca o simple reconvención. Circunstancia esta que he podido refrendar con su más dilecto discípulo, el Profesor Enrique Villanueva Cañadas, que cursó la licenciatura en medicina en los años de la llegada a la Cátedra de Granada del Profesor Gisbert, y que hoy desempeña dicha Cátedra.

Y, es urgente manifestarlo, estas reflexiones sobre Juan Antonio (soy el único de los colaboradores que lo tuteaba, dado que lo conocí como compañero licenciado antes de su acceso a la Cátedra) quedarían incompletas si no se tuviera en cuenta a Marina, su esposa. Formaron los dos una pareja envidiable, representado ella un complemento perfecto, siempre atenta

no sólo a él, sino también a cualquier amigo o circunstancia que hiciera más amable la relación humana de su entorno. Todavía recuerdo cuando recién llegados a Granada, en una de sus primeras visitas al laboratorio de la Cátedra, Marina, al observar la típica suciedad de los cristales de la ventana del cuarto que servía como despacho (¡qué tiempos aquellos!), nos pidió papel de filtro y agua y los limpió. Igualmente, todavía hoy antiguos alumnos del Colegio Mayor Isabel la Católica y de la Residencia de graduados de la Facultad de Medicina de Granada, de los que fue director muchos años, recuerdan al matrimonio con agrado y cariño espontáneamente manifestados, pues generaron una relación más de compañeros que de dirección-residentes. También merece mención explícita su hospitalidad, pues su domicilio siempre estuvo abierto para todos sus amigos que eran acogidos como verdaderos miembros de la familia.

La trayectoria científica y docente del Profesor Calabuig se inicia bajo el magisterio del Profesor D. Leopoldo López Gómez, continuador de la brillante tradición de la escuela valenciana del profesor Peset Aleixandre. Querido alumno de López Gómez, obtiene la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Granada en 1959, donde inicia su magisterio y permanece hasta 1973, en que se traslada a su añorada Valencia, a la jubilación de su maestro el Profesor López Gómez. En sus 14 años de permanencia en Granada realizó una labor ingente, tanto de formación de colaboradores y discípulos como de creación de estructuras docentes y administrativas. En la Facultad de Medicina de Granada desempeñó las funciones de Secretario con gran eficacia. Trabajador infatigable, eficiente y metódico, ha dejado profunda huella de su paso por la Universidad de Granada. Buena prueba de ello son: La revitalización y modernización del Colegio Mayor Isabel la Católica de la Universidad de Granada y la creación de un nuevo Colegio Mayor universitario, el de San Jerónimo. Gracias a su personal gestión con la Administración de Justicia consiguió la creación del Instituto Anatómico Forense de Granada, en la Facultad de Medicina, que ha resultado modélico en su concepción y estructura incluso en los momentos actuales. Mención especial merece la creación y puesta en marcha de la Residencia de Graduados del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Granada, que entonces supuso una novedad inapreciable como lugar de recepción de los médicos en formación cuando nacía el sistema MIR. También creó, en el ámbito de las nuevas especialidades, la Escuela profesional de Medicina del Trabajo, en la Facultad de Medicina de Granada, pionera en España, de la que fue su primer director. Al mismo tiempo realizaba una docencia meticulosa y exigente, dirigía tesis doctorales participando incluso en los trabajos experimentales de laboratorio de las mismas (cuántas veces me ayudó a preparar el gel de almidón para mis trazados electroforéticos de haptoglobinas) y por las tardes se ocupaba en la redacción del *Tratado de Medicina Legal*, obra que publicó en colaboración con el profesor López Gómez. Por supuesto que siempre estaba pendiente de los congresos y reuniones de nuestra disciplina en los que nos estimulaba a participar. Con todo ello fue modelando el

nuevo concepto de nuestra especialidad, dándole vitalidad y dinamismo e integrándola y relacionándola en el concierto de los nuevos tiempos, apoyado en su prestigio y relaciones internacionales en el ámbito de la Medicina Legal.

Su producción científica es incontable y resultaría farragoso y fuera de lugar su enumeración en esta nota necrológica. Pero sí debe destacarse su obra *Medicina legal y toxicología*, continuadora del tratado de Medicina Legal que escribió junto con el profesor López Gómez, verdadero emblema de nuestra disciplina en lengua española en la que hoy colaboramos muchos de sus discípulos, que ha llegado ya a su V.^a edición, y es conocida y apreciada en todo el ámbito científico mundial, particularmente en Hispanoamérica. Esta obra tendrá, sin duda, continuidad mediante la gestión previsoramente comprometida del Profesor Villanueva Cañadas, Catedrático de Medicina Legal, discípulo bien conocido y buen amigo, que sucedió en la Cátedra de Granada al Profesor Gisbert Calabuig.

Como resultado de todo ello el profesor Calabuig ha revitalizado y dado continuidad a la Escuela de Medicina Legal Valenciana, pudiendo denominarse ahora con toda justicia Escuela del Profesor Calabuig. Escuela que, en la actualidad, está integrada por numerosos discípulos, hoy ya profesores responsables de docencia en numerosas Facultades españolas, prueba de la capacidad generadora del profesor Calabuig que permite establecerlo como maestro innegable en el más amplio sentido de esta denominación, limitada a muy pocos.

El reconocimiento a esta ingente labor se ha producido tanto en nuestro país como en el extranjero. Era amigo de maestros como Derobert, Fourcade, Guerin, Fiori, Muller, Veiga de Carvalho, Arsenio Nunes, etc. Por la Universidad de Montpellier fue investido Doctor Honoris Causa en 1979. En 1985, con motivo de su 25 aniversario como Catedrático de Medicina Legal, se le ofreció en Valencia un homenaje de los médicos legistas, resumen del cual fue la publicación del libro *Temas médico legales* (Libro homenaje al Profesor Calabuig). En la Facultad de Medicina de Granada, con motivo de la fiesta de San Lucas del año 1997, fue descubierta una lápida nominando el seminario de la Cátedra de Medicina Legal como *Seminario Calabuig*. En abril de 1998, organizado por la Consejería de Bienestar Social, Subsecretaría de Justicia, de la Comunidad Valenciana, con motivo de la creación del Instituto de Medicina Legal de esta Comunidad, tuvo lugar una sesión científica y homenaje en su honor.

Académico de Número de las Reales Academias de Medicina de Granada y de Valencia, era Presidente de Honor de las siguientes Sociedades Científicas: Sociedad Española de Medicina Legal y Forense, Société Méditerranéenne de Médecine Légale y de la Sociedad Española de Toxicología.

El profesor fue también Médico Forense al servicio de la Administración de Justicia, cuyas oposiciones ganó en 1951. El Ministerio de Justicia

premió su aportación a la Medicina Legal y Forense concediéndole la Cruz de Honor de San Raimundo de Peñafort.

A su llegada a Valencia en 1973 fue nombrado Vicerrector y después Director del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública, Bromatología, Toxicología y Medicina Legal. Posteriormente ha sido propuesto para la medalla de oro de la Universidad, concesión que desafortunadamente habrá de ser póstuma.

Esta nota necrológica está redactada desde el afecto y cariño más entrañables que, afortunadamente, tienen una continuidad en su esposa Marina e hijos Juan Antonio y Marina, testigo ésta del magisterio de su padre, como profesora Titular, en la Cátedra de Medicina Legal de Valencia. Mi reconocimiento a la revista *Ciencia Forense* por el encargo que me habéis hecho.

JOSÉ CASTILLA GONZALO

*Catedrático de Medicina Legal de la Facultad
de Medicina de la Universidad de Málaga.*

Málaga, noviembre de 2000.

A Rosa Calvet Combelles

Compruebo en estos momentos lo extremadamente difícil que resulta escribir en recuerdo de una persona querida, como es el caso de Rosa, dada la ambivalencia que se produce entre los sentimientos y el deseo de sentirla todavía junto a nosotros y aquella otra realidad, mucho más cruel, de la imposible comunicación física. Nuestra posición de rebeldía ante la muerte, nuestra posición de intentar negarla, nos conduce finalmente a resolver aquel dilema con la elaboración de recuerdos y evocaciones, en un intento de que la persona querida no quede en el olvido, sino que permanezca presente de forma viviente y realista. Para ello, recordamos momentos pasados en los que aquélla aparece tal cual era, con su sonrisa, su humor, su manera de comportarse estableciéndose un vivo diálogo con ella, dentro del inconmensurable silencio que acompaña a estas reflexiones.

Desde el día en que tuve conocimiento de la trágica noticia, y tras superar la inicial actitud de rechazo de la realidad, han sido muchos los momentos en los que he tenido ocasión de recordar a Rosa, empezando por aquel ya lejano día del año 1982, en el que se incorporó a la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Santander como Profesora Ayudante de Clases Prácticas. Muy poco tiempo después pude com-

probar que su aparente fragilidad nada tenía que ver con el empeño y la fuerza de voluntad que era capaz de desarrollar en cuantas actividades acometía, muchas de las cuales le resultaban totalmente novedosas, dado lo alejadas que se encontraban de su previa formación clínica.

Todavía soy capaz de verla en nuestro pequeño laboratorio mostrando su entusiasmo y su capacidad de asombro ante cada nuevo logro y disfrutando con el montaje de las prácticas que por entonces realizaban los alumnos de la Licenciatura, lo que venía a poner de manifiesto su evidente espíritu joven y su afán por aprender. Siempre estaba dispuesta para afrontar mayores retos, con un grave sentido de la responsabilidad, propia de su madurez como persona. Aquel entusiasmo, que la desbordaba, unido a sus inquietudes y a las dudas que continuamente se planteaba, constituía el mejor y más permanente estímulo para ir abordando nuevos problemas.

Me llamó la atención su gran capacidad para granjearse el afecto de los demás y, de manera particular, el de los alumnos, motivado, a no dudarlo, por su especial bondad, su sincera modestia, su carácter siempre optimista y su permanente disposición para prestar ayuda allí donde se la necesitase. No resulta extraño en mi caso, como en tantos otros, que lo que se iniciaba como una mera relación profesional, pronto abocase a otra de sincera amistad.

Por ello, la prematura e inesperada desaparición de Rosa ha venido a dejar un inmenso vacío en todos los que tuvimos la suerte de conocerla y de tratarla. Me consta que aquel vacío es muchísimo mayor en el seno de su familia, a la que siempre tenía presente. Espero y deseo que las numerosas muestras de afecto que han recibido les reconforten y les ayuden a encontrar la necesaria paz y serenidad de ánimo.

José Luis ROMERO PALANCO
Catedrático de Medicina Legal y Forense
Universidad de Cádiz
Octubre de 2001.

Dr. D. Antonio Zubiri Vidal

Constituye para mí un elevado honor y, a la par, un triste privilegio glorioso, así sea brevemente, la figura del Dr. D. Antonio Zubiri Vidal.

Digo elevado honor porque mi pluma apenas puede llevar el enorme peso científico que adornaba a esta señera figura de la Medicina aragonesa.

sa del siglo XX y triste privilegio porque la evocación de los hombres serios, honrados, trabajadores, acuñaadores de familias unidas como es el caso que nos ocupa siempre afligen el espíritu aunque tengamos la certeza de que su último viaje lo ha llevado al lado del Creador.

Tuve la enorme dicha de conocer a D. Antonio en la época infantil y sin ningún esfuerzo me viene a la memoria su figura pasando el día con su esposa y mis padres en el Santuario de Misericordia de Borja. Era hombre que imponía por su selecto porte y por la paciencia que tenía con sus hijos y conmigo que —todo sea manifestado— no cejamos aquel día ni un minuto en el común interés de comprobar el dintel de aguante de nuestros padres.

Con el paso de los años, ya estudiante de Medicina, lo tuve de Profesor de Dermatología. De aquella época recuerdo su enorme dedicación a los reincidentes enfermos que desfilaban por la Consulta de Sanidad (donde daba las clases prácticas) y las conclusiones que de la observación y tratamiento de los pacientes extraía; su expresión pausada a los alumnos ha constituido para muchos —como es mi caso— norma de conducta en la relación médico-enfermo.

Estuvo al frente de la Asamblea de Lucha Contra el Cáncer, creó el registro de tumores, que fue piloto en España, y fue adaptado por muchas asambleas y corporaciones tumorales.

Su paso por la política fue duradero y brillante. Como Presidente de la Excma. Diputación Provincial de Zaragoza fomentó sobremedida tres vertientes: la sanitaria, potenciando firmemente el Hospital Real y General de Ntra. Sra. de Gracia; la cultural, con singular interés por la Institución «Fernando el Católico» y por fin, el desarrollo rural, adecuando a su época los Planes de Cooperación y Ayuda a Municipios. Asimismo, no debe quedar en el tintero que fue el impulsor de la actual «Ciudad Escolar Pignatelli» que se ubica en el Alto de Carabinas zaragozano.

En el ámbito académico, logró brillantemente entrar en la Real Academia de Medicina de Zaragoza como Académico Numerario en 1957, tras reñida elección. Fuimos compañeros en la Docta Corporación desde 1987; ello me permitió constatar, aún más, su amplia formación en Medicina y Humanidades pues sus intervenciones en cada sesión académica no adolecían ni de profundidad científica ni de gusto en la exposición. Además era asiduo asistente.

Ejerció con brillantez como médico dermatólogo. Muchos fueron los pacientes que se beneficiaron de su práctica médica en la consulta privada; supo ejercer la profesión en todos los sentidos. A este respecto, no quiero dejar de destacar la decisiva actuación que tuvo junto a otro ilustre médico zaragozano con motivo de una grave afección abdominal que padeció una personalidad de nuestra tierra. Su acertado diagnóstico y la

indicación quirúrgica que sentaron, hizo posible que una compleja operación quirúrgica le salvase la vida en la antigua Clínica San Ignacio.

Fue fiel amigo de sus amigos; esposo y padre ejemplar. Hoy, cuando el hombre ha desaparecido, no sólo nos queda el recuerdo sino también la ingente obra que produjo. Si bien cierta es la frase «Por sus hechos les conoceréis», igualmente lo es que D. Antonio Zubiri acumuló méritos para ser conocido y admirado.

Descanse en paz nuestro admirado D. Antonio.

Dr. Carlos VAL-CARRERES GUINDA
Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Real y General de Ntra. Sra. de Gracia
Zaragoza, octubre de 2001.

REVISIONES

Monográfico: Medicina Legal y Geriatría

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA VEJEZ

MARÍA CASTELLANO ARROYO
Y ENRIQUE VILLANUEVA CAÑADAS*

Resumen: En el presente trabajo se hace un análisis de la situación de los ancianos desde la perspectiva médica, social y legal. El Derecho español tiene disposiciones que afectan directamente a los ancianos tanto en los aspectos penales: en tanto en cuanto sujetos pasivos y activos de delitos; como en los aspectos civiles, también de gran importancia por la frecuencia con que el deterioro intelectual del anciano justifica su incapacitación y, al mismo tiempo, su protección legal mediante la tutela.

La forma en que debe protegerse legalmente en sus internamientos en hospitales, Centros de Salud Mental o Residencias, también se considera.

Palabras clave: Anciano. Incapacitación. Guarda. Custodia. Problemas médico-legales.

Abstract: In this paper a situational analysis of elder peoples from medical, social and legal perspectives is done.

Spanish Law contains so many rules, directly relatives to elder peoples as in their penal vision as active and pasive subjects of crime.

Civil aspects are very important too, because of the frecuently that elderpeoples intelectual damage justifies their incapacitation, and at the some time, his legal protection with guardianship. The way their internation in Health Centers and Residences must be protect is considered.

Key words: Elderly. Incapacitation. Guardianship. Medico-legal problems.

* Catedráticos de Medicina Legal y Forense. Departamento de Medicina Legal. Universidad de Granada.

I. INTRODUCCIÓN. DATOS SOCIOLÓGICOS

En el año 2000 habrá por primera vez más ancianos que niños (1); las causas: la mayor longevidad y la caída de la natalidad. España tiene, por el momento, la menor tasa de natalidad del mundo con 1,2 hijos por mujer, lo que queda lejos de la reposición natural de 2,1.

La esperanza de vida ha aumentado desde los 35 años del inicio del siglo XX hasta los 78 y 82 años para hombres y mujeres, respectivamente, de la actualidad.

Las tasas actuales son: De mortalidad 8,85, de natalidad 9,2 por mil y el crecimiento vegetativo es de 0,35. El descenso del número de habitantes está en 2.051, sin tener en cuenta el saldo migratorio, será menor que en 1960, unos 30 millones. Los 2/3 de los más de seis millones de viejos que hay viven en ciudades.

Según datos del profesor Barea la cantidad media de la pensión está en 97.775 pta. El 33% costea su supervivencia (vivienda, calefacción, luz), el 22,9% sus alimentos, el 7,6% el vestido, el 3,7% gastos sanitarios, el 7,3% el transporte y el 4,7% el ocio.

A comienzos de siglo llegaban a viejos (65 años) 26 de cada 100 nacidos y en 1990 llegaban 84.

En 1996 había más de 6 millones de ancianos, lo que significa seis veces más que a principio de siglo. Son el 16% de la población y en pocos años serán el 20%. De esos seis millones 2,5 tienen más de 75 años.

Hay además más mujeres ancianas que hombres. En 1990 por cada 100 mujeres de más de 65 años había 90 hombres, actualmente sólo hay 70. Mientras que los hombres están en su mayoría casados, las mujeres ancianas suelen ser viudas lo que suele significar precariedad económica (2).

Las Ciencias, la Medicina, la Higiene han conseguido que se haya duplicado la vida media de la población habiéndose conseguido a través de ellas:

- Intensa reducción de la mortalidad infantil (<1 año es de 5,51 por 1.000 nacidos).
- Éxito de la lucha contra las epidemias e infecciones.
- Mejora de las condiciones de higiene y laborales.

- Hábitos saludables en la mayoría de los ambientes socioeconómicos (individual, vivienda, alimentación, educación física...).
- Campañas sanitarias.
- Mejora del nivel educativo y de la economía.

II. LA VEJEZ

Es una etapa de la vida humana muy difícil de definir. Desde un punto de vista biológico se pueden diferenciar tres fases: 1°. Edad del desarrollo: Recién nacido, lactancia, infancia, pubertad, adolescencia y juventud (hasta los 25 años). 2°. Edad del cenit (entre los 25 y los 45 años) y 3°. La decadencia, Edad madura (65 años), Vejez (hasta los 85 años) y Senilidad o vejez completa (después de los 85 años).

III. LA EDAD Y EL DERECHO

El Código Penal al calificar el tipo penal utiliza en algunas ocasiones la edad como elemento tipo —bien para tipificarlo, para agravarlo o como elemento modificador de la responsabilidad—, pero siempre hace referencia a los primeros periodos de la vida: embrión, feto, niño, menores de 13 años y, ampliamente, a menores.

Sin embargo, no hay referencia precisa a la edad en el otro extremo de la vida. El Código utiliza la palabra incapaces, de significado infinitamente amplio, y sólo en el artículo 619 se castiga como falta el no prestar auxilio a una persona de «edad avanzada», término claramente inconcreto e interpretable judicialmente.

El Código Civil, por su parte sí precisa la edad necesaria para alcanzar la capacidad civil, y de obrar, pero no concreta la edad a la que esto se extingue, lo cual es acorde con la gran variabilidad individual de conservación de las capacidades.

Las Leyes administrativas sí hacen referencia a la edad en la que es posible u obligatorio jubilarse o retirarse del trabajo habitual según las distintas Administraciones, siendo el Ministerio de Defensa el que propone la edad más temprana y más tardía en la Judicatura (recientemente ampliada a 72 años) y Educación (mantenida en los 70 con posibilidades de continuar en situación de Profesores Eméritos).

En general, la mayoría de los países reconocen que la edad de jubilación para los funcionarios está entre los 65 y 70 años.

La Ley 6/1999 de 7 de julio de Protección y Atención a las Personas Mayores de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en su artículo 2 —Ámbito de Aplicación— dice: «Tendrán derecho a la prestación y servicios previstos en la presente Ley las personas mayores de 65 años»; de donde se deriva que en Andalucía una persona mayor de 65 años tiene derecho a beneficiarse de lo establecido en esta Ley de Protección del Mayor.

Para la Renfe y otras entidades que prestan servicios al ocio se es mayor con derecho a bonificaciones en los viajes a partir de los 60 años.

IV. ETAPAS EMOCIONALES EN LA VEJEZ

La ancianidad es una etapa evolutiva más con características propias, las modificaciones psíquicas que se operan en unos casos son ganancias y en otros pérdidas y se corresponden con mecanismos de compensación adaptativos.

Las bases del envejecimiento están en los tres pilares fundamentales de la vida humana: el biológico, el psicológico y el social. El factor biológico engloba todos aquellos cambios que dependen de la edad, éstos son: déficit somáticos generales, déficit neurológicos y cognitivos que se corresponden con el envejecimiento celular y la pérdida neuronal. Los cambios psicológicos son reacciones psíquicas compensadoras de los déficit y que deben verse como «mecanismos de defensa» frente a la autopercepción y a las reacciones del entorno próximo y remoto; estas reacciones pueden ser adecuadas y verdaderamente adaptativas, semiadaptativas o maladaptativas. Y finalmente los factores sociales, no dependen del anciano y vienen a menudo a frustrar sus expectativas y a presentarle una realidad que suele ser más dura de lo que podría y debería ser.

En la evolución hacia la vejez ocurren una serie de acontecimientos que aparecen desfasados cronológicamente en la mujer y en el hombre, sobre todo en los casos en los que la mujer dedica su trabajo a las tareas domésticas.

Para las mujeres cuyo trabajo se limita a las tareas del hogar y a la atención de su familia, el cambio más importante se produce cuando finaliza la crianza de los hijos y éstos dejan el hogar familiar para formar su propia familia; a esta experiencia femenina se le ha llamado el «síndrome del nido vacío», y puede ser vivido con tanta intensidad que llegue a descompensar psíquicamente a la mujer, sobre todo cuando coincide con el climaterio, sumándose factores orgánicos a los meramente psicológicos de pérdida afectiva y al sentimiento de dejar de ser útil y necesaria.

La edad de jubilación (65-70 años) tiene muy pocas consecuencias para la mujer que no trabaja fuera de la casa. La práctica demuestra que, incluso en el caso de que la mujer trabaje fuera de la casa, la jubilación

suele tener escasas consecuencias para ella, esto se explica porque al dejar el trabajo profesional la mujer suele dedicarse y disfrutar con otras muchas actividades del hogar (manualidades, artesanía, costura, etc.) que ha tenido que postergar debido a las obligaciones laborales.

Por el contrario, en esta evolución cronológica de la vida de la mujer hacia la vejez, sí es un acontecimiento importante el fallecimiento del cónyuge, circunstancia a la que también la mujer se adapta mejor que el hombre tanto por su autosuficiencia a nivel doméstico, como por la más fácil integración social y familiar. La existencia de nietos y la posibilidad de ayudar a los hijos en el cuidado de éstos es también un factor importante en estas adecuadas reacciones adaptativas.

Veamos cómo experimentan los hombres estos acontecimientos vitales comentados para la mujer. El hombre que trabaja no suele acusar la fase de independencia de los hijos, ya que él no mantenía con ellos, o hacia sus necesidades, el nivel de atención que mantenía la mujer.

La jubilación representa para el hombre un momento crucial en su evolución. Este cambio es aun más acusado cuando no se ha preparado para ella y se encuentra, de un día para otro, sin lugar al que acudir y sin nada que hacer. Este momento supone para el hombre un riesgo importante de aislamiento; cuando la esposa tiene una edad similar (65-70 años, lo más frecuente es que ella haya reorganizado su vida a través de los hijos, las amigas, organizaciones sociales o de caridad, etc., y no es excepcional oír sus quejas de que al jubilarse el marido se queda en casa, y da vueltas a su alrededor desorientado, dependiente y demandando constantemente atención. Una reacción bien adaptativa a la jubilación lleva consigo un acercamiento entre los miembros de la pareja y la puesta en marcha de actividades compartidas por ambos, pero esto no es sencillo en la práctica para muchas parejas en este trance.

Otro momento que el hombre acusa de forma diferente a la mujer es la pérdida de la pareja cuando ésta ocurre a cierta edad; las reacciones pueden ser contrapuestas, el rápido segundo matrimonio o segunda pareja con una mujer de acentuada juventud (sobre todo si se trata de un hombre cultivado y de cierto prestigio social) o, por el contrario, un claro aislamiento y abandono que conduce al viudo a un acelerado deterioro.

La madurez de la vejez está en conseguir cierta autonomía para que el envejecimiento sea una experiencia positiva y plena de satisfacción.

V. PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA LA VEJEZ

Para que la vejez sea una etapa agradable y gratificante se debe preparar a lo largo de la vida anterior. En primer lugar, hay que aceptar la propia edad y los déficit que conlleva, éstos suelen aparecer progresivamente

y hay que irlos compensando de forma adecuada. No es infrecuente que se puedan hacer las mismas cosas pero a un ritmo más lento, lo cual puede generar cierta inquietud en los que rodean a la persona y llevar al anciano la sensación de hacer perder el tiempo a los demás y ser un estorbo.

El entorno social debe ser respetuoso con la ancianidad y valorar las capacidades que quedan indemnes, esto mantendrá la autoestima del anciano e impedirá que reaccione con actitudes mal adaptadas.

Las reacciones mal adaptativas de los ancianos a su estado psicobiológico pueden serlo tanto por exceso como por defecto: a) reacciones por exceso. Consisten en creerse con las mismas o más capacidades que en la juventud, lo cual los lleva a realizar conductas con riesgo y a cometer excesos físicos, intentar dominar y organizar la vida a todos los que están a su alrededor, etc. b) reacciones por defecto en las que se observa cómo buscan la atención a través de la compasión manifestando abiertamente necesidades, soledad, etc.

Como conductas positivas, al ir cumpliendo años, es necesario cambios de mentalidad y de actitudes; es muy importante no equiparar vejez a inactividad, no es lo mismo no trabajar que estar inactivo, la auténtica necesidad de las personas es la actividad, no el trabajo en sí; por ello hay que interesarse por actividades no profesionales, socialmente útiles, altruistas y que favorezcan el encuentro y la comunicación con el entorno. Sería adecuado impedir un tránsito brusco entre una actividad plena y frenética y la inactividad completa, por ello una reducción progresiva de las obligaciones, al mismo tiempo que se van introduciendo actividades de ocio, aficiones, etc.

Como decía Cicerón (*De Senectute*, 17) «Las cosas verdaderamente importantes no se realizan con fuerza, velocidad y adoración de los movimientos del cuerpo, sino con reflexión, autoridad y juicio, y de estas cualidades no suele carecer la vejez sino que las aumenta». Por ello la actividad creadora de los ancianos merece todo el respeto. La creatividad requiere flexibilidad mental, fluidez del pensamiento, énfasis e ilusión en el valor y crecimiento personal, tolerancia ante puntos de vista diferentes, receptividad a estímulos culturales, interacción con otras personas, etc. Y para que los ancianos puedan ver facilitado este proceso de creatividad del que nos aprovecharíamos todos, los poderes públicos deben contribuir a través de medidas sociales que les garanticen su sostenimiento económico, adecuada atención sanitaria, contar con ellos en tareas de asesoramiento, de investigación de instrucción cultural para los niños, etc.

Muchos de nosotros, ojalá que todos, llegaremos a ancianos hagamos ahora por ellos hoy lo que nos gustaría que hicieran por nosotros mañana.

VI. PROBLEMAS MÉDICO-LEGALES DE LOS ANCIANOS ANTE LA LEY PENAL

VI.1. EL ANCIANO COMO SUJETO PASIVO DEL DELITO

Ya se ha dicho que no hay una edad precisa que nos haga viejos, senectos, ancianos o incapaces a la luz del Código Penal. Si sería posible que si por causa de la edad una persona pierde su capacidad de comprender y se afecta su voluntad y su capacidad de elegir, estaría en una situación equiparable al término «especialmente vulnerable», lo cual conllevaría un agravante para el autor de un delito dirigido contra la persona que se encuentra en dicha situación.

VI.1.1. *Delitos comunes*

El anciano puede ser sujeto pasivo de cualquier lesión, pero dadas sus peculiares circunstancias somáticas y psíquicas las lesiones en él pueden revestir una mayor gravedad a igual lesión, incardinándose una serie de causas cuya valoración médico-legal debe hacerse con precisión para una justa tipificación y valoración del daño corporal.

La mayoría de los ancianos desarrolla una diabetes, una arteriosclerosis, una osteoporosis, unas cataratas, una sordera, etc., es decir, una serie de limitaciones que hace que sean más frágiles y vulnerables y terreno abonado para que la lesión se cronifique.

No es correcta la limitación que hace el artículo 148 en su apartado 3 cuando castiga «con la pena de prisión de dos a cinco años, atendiendo al resultado causado o riesgo producido: (...) 3.º Si la víctima fuere menor de doce años o incapaz»; ya que aquí el término incapaz queda restringido a lo que dice el artículo 25: «A los efectos de este Código se considera incapaz a toda persona, haya sido o no declarada su incapacitación, que padezca una enfermedad de carácter persistente que le impida gobernar su persona o bienes por sí misma».

Una de las formas más frecuentes de delincuencia urbana es el robo con tirón, el cual suele revestir una especial gravedad (3). La mayor parte de las veces este delito recae sobre ancianas y el resultado suele ser una caída con arrastre que puede ocasionar fracturas que muchas veces conducen a la muerte.

En estos casos el Juez podía apreciar la circunstancia de un instrumento o método peligroso para la vida o la salud (uso de una moto en marcha, tirón violento y arrastre...), acciones que si bien no son típicamente dolosas lo son de dolo eventual y para muchos reincidentes serían dolosas.

Este tipo de acciones genera en las ancianas una victimización muy importante, que puede alcanzar el grado de «síndrome por estrés postraumático» con una gran ansiedad, aislamiento y desconfianza social, trastornos del sueño y pesadillas sobre el hecho. En otras ocasiones la vivencia

puede ser el desencadenante de síndromes confusionales postraumáticos o de pensamiento paranoide y autorreferente que lleve a conductas fóbicas y extravagantes.

Las personas que han sido víctimas de este tipo de agresiones quedan afectadas para el resto de sus días.

Se puede objetar y con razón, que esta conducta ya está tipificada en el artículo 242.2. en concurso de delitos con el de lesiones y que la abundantisima jurisprudencia del Tribunal Supremo avala el tirón como robo con violencia, del que resultaría una pena mayor, pero la cuestión que aquí planteamos es que, en estas circunstancias, la conducta lesiva lleva implícita la elección de una víctima particularmente vulnerable, hecho que en el robo queda en un segundo plano, máxime al desaparecer la forma imperfecta del derogado artículo 512 —cuando hay resultado lesivo—.

VI.1.2. *La violencia familiar*

La longevidad acarrea consecuencias médicas, familiares y sociales. Mientras el anciano se encuentra bien puede prestar una gran ayuda familiar, es la época de los abuelos felices y suele durar hasta los 75 años.

Progresivamente se instauran una serie de déficit que poco a poco van limitando a la persona a sus necesidades más primarias, creciendo su dependencia de los demás. A la pérdida de memoria se une la desorientación, el egocentrismo, la labilidad afectiva y francos trastornos de tipo vascular o demencial que requieren continua atención. Esta situación del anciano suele coincidir con una edad de los hijos en la que los nietos han salido de la infancia y ya no necesitan cuidado y vigilancia permanentes, pasan gran parte del día fuera de la casa y es frecuente que también uno o ambos de los padres se vean obligados a ausentarse y más aún cuando ambos trabajan fuera.

El conflicto que plantean explica que el riesgo de convertirse en víctimas sea muy alto y que el maltrato adquiera diferentes formas y grados de gravedad que pueden ir desde la soledad, a la desnutrición, la falta de aseo, la sobremedicación para que permanezcan dormidos o el extremo maltrato físico mucho más raro (4). Bastante común es el abuso económico disponiendo de sus bienes o violando su derecho a la personalidad y a tomar decisiones en aquello para lo que esté capacitado.

En la última etapa el deterioro es tan grande y los cuidados sanitarios y médicos tan necesarios que se impone la asistencia sanitaria a domicilio o el internamiento en un centro especializado, en este aspecto las responsabilidades de los médicos que intervienen en el proceso pueden ser muy variadas (5).

En cualquier caso hemos de admitir que el maltrato al anciano es un fenómeno mal conocido tanto desde el punto de vista médico como jurídico ya que a veces resulta muy difícil de diferenciar entre una actitud de

«beneficencia» con la que se procura y busca lo más favorable para la persona mayor, o estamos ante un abuso y una coacción o limitación de su voluntad y una restricción de sus derechos; no es infrecuente que el maltratador no tenga conciencia de lo antijurídico de su proceder.

Son autores americanos los que llaman la atención sobre la frecuencia del maltrato a los ancianos, indicando que está entre un 4-10%, con mayor incidencia en mujeres. En nuestra opinión, es tan frecuente e importante como la violencia de género o la dirigida contra los niños, ya que suele darse de manera colectiva (en residencias y centros de tercera edad cuando no reúnen las características adecuadas), aunque tenga unas formas más sutiles y en apariencia menos graves.

El diagnóstico médico del maltrato a los ancianos es difícil porque, como hemos dicho, no se caracteriza por lesiones físicas evidentes, sino que la sintomatología del abandono, la desnutrición, la deshidratación, o la sobremedicación, pueden quedar enmascaradas por las enfermedades propias de la ancianidad, y ocurre igual con lesiones como las quemaduras, o las contusiones cuyo diagnóstico accidental o intencional suele ser muy difícil.

La situación de soledad o de abandono es más fácil de objetivar, en un estudio de Luna (6) el 49% de los ancianos ingresados en centros no reciben nunca visitas de sus familiares más próximos.

Todas estas conductas pueden incardinarse en el Código Penal. Así, la violencia familiar se recoge en el artículo 153 tanto en su aspecto físico como psíquico, aunque las lesiones ya están tipificadas en el delito de lesiones del artículo 147 y siguientes lo que a menudo se olvida al hablar de este tema. Estas agresiones son muy frecuentes en el caso de hijos drogadictos y padres y madres de cierta edad. También la Ley 14/1999 modificó el artículo 617 de las faltas que en su apartado 2 hacía referencia a los sujetos pasivos, ampliándose a todos los del artículo 153 (...y ascendientes...). Muchas de estas conductas podrían también merecer la tipificación de tratos degradantes (artículos 173 y 177) en el que algunas veces se incurre sobre todo en asilos que escapan al control e inspección de las instituciones; recordamos un caso en el que una anciana fue encontrada por el médico prácticamente pegada al colchón en el que permanecía a través de extensas úlceras de decúbito totalmente colonizadas por larvas y gusanos.

En íntima relación con el anterior cabe considerar de omisión del deber de socorro el artículo 195 o la denegación de auxilio prevista para los funcionarios en el artículo 412.

VI.1.3. Del abandono

De la situación de abandono hemos de decir que es delito dejar de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento

—sus ascendientes que se hallen necesitados—. Son los artículos 142 y siguientes del Código Civil y la abundantísima jurisprudencia del T.S. la que establece el alcance de «prestar asistencia», que como dice la SS 18/5/87 cuando el legislador habla de deberes asistenciales no se refiere exclusivamente a obligaciones alimenticias, o de materia económica sino que engloba todos los deberes incluidos los morales. La propia Ley incluye la asistencia médica.

La literatura y las calles están llenos de abandonos flagrantes; desaparecidos los hospitales psiquiátricos las calles, estaciones de metro, casas de beneficencia, etc., se pueblan de ancianos indigentes, unas veces demenciados, otras alcoholizados y otras, simplemente, abandonados a su indigencia.

El bien jurídico protegido es el derecho que la familia tiene a ser protegida por sus miembros y el deber de éstos de protegerlos en caso de necesidad, es un principio de solidaridad recíproca —mientras se es hijo desvalido te deben proteger tus padres y cuando se es padre o madre desvalidos te deben proteger tus hijos— «protege hoy para que te protejan mañana».

No conocemos el número de casos que se enjuician en aplicación del artículo 226, pero para ser un delito semipúblico en el que el Ministerio Fiscal puede intervenir, parece que son muy escasas las ocasiones en las que esto sucede en comparación al número de casos en los que la indicación es evidente.

VI.1.4. Denegación de recursos y discriminación

Que los ancianos son discriminados por razón de su edad para una serie de tratamientos médicos es evidente, no sólo en terapias excepcionales, sino en terapias convencionales y en exploraciones.

Este problema puede abordarse desde tres planos: el científico, el ético y el legal. En este caso pensamos que lo que es científicamente correcto suele ser éticamente correcto y ajustado a la Ley.

De entrada nadie puede ser discriminado por razón de edad, máxime cuando se imponga el deber de socorro, pero el médico se puede ver en el dilema o en la encrucijada de que no haya recursos para todos los que tienen necesidad como ocurre en los trasplantes o en los instrumentos de reanimación, en los casos en los que se hace un diagnóstico de enfermedad incurable con necesidad de cuidados paliativos o en claros casos de distanasia con un alargamiento artificial de un proceso irreversible y una vida sin esperanza.

En un plano estrictamente ético podríamos jerarquizar los principios: Principio de Justicia, Principio de Autonomía y Principio de Beneficencia. Aplicados por este orden nos encontraríamos que el de Autonomía no puede aplicarse, mientras que el de Justicia planteado desde una óptica

utilitarista de buscar «lo que origine mayor beneficio y felicidad a mayor número de personas» llegaría a una decisión distinta a aquella que se inspirara en una ética personalista desde la que se considerara exclusivamente lo más favorable para el anciano en cuestión.

Este análisis nos lleva a la conclusión de que en estos casos siempre queda como protagonista el Principio de Beneficencia y que es el médico el que se convierte en árbitro de la situación y el que se ve en el deber y el derecho de conciliar todos los intereses en conflicto. Son situaciones que en la práctica deben resolver el médico y el fiscal. Aunque este planteamiento suponga una nueva carga para el Ministerio Fiscal serán muchas las ocasiones futuras en las que deba asumir esta nueva responsabilidad habida cuenta de que este tipo de delitos son competencia del Tribunal del Jurado con la dificultad que ello conlleva ya que, aunque el magistrado-presidente pueda conducir la cuestión y tomar decisiones, cosa distinta será cuando un anciano es discriminado por razones estrictamente economicistas que técnicamente no estén justificadas.

En otro orden de cosas, la práctica puede deparar en el futuro situaciones complejas, como serán aquellas en las que el médico haga una objeción de conciencia al colocarse en posición de garante de los recursos públicos —exigidos por la Constitución— ante la demanda creciente y a menudo claramente abusiva de la sociedad de remedios inadecuados, ineficaces o inútiles como medicamentos, utensilios ortopédicos o de otro uso, etc.

Para estas circunstancias se están mostrando muy eficaces los Comités de Ética Asistencial que comenzaron a funcionar a principios de los años 90 en los Hospitales de San Juan de Dios de Cataluña y se han ido extendiendo progresivamente a la red asistencial pública. Estos Comités están integrados por personal sanitario y algunos ajenos al hospital, y son personas con la formación suficiente como para enjuiciar las situaciones particulares planteadas desde los intereses públicos, del propio paciente y del equipo asistencial, pudiendo proponer al problema analizado la solución más ajustada en cada caso. Los análisis suelen seguir las propuestas de prestigiosos autores expertos en ética asistencial como Beauchamp, Pellegrino, Abel, etc.

Desde el punto de vista legal los artículos 511 y 512 pueden dar en su momento mucho juego, aunque expresamente no se mencione la edad y sí la enfermedad o minusvalía, muchos enfermos crónicos renales o cardiacos o hepatópatas no serán incluidos en los programas de trasplantes a partir de cierta edad. Hay razones científicas para ello, pero el tipo se cumple y habrá que recurrir a alguna causa exculpatoria, y en concordancia con estos artículos exculpatorios está la omisión del 196 en el que se tipifica denegar la asistencia a la que se tiene derecho.

VI.2. EL ANCIANO COMO SUJETO ACTIVO DEL DELITO

En los últimos tres años los delitos denunciados con más frecuencia en nuestro país y cuyo actor ha sido un anciano, han sido las agresiones en el medio familiar y los abusos a menores, aunque siempre en una proporción mínima y como hechos aislados, y generalmente teniendo como sujeto pasivo a la mujer en el primer caso y a niños de corta edad en el segundo.

VI.2.1. *Agresión en el medio familiar*

La agresión a la mujer se suele encuadrar en un proceso de progresivo deterioro de las relaciones en un matrimonio cuya vida conyugal ha discurredo con normalidad; son frecuentes ideas paranoides de despojo de sus bienes, o pérdida de sus atribuciones en la familia (autoridad, decisiones, etc.), o ideas de celos cuando la esposa se conserva en mejores condiciones físicas y psíquicas que él. Estos comportamientos merecen atención porque los crímenes matrimoniales en personas de más de 65-70 años suelen corresponder a este tipo de circunstancias.

En este campo los hijos deben detectar este clima de hostilidad entre sus padres y poner los medios para evitar situaciones que pueden tomar tintes dramáticos.

También en este aspecto como el que comentamos en el punto siguiente es de interés para los geriatras y médicos de familia o neurólogos y psiquiatras que traten al anciano, ya que deben prevenir las conductas agresivas tanto desde el punto de vista farmacológico, como social y familiar; las responsabilidades en este aspecto podrían estar claras (7).

VI.2.2. *Abusos sexuales*

También los abusos sexuales suelen corresponderse con un proceso demencial de tipo vascular o Alzheimer. Se corresponden con momentos en los que hace su aparición en el anciano el impulso sexual y, debido a su deterioro, se comporta sin inhibición ni tacto social; la conducta puede ser exhibicionista, o de tocamientos de niñas o niños que suelen ser nietos o allegados a la familia; precisamente las denuncias suelen presentarse cuando son extraños y desconocen la situación del anciano.

En estos casos la conducta a seguir debe ser preventiva, hay que advertir a la familia del anciano de que son posibles estas conductas agresivas en el curso de un proceso de deterioro. Los tratamientos sedantes pueden ser necesarios para evitar agitación e irritabilidad, del mismo modo que pueden requerir tratamiento los desarrollos paranoides. La desinhibición sexual se evitará evitando el contacto en solitario del anciano con los niños y proporcionando a éste el entretenimiento que necesite según hayan sido sus aficiones o actividades anteriores a su deterioro.

Cuando las conductas delictivas son consecutivas a una anomalía o alteración psíquica serán causa eximente o atenuante de la responsabilidad

criminal, siendo preciso un peritaje específico y profundo que determine las áreas afectadas y la relación de la patología con la conducta antijurídica enjuiciada.

VII. PROBLEMAS MÉDICO-LEGALES DE LOS ANCIANOS ANTE LA LEY CIVIL

VII.1. CAPACIDAD CIVIL

La capacidad civil de una persona entendida como preparación para regirse a sí misma y administrar los propios bienes se adquiere con la mayoría de edad (18 años) que vienen a garantizar una madurez psicobiológica. Sin embargo, mientras que si está determinada la edad de inicio de esta capacidad civil no sucede igual para su extinción por lo que se presume que toda persona mayor de 18 años es capaz, a los efectos jurídicos, mientras que no se demuestre lo contrario.

La capacidad civil se fundamenta en un nivel adecuado de inteligencia y de voluntad lo cual permite conocer las opciones más favorables para uno mismo y elegir las o rechazarlas con libertad. Por ello todos los procesos que afecten a estos niveles de inteligencia o comprensión y de voluntad podrán limitar o anular la capacidad civil.

Aunque el ejercicio de la capacidad sea algo espontáneo y natural a lo largo de la vida, el problema se plantea cuando el deterioro psicobiológico de una persona pone de manifiesto que no está en condiciones de seguir tomando las decisiones sobre su persona y sus bienes.

En la práctica, cada caso es diferente, pero todos ellos tienen en común las dificultades que entraña el distinguir entre una actitud de protección y de beneficencia para el anciano suplantándolo en sus propios derechos, o el abuso que puede suponer el suplantarlos para aprovecharse de sus bienes y/o de su persona.

Precisamente por ello la legislación española ha tomado todas las garantías legales para que la intervención judicial evite cualquier abuso de tipo económico sobre las personas mayores o la desatención de las mismas.

Las medidas judiciales están en el Código Civil y configuran las medidas protectoras de: la tutela, la curatela y el defensor judicial.

VII.1.1. *La tutela*

La tutela implica la incapacitación de la persona, lo cual es la limitación o extinción de derechos fundamentales, por ello en el artículo 199 se

dice que «nadie puede ser incapacitado sino por sentencia judicial y en virtud de las causas establecidas en ley». Mientras que el artículo 200 dice: «Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma».

Como puede verse los términos empleados son amplios y engloban genéricamente cualquier proceso psicorgánico que afecte a la capacidad de comprender y decidir o elegir, quedando perfectamente recogidos los procesos demenciales y cualquier deterioro de los que afectan a las personas ancianas al final de su vida.

Pero al mismo tiempo se toman todas las garantías para que la indicación de incapacidad y su grado se hagan de forma personalizada y siempre en beneficio del incapaz de manera que «la Sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta pudiéndose instar cambios que modifiquen o dejen sin efecto el alcance de la incapacitación ya establecida en el caso de que cambien las circunstancias que la motivaron».

En el caso de las personas mayores «corresponde promover la incapacitación al cónyuge o los descendientes, los hermanos, o el Ministerio Fiscal si las personas mencionadas no existen o no lo hubieran solicitado» (art. 202). En esta línea «las autoridades y funcionarios públicos que para sus cargos tuvieran conocimiento de posibles causas de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal» (art. 203), «para lo cual está facultada cualquier persona que tenga conocimiento de hechos que puedan ser determinantes de incapacitación» (art. 204).

Antes de dictar la Sentencia «el Juez oír a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí mismo, oír el dictamen de un facultativo y, sin perjuicio de las pruebas practicadas a instancia de parte podrá decretar de oficio cuantas estime pertinentes» (art. 208). Abundando en las garantías del procedimiento se dice en el artículo 206 «En los procesos sobre incapacitación será siempre necesaria la intervención del Ministerio Fiscal, aunque no haya sido promotor de los mismos». «Si el Ministerio Fiscal hubiere promovido el procedimiento, el juez designará un defensor al presunto incapaz a no ser que ya estuviese nombrado. En los demás casos será defensor el Ministerio Público. El presunto incapaz puede comparecer en el proceso con su propia defensa y representación» (art. 207).

Continuando con el procedimiento se dice en el artículo 215 «La guarda y protección de la persona y bienes o solamente de la persona o de los bienes de los menores o incapacitados se realizará, en los casos que proceda, mediante: 1.º La tutela. 2.º La curatela y 3.º El defensor judicial». Cualquiera de estas figuras queda bajo el control judicial y la vigilancia del Ministerio Fiscal que pueden exigir del tutor que, en cualquier momento, rinda cuentas del estado del tutelado y de sus bienes, necesitando éste autorización judicial para enajenar o gravar bienes del tutelado, u otros actos como su internamiento en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial.

En nuestra opinión la legislación en materia civil es suficiente y garantiza que los procesos de incapacitación en los que se limitan los derechos de una persona, en principio, vulnerable e indefensa, se hagan con los controles adecuados para que las decisiones vayan siempre en beneficio de la persona incapacitada.

VII.1.2. *El consentimiento de los ancianos para los internamientos y actuaciones médicas*

El dar el consentimiento para ingresar en un centro y someterse a tratamiento médico se ha convertido en los últimos años en un «acto estrella» de la expresión pública de la autonomía de las personas. Es, en efecto, un acto importante para la vida y la salud que se acompaña de aislamiento y reclusión del mundo exterior, por ello debe ser comprendido en su contenido y significado por la persona sobre la que se aplica la cual debe conocer la indicación médica, las posibles alternativas, los beneficios esperados y los riesgos asumidos; por ello, esta persona debe estar en condiciones de comprender y de tomar su decisión con libertad.

Este internamiento que es un acto frecuente y casi rutinario en el medio hospitalario cobra especial trascendencia cuando afecta a un menor o cuando el paciente está afectado por un trastorno psicofísico que le impide actuar o comprender. En estos casos y, en la línea de garantías del Código Civil, el internamiento ha quedado regulado en su artículo 211 que fue modificado por la Ley 1/96 de protección Jurídica del Menor, quedando redactado como sigue:

«El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá la autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El internamiento de menores se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal... El juez de oficio recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento cuando lo crea pertinente y, en todo caso, cada seis meses de forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo que proceda sobre la continuación o no del tratamiento».

Se establecen así unas medidas que diferencian el que haya necesidad urgente de internamiento y/o tratamiento, o no; en el primer caso, se realiza el ingreso y se dispone de 24 horas para ponerlo en conocimiento del Juez de Primera Instancia, mientras que en el segundo caso se solicita la autorización judicial para el internamiento y, concedida ésta, se procede al mismo. En ambos casos la permanencia del paciente en el centro debe

ser vigilada por el juez y el fiscal de manera que ésta no se prolongue más allá de las estrictas necesidades terapéuticas.

El artículo 211 está dirigido genéricamente a todos los internamientos compulsivos de menores y de enfermos mentales que no están en condiciones de «decidir por sí mismos», pero incumbe también a personas mayores cuya capacidad de comprensión y decisión también se ha visto afectada en su deterioro. Las residencias de ancianos o centros geriátricos suponen un contrato de servicios entre el centro y la persona residente, lo cual exige que, en principio, el anciano dé su consentimiento para ello. Sin embargo, en la práctica puede internarse al anciano cuando sus facultades mentales están afectadas y no puede ser él quien intervenga en el contrato; otras veces sí está lúcido cuando ingresa pero con el paso del tiempo se deteriora y pasa a ser una persona sin capacidad de decisión.

Pensando y previendo estas situaciones la Fiscalía General, cumpliendo su deber de velar por los incapaces y desvalidos, emitió la Instrucción 3/90 que hace especial mención al ingreso de personas en residencias de la tercera edad, la cual respondía a la preocupación social, ya comentada, del posible maltrato o abandono de ancianos en algunos centros. En esta Instrucción de la Fiscalía se dice literalmente: *«1. Debe estarse al consentimiento del titular del bien jurídico, siempre que se manifieste como expresión de una voluntad libre y consciente. Es el propio anciano quien contrata con el centro las condiciones y servicios a prestar por este último durante el tiempo de su internamiento. 2. En caso de enfermedad o deficiencia de carácter físico o psíquico, deberá recabarse preceptivamente la autorización judicial, autorización que se acordará de conformidad con el artículo 211 del Código Civil, y por tanto, previo cumplimiento de los requisitos que en el mismo se establecen. 3. En el caso de que el deterioro físico o mental, como consecuencia del avance de la vida, sea producido con posterioridad al momento en que tuvo lugar el internamiento, deberá comunicarse por el centro a la autoridad judicial que, previos los trámites previstos en el artículo 211 del Código Civil, dictará la correspondiente autorización judicial».*

De estas disposiciones se derivan obligaciones legales para los directores de las residencias y centros y para las personas que trabajan en asistencia sanitaria de las personas mayores internadas, ya que son éstas las que deben detectar la pérdida de capacidad del anciano internado, y ponerla en conocimiento del responsable administrativo del centro para que recabe la autorización judicial que permita continuar el internamiento bajo control judicial.

En el control de la calidad de la atención y asistencia que reciben los ancianos internados en centros públicos o privados interviene el médico forense que debe verificar el estado del anciano y el tipo de asistencia que recibe y pronunciarse sobre la procedencia del internamiento y la adecuación de las medidas asistenciales y sanitarias.

Por otra parte, cualquier médico que en el ejercicio de su profesión detecte en un anciano una situación de abandono, malnutrición, sobre-

medicación, maltrato físico o psíquico, o similar, está obligado a ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial mediante el documento médico-legal denominado «parte de lesiones» en el que se indiquen, junto a la identidad de la persona, las circunstancias que motivan la denuncia; recibido el documento en el Juzgado será el médico forense el encargado de verificar la situación para que el juez tome las medidas de protección que convengan y de penalización a los autores.

Las entidades públicas están obligadas a controlar la calidad asistencial y el cumplimiento de estas medidas en sus propias residencias, así como en las de carácter privado autorizadas por ellas. El cumplimiento de estas medidas evitará que se produzca ningún abuso ni económico, ni físico ni psíquico sobre las personas mayores.

El bienestar de las personas mayores en sus últimos años de vida depende de todos, pero el compromiso es mayor para los que colaboramos con la Administración de Justicia y con la Sanidad, ya que desde ambas se toman importantes decisiones que afectan a la calidad de vida de las personas y en especial de los más vulnerables, las personas ancianas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Indicadores Sociales en España. Instituto Nacional de Estadística, 1999.
2. GIMÉNEZ LÓPEZ D. La realidad sociológica: Algunos hechos actuales sobre la situación de la tercera edad. En: Alonso del Campo V. (ed.). *En el atardecer de la vida*. Granada: Cáritas Diocesana. 1999: 69-92.
3. CASTELLANO ARROYO M. Violencia contra la mujer: Tipos de agresiones. Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 3. Universidad del País Vasco, 1994: 95-107.
4. CASTELLANO ARROYO M. Violencia en el medio familiar. En Gisbert Calabuig A. (ed.). *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Masson, 1998: 444-454.
5. SALVAT J, MUÑIZ C, VICENTE S, MUÑOZ R. La asistencia sanitaria en los centros y residencias de la tercera edad como fuente de responsabilidad profesional médica. *Orfila* 1995; 7: 401-415.
6. LUNA MALDONADO A, y OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ E. Aspectos Clínicos de la violencia en el medio familiar. En: Delgado S. (ed.). *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Colex; 1994, 7: 997-1008.
7. MARTÍN SERRANO A. Relación médico-paciente gerátrico: Aspectos legales y entorno jurídico. Madrid: Editores Médicos S. A. 1995.

MALOS TRATOS POR ACCIÓN Y POR OMISIÓN A LOS ANCIANOS

J. SALVAT, J. MARTÍN, S. VICENTE, C. MUÑIZ Y R. MUÑOZ*

Resumen: Los malos tratos a los ancianos son una forma específica de violencia que se ha concretado a partir del estudio de la violencia doméstica. No es un fenómeno nuevo ya que éstos han existido siempre. En este trabajo se revisan las distintas formas de producirse, los tipos, el diagnóstico, la actuación del médico general y de los servicios de urgencia, la actuación médico pericial y las medidas de prevención. Se exponen, desde los conocimientos médicos y medicolegales, cuáles son y cuáles deben ser las pautas de actuación de los médicos asistenciales y de los médicos peritos en relación con los malos tratos a los ancianos.

Palabras clave: Ancianos. Malos tratos a los ancianos. Malos tratos a la tercera edad. Abusos en los ancianos. Peritación medicolegal en los ancianos.

Abstract: Abuse of the elderly is a specific form of violence within the field of domestic violence. It is not a new phenomenon and indeed has always existed. In the present work we offer a review of the different ways in which it is manifested, its different types, its diagnosis, the actions of general practitioners and of emergency services, forensic practices and preventive measures. From the perspective of medical and forensic awareness, here we attempt to show what guidelines are available and what guidelines should be followed by clinical and forensic physicians in situations of abuse of the elderly.

Key words: Elderly people. Abuse of the elderly. Forensic assessment of abuse to the elderly.

* Departamento de Medicina Legal. Universidad de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

El término anciano, sinónimo de «viejo», significa «calidad de lo viejo» (1), y presupone experiencia, sabiduría y respeto. Históricamente el anciano ha ocupado un papel significativo dentro de la estructura social ya sea política, religiosa o familiar. Sin embargo, en nuestra sociedad, desde hace algunos años, el ser no sólo viejo, sino ya mayor, supone un estorbo, una rémora, tanto en el medio familiar, social y laboral. No se tienen en cuenta sus opiniones y de forma peyorativa cuando no despectiva se le llama viejo o «carca». La sociedad sobrevalora la juventud y para mantenerse joven hace «footing», dietas, «lifting» cosmético y quirúrgico, etc., y utiliza eufemísticamente sinónimos que disfrazan esta etapa de la vida con términos como el de «tercera edad». Los cambios sociales, culturales y laborales surgidos en nuestra sociedad han llevado a modificar la estructura familiar. Si bien, la familia sigue siendo el apoyo del anciano, cada vez se observa con más frecuencia su aislamiento y soledad. Esta sociedad ofrece poca gratitud para con el anciano, se le utiliza o «maltrata» con frecuencia de forma abierta o sutilmente.

Existen dificultades para establecer el comienzo de la vejez a partir del estudio de las características individuales, mensurables y comparables en el nivel biológico, psicológico y sociológico. Por esta razón, la Asociación Mundial de Gerontología adoptó, hace más de 30 años, un criterio cronológico. La vejez comienza a los 65 años (2). Sin embargo, el envejecimiento del ser humano depende de diversas variables como la genética, educación, alimentación, prevención y tratamiento de las enfermedades, etc. El criterio cronológico es bastante convencional y arbitrario dadas las grandes diferencias individuales (3). En España existen unos siete millones de personas mayores de 65 años.

I. CONCEPTO

Los malos tratos a personas ancianas pueden definirse como aquellos actos ejecutados por otra persona que tienen como resultado un daño o una amenaza a la salud o al bienestar de una persona anciana (4).

Estos actos podrán ser realizados de forma intencionada, mediante una comisión por acción, o mediante una comisión por omisión. También

pueden ser efectuados de forma no intencionada al tener su origen en una falta de previsión o en una carencia de conocimientos de la persona que tiene obligaciones hacia los ancianos afectados.

Las acciones que pueden ser incluidas en la definición expuesta son el maltrato físico, el maltrato psíquico y, también, por las repercusiones que tienen sobre los ancianos, deben ser considerados como malos tratos dos situaciones especiales: los abusos económicos y la violación de sus derechos.

Estas acciones nunca son independientes unas de otras, pueden aparecer todas o sólo algunas de ellas, pero, las que estén presentes, siempre están superpuestas en las personas ancianas.

II. TIPOS

El estudio de los tipos de maltrato a las personas ancianas, a pesar de la práctica imposibilidad de separar unas acciones de otras, obliga a diferenciar cuatro tipos de maltrato a los ancianos: el maltrato físico, el maltrato psíquico, los abusos económicos y la violación de sus derechos (5, 6).

II.1. MALTRATO FÍSICO

En esta forma de maltrato deben incluirse todas aquellas actuaciones que producen dolor o daño físico (7).

Las acciones más frecuentes son las agresiones realizadas con las manos y, después, las agresiones ejecutadas con objetos contusivos, habitualmente de carácter ocasional. También se observan, aunque con menor frecuencia, las agresiones realizadas con arma blanca y por el calor.

La tipología lesiva es muy diversa llegando, incluso, a la muerte.

Podrán observarse equimosis, hematomas, erosiones, excoriaciones, heridas contusas, heridas cortantes, heridas punzantes, eritemas, flictenas, escaras, luxaciones y fracturas.

Las lesiones contusivas podrán ser únicas o múltiples, de tamaños diversos, desde equimosis pequeños e irregulares producidos por pellizcos hasta grandes cardenales. Pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo. En ocasiones, su número y gravedad puede no guardar relación con la intensidad del traumatismo debido a fragilidad capilar o bien a tratamientos anticoagulantes.

Las lesiones que se localizan en zonas salientes suelen deberse al choque del cuerpo contra puertas, muebles, paredes, etc., y son debidas, habitualmente, a empujones que desequilibran a estas personas.

Las lesiones que se localizan en partes no salientes del cuerpo suelen tener su origen en mecanismos lesivos directos. Éstas se localizan, con más frecuencia, en las muñecas y en la cara interna de los brazos (figura 1). Otras localizaciones son los hombros, alrededor del abdomen, en la cara interna de los muslos y en las nalgas. También podrán encontrarse en las zonas genitales.

Algunas lesiones informarán sobre su mecanismo de producción, siendo muy frecuente observar equimosis digitadas producidas por la presión de las yemas de los dedos y las excoriaciones producidas por las uñas del agresor. También podrán observarse marcas en forma de rozaduras producidas por cuerdas, cables o cadenas en lugares de sujeción. En el cuello pueden observarse, además de lesiones digitadas, lesiones por tirón de cadenas ornamentales o religiosas. En el cuero cabelludo, fundamentalmente en zonas occipitales, parieto-temporales u occipito-parietales, pueden observarse alopecias por arrancamiento, a veces repetido, de pelos.



Figura 1. Lesiones contusivas en cara interna del brazo.

Los equimosis y hematomas tendrán, en ocasiones, diferentes coloraciones proporcionando información sobre los diferentes momentos lesivos.

Es necesario también hacer referencia a los elementos de sujeción diseñados para proteger a las personas ancianas de caídas y que son usados, cotidianamente, en domicilios y en residencias de ancianos (petos torácicos acoplados a sillas, cinturones abdominales en sillas, cinturones magné-

ticos en camas, sujeción por las muñecas, etc.). Algunos de estos aparatos se han revelado peligrosos, si no se usan con las debidas precauciones y en un determinado tipo de personas. Un cinturón magnético colocado en una persona agitada, sin una debida vigilancia, puede ir seguido de un deslizamiento de ésta, resultando la muerte de dicha persona por asfixia de mecanismo complejo (figura 2).

Las quemaduras pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo y su producción puede deberse a cualquier agente térmico. Los agentes más frecuentes son los objetos calientes y los líquidos a elevada temperatura. Las lesiones podrán encontrarse, también, en estadios evolutivos diferentes. La escaldadura por inmersión se ha considerado, en los ancianos, como típica de maltrato. Cuando tienen ese origen, son delimitadas, de bordes nítidos y, con frecuencia, son simétricas y de profundidad uniforme.

Las quemaduras por cigarrillos pueden ser provocadas o accidentales. Las accidentales son únicas; siempre se localizan en zonas de piel descu-

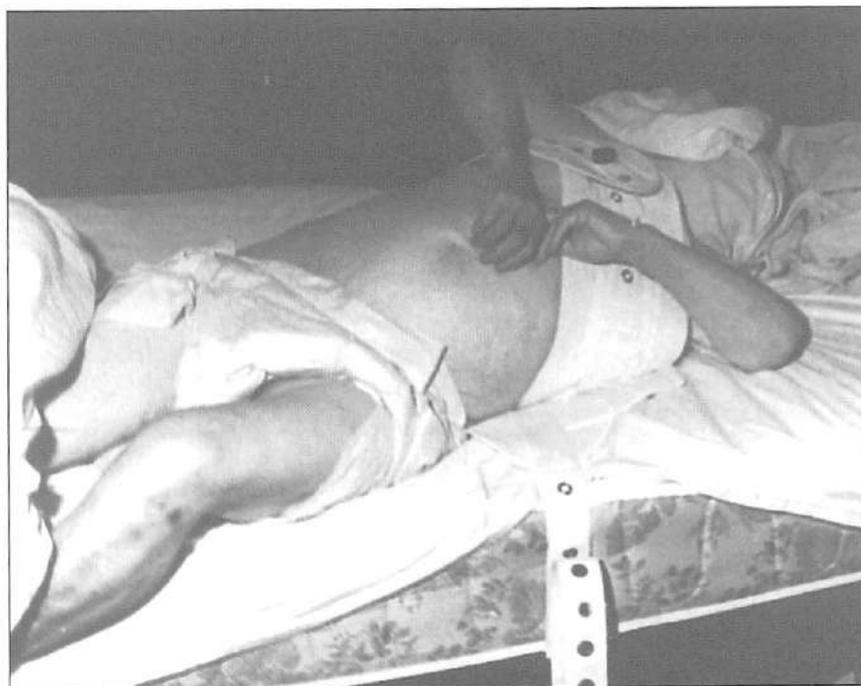


Figura 2. Muerte violenta de un anciano por un mecanismo complejo de asfixia con intervención de un cinturón magnético.

biertas y su mecanismo lesivo es tangencial, lo que da lugar a bordes ovalados. Las provocadas son múltiples, rara vez son únicas; el mecanismo lesivo es perpendicular lo que da lugar a bordes redondeados y su localización puede ser en zonas cubiertas y en zonas descubiertas de la piel.

Las fracturas en los ancianos podrán ser únicas o múltiples y su localización podrá ser variable. Las fracturas más frecuentes son las fracturas costales y las fracturas de los huesos propios de la nariz. Las primeras irán acompañadas de una contusión torácica con problemas respiratorios y las segundas irán acompañadas de pérdidas o fracturas dentales y de traumatismos oculares.

En las fracturas el diagnóstico clínico no plantea problemas mientras el diagnóstico medicolegal de maltrato sí puede plantearlos. Un ejemplo de ello son las fracturas de cadera que se atribuyen habitualmente a la osteoporosis senil y pueden tener su origen en un maltrato. No hay dudas en el diagnóstico de maltrato en los casos de fracturas que presentan un diferente periodo evolutivo. En los ancianos está recomendado realizar estudios radiológicos completos que van a permitir detectar fracturas a otros niveles y, también, la presencia de callos de fracturas previas ya consolidadas.

La rotura de vísceras abdominales como hígado, intestino, páncreas, bazo, riñón, etc., las lesiones nerviosas por traumatismo craneoencefálico y las heridas por arma blanca son de presentación más rara. Todas ellas implican la existencia de una enorme violencia o bien el uso de instrumentos lesivos muy específicos por lo que no existirán dificultades en el diagnóstico de maltrato.

II.2. MALTRATO PSÍQUICO

Como maltrato psíquico deben considerarse todos aquellos comportamientos de terceras personas que causan sufrimiento a un anciano y que no es atribuible a otros factores.

A consecuencia de la prolongación de la vida y de la situación en la que se encuentra el anciano, se origina un alto consumo de recursos socio-sanitarios. Las dolencias propias de esta edad llevan consigo una reiterada consulta médica, exploraciones costosas e innecesarias y el consumo de numerosos medicamentos (en su mayoría de alto coste económico). El anciano hipervalora aquellas limitaciones que son propias de la edad y muy frecuentemente somatiza una situación afectiva y emocional de soledad, inseguridad, desánimo y desasosiego.

Hasta hace unos años era poco frecuente ver a un anciano en la consulta de Neuropsiquiatría, siendo hoy lo habitual. Es un grupo de población vulnerable a presentar alteraciones mentales, habiendo aumentado su prevalencia, siendo las más frecuentes la depresión, ansiedad, insomnio

crónico, deterioro cognitivo, adaptativo, consumo excesivo de alcohol y suicidio. Ha aumentado el consumo de psicofármacos que permiten mejorar la salud del anciano y facilitan la homeostasis del grupo social. Sin embargo, para algún autor, el sedar a los ancianos enfermos con problemas potenciales de comportamiento supone una conducta violenta. En el anciano enfermo, cuando surgen problemas de conducta, los psicofármacos permiten, además de los beneficios referidos, el que puedan ser atendidos por sus cuidadores. Enfocar el asunto de los psicofármacos en el anciano de otra forma constituye una inadecuada asistencia médica, siendo sus consecuencias el abandono de los ancianos o el tratamiento psiquiátrico de sus cuidadores por imposibilitar la convivencia, agravación de su salud, autolesiones que pueden interpretarse como malos tratos, muerte accidental, suicidio u homicidio por compasión (8).

El envejecimiento de la persona lleva consigo cambios en el funcionamiento mental que la hacen más vulnerable a factores estresantes psicosociales como la pérdida de un ser querido, abandono del hogar, disfunciones familiares con la aparición de alteraciones mentales y de conducta, ya referidas, que al no ser comprendidas o interpretadas erróneamente por sus cuidadores, les llevan a actitudes de abuso o negligencia que atentan contra la dignidad del anciano.

En el maltrato psicológico subyace a menudo un conflicto familiar. Dependiendo de la personalidad del anciano y de las relaciones entre los diferentes miembros de la familia, sobre todo si es disfuncional, puede suceder que no sólo sea el anciano el maltratado, sino que también lo sean los hijos o familiares víctimas por parte de aquél. Resulta, por ello, difícil de establecer que las alteraciones mentales observadas en el anciano en su relación con la familia tengan su origen en el maltrato. Un diagnóstico de esta patología no puede, ni debe, ser realizado por inexpertos en salud mental.

Los tipos de comportamiento que pueden causar sufrimiento son muy diversos. Entre ellos se encuentran el maltrato verbal ejecutado mediante amenazas de abandono o de institucionalización, además de las amenazas de causar daño físico, también los insultos, las órdenes rudas, el silencio hacia su persona, la actitud de ignorarlo y la acción de provocar su aislamiento. En estos casos hay oposición a que los ancianos viajen, a que reciban visitas de los amigos o de familiares o inclusive a que asistan a los servicios religiosos. Además de los comportamientos descritos, debe incluirse como una forma de maltrato la situación de infantilismo que da lugar a que la persona mayor sea tratada como si fuera un niño o niña pequeña, lo que genera, en poco tiempo, la aceptación pasiva de una dependencia total.

Otras veces el maltrato psíquico puede consistir en la inseguridad e intranquilidad que le causan a la persona anciana personas dependientes de ella, como pueden ser sus propios hijos, que por circunstancias familia-

res (separaciones, divorcios, etc.), de enfermedad (enfermedades psíquicas, enfermedades físicas impeditivas, etc.) o de trabajo (despidos, paro continuado, etc.), regresan al domicilio familiar como lugar de acogida. De todas ellas, la más traumática es la debida a enfermos psíquicos, provenientes o no de instituciones cerradas, que alteran con sus comportamientos el normal discurrir de su vida diaria, siendo para la persona anciana fuente continua de temores, de confusión, de resignación o de agitación. Esta situación es aún más difícil cuando el hijo presenta trastornos de adaptación social, no acepta su enfermedad y no admite ningún tipo de tratamiento.

Una forma de maltrato psíquico es el internamiento de personas ancianas con problemas físicos pero no psíquicos en centros de tipo mixto. Desde que se puso en marcha la desinstitucionalización psiquiátrica muchos enfermos psíquicos han encontrado acomodo en residencias de ancianos, de las que algunas, inclusive en su denominación, tienen el calificativo de mixtas. Existen trabajos científicos (9, 10, 11 y 12) donde se relacionan las personas ingresadas en residencias con las patologías psíquicas que padecen, poniéndose de manifiesto que ha surgido un nuevo tipo de institucionalización psiquiátrica con menos garantías médicas, que no legales, que las existentes en los hoy casi desaparecidos hospitales psiquiátricos. Cuando, en este tipo de centros mixtos, conviven ancianos que tienen plena capacidad con personas que padecen enfermedades psiquiátricas se produce una reacción negativa y de rechazo por parte de los primeros.

II.3. ABUSO ECONÓMICO

Éste es un tipo de maltrato que consiste en la explotación ilegal o inapropiada de los bienes y recursos económicos del anciano (13). La forma de llevarse a cabo puede ser por acción o por omisión.

Se realiza de múltiples formas. Se materializa bien con un mal uso o con un manejo irresponsable de los bienes del anciano, mediante la apropiación de sus bienes con engaño, con abuso de confianza o con presiones a través de amenazas de abandono o de insitucionalización.

Suelen descubrirse de forma súbita, cuando de forma inexplicada no pueden pagarse los gastos habituales y se reclama el abono de facturas, cuando se ha retirado dinero de las cuentas del anciano sin causa justificada o se ha generado una disparidad entre los recursos económicos disponibles y las condiciones de vida reales. Otras veces se descubren por un requerimiento de la Administración Tributaria por la venta de acciones o de bienes inmuebles, que no han sido objeto de la pertinente declaración fiscal.

En ocasiones, las formas de apoderarse de los bienes obligan a realizar al responsable de la apropiación actuaciones rocambolescas para no ser

descubierto. Según nuestra experiencia, a modo de ejemplo, citaremos el caso de un funcionario de Hacienda que se apoderó, mediante abuso de confianza, de una importante cantidad de dinero de su suegra vendiéndole sus bonos y acciones y, durante dos años, acudió a su domicilio, todas las mañanas, a recoger personalmente el correo. Curiosamente el asunto se descubrió cuando Hacienda requirió a un cuñado mediante una declaración paralela por no haber declarado la venta de unos bonos cuya titularidad compartía con su madre.

Este tipo de maltrato se manifiesta en el anciano con inseguridad personal, con desconfianza respecto a las personas con las que convive, con alteración emocional y del estado de ánimo. Plantea, a consecuencia de ello, el abandono del domicilio que hasta ese momento compartía con el responsable del maltrato, a lo que se añade que el causante del maltrato, si es un familiar, no da explicaciones y adopta una actitud de inhibición hacia el anciano.

Otras manifestaciones de este tipo de maltrato son el despojo de sus pocos o muchos ahorros, que tienen los ancianos y que son retirados por alguien de sus cuentas bancarias en los días previos a su institucionalización en los centros sociales dependientes de los ayuntamientos, diputaciones, fundaciones benéfico-religiosas, etc. Este tipo de centros cobran un porcentaje de la pensión, habitualmente el 80%, y dejan en una cuenta individualizada el 20% restante para los gastos particulares de la persona que está ingresada (ropa, calzado, tabaco, etc.). Esta cuenta individualizada, en la mayoría de los casos, es de reciente apertura y su saldo inicial es de cero pesetas. En otros casos, cuando se trata de un incapaz y tiene tutor, éste retira de esa cuenta el sobrante anual de la pensión.

Las cantidades de dinero que puede tener cada individuo en dichas cuentas es variado. Nuestra experiencia profesional nos permite citar el caso de una residencia de 180 personas, de titularidad oficial, donde todos los ingresos son objeto de control y autorización judicial, en la que, en esas cuentas, en enero de 2001, había una cantidad total superior a los 220 millones de pesetas y la cantidad que tenía cada residente oscilaba desde las 250.000 pesetas hasta los 7 millones. En este centro, un 75% de los residentes tenía autorizada judicialmente su estancia y, por no haberse aplicado correctamente lo dispuesto en materia de tutela por el Código Civil, el número de internos declarados legalmente incapaces sólo era del 15%.

Otras situaciones que, en ocasiones, son puestas en conocimiento de los órganos judiciales, por iniciativa de los asistentes sociales de los centros, son el intento de expolio de los bienes del anciano por familiares de cualquier grado o por personas amigas, mediante los mecanismos más diversos: bien llevando al anciano al notario para vender sus bienes, o llevándolo a una entidad bancaria para compartir sus cuentas, o intentando que modifique su testamento, etc.

II.4. VIOLACIÓN DE DERECHOS

Este maltrato consiste en impedir el ejercicio de los derechos que tiene reconocidos el anciano.

Se manifiesta con la prohibición de salir de su domicilio, de recibir visitas, de acudir a actos sociales o religiosos, etc. Otras veces consiste en desahuciarlo de su vivienda habitual, a veces por motivos espúreos (14), o ingresándolo en un centro en contra de su voluntad. La Instrucción 3/1990, de 7 de mayo, de la Fiscalía del Estado (15), recoge, como ejemplos de situaciones que atentan contra derechos constitucionales básicos y contra la dignidad de las personas, que los ingresos sean convenidos entre los familiares del interno y el centro, llegando incluso a pactarse el régimen de internamiento, restringiendo o excluyendo la libertad personal al convenirse el régimen de visitas, salidas al exterior e incluso comunicaciones telefónicas o postales.

La institucionalización de los ancianos que tienen alteradas sus facultades mentales está regulada, en España, por el artículo 211 del Código Civil (16), que trata del internamiento del presunto incapaz.

Precisamente, uno de nosotros, en su actividad medicoforense, a raíz de la citada Instrucción 3/1990 y siguiendo los criterios de la Fiscalía, comenzó a realizar un proceso de visitas a centros, reconociendo a todas las personas ingresadas en ellos, para determinar su grado de capacidad y de autonomía e informar de los casos en que era necesaria la preceptiva autorización judicial. En estos momentos el número de personas que ocupan plazas en estas residencias de tercera edad que han sido y son objeto de control judicial, por los Juzgados de los que somos su médico forense titular, supera las mil.

En los ingresos de personas ancianas con plena capacidad mental acontecen, a veces, verdaderos atropellos que no son detectados. Se han detectado casos de personas con plena capacidad mental que han sido institucionalizados en centros públicos después de haber vivido solos o después de haber convivido con familiares, alterando los datos de la encuesta social preceptiva. Hemos hallado personas que, por los datos reflejados en la encuesta social preceptiva a su ingreso, «padecían» enfermedades físicas o psíquicas que no padecen y que deben resignarse a quedarse en la centro (17). También es muy corriente la situación de mujeres ancianas, que mientras han tenido autonomía y han ayudado en los domicilios familiares se las ha acogido y que cuando la situación se invierte y suponen una carga para la unidad familiar se las institucionaliza en centros públicos o privados.

En la institucionalización en centros privados, que tienen ánimo de lucro, sucede que la mayoría de las personas ingresadas no pueden cubrir con sus posibilidades económicas los gastos mensuales que comporta su ingreso, y es la familia quien debe complementar este gasto económico.

En la mayoría de estos casos, la imposibilidad de atención y cuidado en el medio familiar es real y la persona anciana es visitada cotidianamente por sus familiares. También hemos detectado algunos casos en los que, después de realizado el ingreso, un familiar se queda con la pensión del internado y, en pocos meses, crea una deuda con el centro que motiva la intervención judicial.

III. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La existencia o no de malos tratos en una persona anciana es una decisión judicial.

Desde el punto de vista médico es necesario considerar las siguientes cuestiones (18):

- 1) Identificación de la persona objeto del maltrato.
- 2) Diagnóstico de lesiones, alteraciones mentales, intoxicaciones o agravamiento injustificado de enfermedades.
- 3) Autor o autores del maltrato.
- 4) Tipo de maltrato.
- 5) Patrón de conducta.
- 6) Lugar donde acontecen.

La primera cuestión implica determinar quiénes son las personas que deben ser consideradas ancianas y cuál es el límite de edad a partir del cual los seres humanos tienen esa consideración. En el momento actual, y teniendo en cuenta las diferencias individuales, pueden estimarse como tales a las personas que han superado los 65 años.

El diagnóstico implica describir las lesiones, las alteraciones mentales o identificar la existencia de sustancias tóxicas o exceso de fármacos, como también la ausencia de los mismos cuando son necesarios para el tratamiento de la enfermedad.

Los causantes de los malos tratos pueden ser familiares, «amigos», cuidadores (con o sin sueldo) y personas extrañas al anciano. Se ha observado que los más frecuentes son los debidos a familiares.

Los tipos de maltrato que pueden sufrir estas personas, como ya hemos indicado, pueden ser físicos, psíquicos, de carácter económico y de violación de sus derechos. Habitualmente estos dos últimos tienen repercusiones psíquicas importantes para las personas maltratadas.

Los malos tratos a los ancianos se caracterizan por un patrón de violencia, en cualquiera de sus formas, continuado, en el cual la incidencia y la

severidad van aumentando con el paso del tiempo. Los malos tratos aislados, únicos, suelen ser la excepción.

Los malos tratos pueden acontecer en cualquier lugar; en el domicilio del anciano, en el domicilio del causante de los malos tratos, en domicilios compartidos o en instituciones de acogida de ancianos.

IV. ACTUACIÓN DEL MÉDICO GENERAL Y DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Las personas ancianas son más propicias a las caídas, hematomas, fracturas y alteraciones mentales. Por ello, los malos tratos que pueden sufrir estas personas pueden ser confundidos con estos cambios fisiológicos y las patologías debidas al envejecimiento (19).

Además, el personal sanitario tiene tendencia a dar poco crédito a las afirmaciones que realizan estas personas y, en cambio, sí da crédito a lo que de ellas afirman los familiares que les acompañan. El problema se acentúa si el anciano presenta problemas de comunicación.

El médico que atiende a una persona anciana debe realizar una anamnesis completa del paciente y preguntar directamente, si sospecha malos tratos, a la persona afectada. Esta conversación, del médico con el anciano (20), debe tener lugar en privado, sin que intervenga ningún miembro de la familia y en un ambiente donde la víctima se sienta segura y pueda expresarse libremente. El interrogatorio que realiza el médico debe tener un tono amable.

Se debe realizar un examen del estado mental. La existencia de alteraciones cognitivas puede dificultar el diagnóstico de malos tratos, aun en presencia de un cuadro lesivo grave.

Para determinar si el anciano tiene suficiente capacidad mental es ilustrativo que describa un día ordinario de su vida cotidiana.

La exploración física será minuciosa y amplia. Se explorará su aspecto general, lo cual podrá indicar una mala higiene, una situación de caquexia, deformidades por fracturas antiguas, situaciones de incontinencia, pérdidas de peso, etc. Se explorará su marcha y su movilidad, para lo que puede solicitársele que se desvista, observando cómo se desabrocha los botones, cómo se quita la ropa, cómo se levanta de la silla, cómo se tumba en la camilla, etc.

La inspección de la piel se debe realizar cuidadosamente, prestándose especial atención a las áreas ocultas como axilas, cara interna de los muslos, planta del pie, cara dorsal y palmar de las manos, región torácica y abdominal.

Todas las lesiones o anomalías observadas deben ser documentadas cuidadosamente. Los traumatismos deben dibujarse con precisión haciendo constar las dimensiones y el color de las lesiones observadas. Para estas anotaciones son útiles los diagramas de contorno corporal. Siempre que se obtenga el consentimiento previo de la víctima podrán realizarse fotografías de los daños observados.

Deberán practicarse técnicas complementarias de diagnóstico. Se realizarán estudios clínicos de laboratorio con perfiles hepáticos, metabolismo del hierro, coagulación, hemograma, etc.; determinación de niveles séricos de fármacos para comprobar posibles concentraciones tóxicas o subterapéuticas y estudios radiodiagnósticos.

Si en las exploraciones practicadas se aprecian unas lesiones o una patología, el médico tiene la obligación legal, en virtud del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (21), de ponerlo en conocimiento del Juzgado de Guardia mediante el Parte Judicial de lesiones (22).

Algunos médicos afirman, creemos que por falta de formación médico-legal, que una vez que se detecta un posible maltrato, la intervención del médico difiere según se trate de un niño o un adulto. «Si es un niño deberá notificar, aunque sea al trabajador social, el hecho. Con un adulto hay que actuar de otra forma, porque si se notifica al Juzgado esa situación sin el consentimiento de la víctima pueden ocurrir dos cosas: que una vez que el agresor o agresora se entere se genere una mayor violencia amplificada por la denuncia o que el paciente pierda la confianza de su médico» (23).

Los protocolos de actuación profesional que se han diseñado para los casos de malos tratos a niños, mujeres o ancianos son, en definitiva, una ampliación y complemento del Parte Judicial de lesiones que ineludiblemente debe emitir el médico como consecuencia de su actividad profesional.

V. ACTUACIÓN MÉDICO-PERICIAL

La actuación medicopericial siempre tendrá lugar a requerimiento del juez instructor o a instancia del Ministerio Fiscal y normalmente será realizada por el médico forense o por los médicos que se designen.

Su actuación se llevará a cabo en los lugares donde se encuentre el anciano o en la correspondiente clínica.

La actuación medicolegal comprenderá, además de lo expuesto en el diagnóstico de maltrato, lo siguiente:

- 1) Conocimiento de los antecedentes y de su historia sociocultural. Implica conocer la existencia de trastornos orgánicos y mentales así como la personalidad a través de la educación, actividades sociales y laborales, relaciones familiares, etc.

- 2) **Relación de causalidad.** Es necesario establecer el nexo de causalidad entre la causa y los resultados lesivos, determinando los mecanismos de las alteraciones patológicas observadas.
- 3) **Etiología medicolegal.** Cuando el Tribunal lo solicite y ello sea posible, establecer si los malos tratos han tenido lugar de forma deliberada, por acción o por omisión y, también, de forma no deliberada por falta de conocimientos o de información sobre los cuidados necesarios a una persona de la tercera edad. En ocasiones, falta la competencia que es necesaria, por parte de las personas cuidadoras, para detectar cuáles son las necesidades de este tipo de personas.
- 4) **Reconocimiento del maltratador.** Es una actividad pericial, ordenada judicialmente, que se solicita en pocas ocasiones. Sin embargo, es necesario realizarla porque aportará datos valiosos. En el maltratador, en la esfera física, podrán hallarse lesiones ocasionadas por el anciano. En la esfera mental habrá que descartar la existencia de trastornos mentales y motivos psicológicos derivados de conflictividad interpersonal que pueden modificar la imputabilidad.

La intervención de los médicos forenses en relación con las personas ancianas no sólo se circunscribe a informar de la evolución de unos daños hasta el momento de emitir el Parte de Sanidad en unas Diligencias Judiciales, sino que, además, deben emitir los informes que imponen los artículos 208 y 211 del Código Civil (24, 25) y los artículos 759 y 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (26, 27, 28) en lo relativo a la incapacitación y al internamiento de un presunto incapaz.

También deberá asesorar al Ministerio Fiscal en todo lo relativo a la Instrucción 3/1990, de 7 de mayo, en lo relativo al régimen jurídico que debe regir para el ingreso de personas en residencias de la tercera edad.

VI. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

En España no hay programas de prevención específicos encaminados a evitar la aparición y la disminución de malos tratos en los ancianos.

Está comprobado que una aplicación sistemática de las obligaciones del Ministerio Fiscal en lo relativo a la Instrucción 3/1990, anteriormente mencionada, hace que los malos tratos en residencias de personas de la tercera edad sean mínimos.

En lo relativo al ámbito doméstico la situación es más complicada. En este punto son fundamentales los programas de intervención psicosocial. Es de vital importancia que los médicos de Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias conozcan los factores de riesgo, pues éste es uno de

los supuestos donde tiene todo su vigor el aforismo medicolegal «sólo se ve lo que se mira y sólo se mira lo que se tiene en la mente». La localización de factores de riesgo, con o sin malos tratos perceptibles, va a propiciar la actuación de los Servicios Sociales (29) y, en los casos que proceda, la intervención judicial.

BIBLIOGRAFÍA

1. GONÇALVES F. Factores condicionantes en la práctica de la psicogeriatría en el medio rural. En: De la Serna J (ed.). *Psicogeriatría*. Madrid: Jarpyo, 1996: 281.
2. VIDAL G, BLEICHMAR H, USANDEVARAS JR. *Enciclopedia Psiquiátrica*. Buenos Aires: Ateneo, 1977.
3. DE LA SERNA J. Introducción: Generalidades. En: De la Serna J (ed.). *Psicogeriatría*. Madrid: Jarpyo, 1996: 9.
4. Elder abuse and neglect. Council on Scientific Affairs. *Jama*, 1987; 257 (7): 966-971.
5. KAPLAN HI, SADOCK BI. *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 1999.
6. LUNA A, OSUNA E. Violencia familiar: aspectos generales. En: Delgado Bueno S (ed.). *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Colex, 1994: 941-996.
7. FLORES LOZANO JA, AEVA CANDENAS J, GARCÍA GARCÍA MC. Malos tratos a los ancianos. *Medicina Integral*, 1996; 28 (3): 137-142.
8. JIMÉNEZ DE ASÚA L. *Libertad de amar y derecho a morir*. Madrid: Ed. Historia Nueva, 1928.
9. SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. Problemática medicolegal del internamiento no hospitalario del enfermo mental en la provincia de Salamanca (España). *Acta Med. Leg.* 1992; XLI/I: 295-303.
10. SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. Problemática medicolegal de los internamientos no hospitalarios del enfermo mental en el Partido Judicial de Vitigudino (Salamanca, España). *Acta Med. Leg.* 1992; XLI/I: 287-294.
11. SALVAT J, MUÑIZ C, MUÑOZ R. Problemática medicolegal de los internamientos no hospitalarios del enfermo mental en el partido judicial de Ciudad Rodrigo (Salamanca, España). *Orfila* 1995; 7/II: 401-413.
12. SALVAT J, MUÑIZ C, VICENTE S, MUÑOZ R. La asistencia sanitaria en los centros y residencias de la tercera edad como fuente de responsabilidad profesional médica. *Orfila* 1995; 7/II: 401-413.
13. LÁZARO DEL NOGAL M. Abuso y malos tratos en el anciano. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P (eds.). *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*. Madrid: Editores Médicos SA, 1995.

14. LUNA A, OSUNA E. Aspectos clínicos de la violencia familiar en el medio familiar. En: Delgado Bueno S (ed.). *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Colex; 1994; 7: 997-1008.
15. Instrucción de la Fiscalía General del Estado, núm. 3/1990, Régimen jurídico que debe regir para el ingreso de personas en residencias de la tercera edad. Memoria de la Fiscalía General del Estado de 1990. Madrid, 1991; 659-662.
16. Art. 211 del Código Civil: «El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203». Código Civil. Madrid: Ed. Tecnos, 1985.
17. SALVAT J, MUÑOZ C, VICENTE S, MUÑOZ R. La asistencia sanitaria en los centros y residencias de la tercera edad como fuente de responsabilidad profesional médica *Orfila* 1995; 7: 401-406.
18. ADELMAN RD, BRECKMAN R. Malos tratos. En Abrams WB, Berkow R (eds.). *El Manual Merck de Geriatria*. Barcelona: Doyma, 1992; 461-467.
19. LÁZARO DEL NOGAL M. El maltrato como urgencia geriátrica. En: Ribera Casado. JM, Gil Gregorio P (eds.). *Urgencias en Geriatria*. Madrid: Ed. Médicos 1997; 257-272.
20. O'BRIEN JG, Abuso de los ancianos. En: Ham RJ, Sloane PD. *Atención Primaria en Geriatria. Casos Clínicos*. Barcelona: Doyma; 1995; 461-467.
21. Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal: «Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al juez de Instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante. Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente. Si la omisión en dar parte fuere de un profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250».
22. CASTELLANO ARROYO, M. Violencia en el medio familiar. En: Gisbert Calabuig JA (ed.). *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Masson; 1998; 444-454.
23. Opinión de Amaya Zenarutzabeitia. Recogida por SALAZAR I. «Al médico de AP le falta práctica para detectar los malos tratos». *Diario Médico*, 28 de marzo de 2001, pág. 27.
24. Art. 208 del Código Civil: «El juez oír a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí mismo, oír el dictamen de un facultativo y, sin perjuicio de las pruebas practicadas a instancia de parte, podrá decretar de oficio cuantas estime pertinentes».
25. Art. 211 del Código Civil: «El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesari-

ria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203».

26. Art. 759 de la Ley de Enjuiciamiento Civil: «Pruebas y audiencias preceptivas en los procesos de incapacitación. 1) En los procesos de incapacitación, además de las pruebas que se practiquen de conformidad con lo dispuesto en el artículo 752, el Tribunal oír a los parientes más próximos del presunto incapaz, examinará a éste por sí mismo y acordará los dictámenes periciales necesarios o pertinentes en relación con las pretensiones de la demanda y demás medidas previstas por las leyes. Nunca se decidirá sobre la incapacitación sin previo dictamen pericial médico, acordado por el Tribunal».
27. Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil: «Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. 3) Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el Tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado».
28. Ley de Enjuiciamiento Civil, Boletín de Información del Ministerio de Justicia de 15 de enero de 2000, Madrid, 388 págs.
29. MERINO CÁCERES MC. Urgencia social geriátrica. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. (eds.), Urgencias en Geriatria, Madrid: Ed. Médicos, 1997: 249-256.

LOS DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL EN EL ANCIANO

EDUARDO OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ*

Resumen: La libertad sexual comprende la facultad de decidir y conducirse libremente en la esfera sexual. El Código Penal dentro de los Delitos contra la libertad sexual recogidos en el Título VIII protege el derecho a disfrutar del principio de autonomía sexual sin que nadie pueda vulnerarlo. La violencia sexual puede ser una modalidad más de maltrato sobre el anciano en el ámbito doméstico. De manera muy limitada se ha empezado a reconocer que los ancianos constituyen una población susceptible de recibir malos tratos. Las cifras ocultas sobre la incidencia de situaciones de maltrato son mucho más manifiestas en el caso del anciano y todavía más en el caso de la violencia sexual. El acceso a las cifras reales es difícil ya que el fenómeno se oculta, el acceso al problema es extraordinariamente difícil, e incluso se llega a desconocer su existencia en el propio entorno familiar. También, el anciano agredido tiende a no denunciar el hecho por el miedo a ser víctima de la censura social. Igualmente se ha negado su existencia argumentando mitos erróneos sobre la sexualidad de los ancianos: tabúes sociales frecuentes en nuestro medio social han sido más intensos cuando se refieren a las personas mayores. En el presente trabajo se incluye un protocolo de actuación para la pericia médico-legal en situaciones de este tipo.

Palabras clave: Delitos contra la libertad sexual. Anciano. Diagnóstico.

Abstract: Sexual freedom means the faculty to decide and to conduct oneself freely in the sexual sphere. The Spanish Criminal Code concerning crimes against sexual freedom mentioned in Chapter VIII protects the right to sexual autonomy which nobody can harm. Sexual violence may be one more a manifestation mistreatment of the elderly in a domestic environment. The hidden numbers concerning the incidence of mistreatment are more common in the case of the elderly, especially in the case of

* Profesor Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia.

sexual violence. Access to real numbers is difficult since the phenomenon remains hidden and frequently unknown even within the family circle. Victim tends not to report the fact for fear of social reaction. Its existence has also been denied because of the erroneous myths concerning sexual activity of the old: frequent social taboos in our society become even more intense when we talk about old people. In the present work a protocol of diagnosis intended for medicolegal practice is described.

Key words: Sexual crimes. Elderly. Diagnosis.

I. DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

Uno de los derechos más importantes de la persona es la libertad sexual. Se protege el derecho a disfrutar del principio de autonomía sexual sin que nadie pueda vulnerarlo. Debe quedar claro que siempre que se consiga doblegar la libertad por cualquier medio o no se tenga el consentimiento, porque la víctima no pueda otorgarlo se habrá consumado uno de los delitos que asientan bajo esta rúbrica.

La libertad sexual no entraña otra cosa que la facultad de decidir y conducirse libremente en la esfera sexual. No obstante, el bien jurídico protegido en algunos ataques en este ámbito, a menores e incapaces, como puede ocurrir en determinadas ocasiones en las personas mayores, no es la libertad sexual, puesto que éstos no la tienen para conducirse en la esfera sexual, sino la indemnidad sexual, por lo que se ha rubricado adecuadamente el Título VIII, del Libro II del Código Penal que desde la reforma operada por L.O. 11/1999, de 30 de abril, se denominó de forma más precisa como «Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales».

El legislador en la nueva redacción del Código Penal de 1995, agrupa las conductas recogidas bajo este tipo penal en cinco grandes grupos: agresiones sexuales (Capítulo I, artículos 178 a 180) que define las acciones más graves y reprochables, que se producen con violencia e intimidación; los abusos sexuales (Capítulo II, artículos 181 a 183), que delimita los actos sexuales carentes de violencia, pero no consentidos o con consentimiento viciado, considerándose siempre como tales los que se realizan sobre menores de trece años o sobre personas privadas de sentido o con un trastorno mental; el acoso sexual (Capítulo III, artículo 184), que se refiere a la solicitud de favores sexuales por quien tiene una posición preeminente respecto de la víctima; el exhibicionismo y provocación sexual (Capítulo IV, artículos 185 y 186); y por último, los delitos relativos a la prostitución y corrupción de menores (Capítulo V, artículos 187 a 190).

Nos vamos a ceñir en el presente texto a los tipos penales de agresión sexual y abuso sexual, por su mayor frecuencia en aquellas circunstancias en las que la persona mayor, protagonista del tema que estamos desarrollando, puede ser tanto sujeto activo como pasivo de un delito contra la libertad e indemnidad sexual. Pero no olvidemos otras muchas posibilidades (acoso, exhibicionismo, provocación sexual y delitos relativos a la

prostitución y corrupción de menores en las que la persona mayor puede estar implicado como sujeto activo en todas ellas, pasivo o bajo ambas circunstancias, salvo, por razones lógicas, en el caso de corrupción de menores, situación en la que sólo puede ser sujeto activo.

II. LAS AGRESIONES SEXUALES

El tipo básico se recoge en el artículo 178, que establece como agresión sexual atentar contra la libertad sexual de otra persona con violencia o intimidación. Pero nada se dice de su intensidad o gravedad por lo que pueden acogerse una gran variedad de supuestos.

La agresión sexual es, por tanto, la imposición a otra persona de un acto sexual por la fuerza o por el temor de un mal. Es decir, el comportamiento sexual se produce con violencia e intimidación, directamente encaminadas a vencer la oposición o falta de consentimiento de la víctima al acto sexual, siendo indiferente que posteriormente la relación sexual en sí misma se desarrolle con violencia.

Con la redacción introducida en 1999, se reintroduce el término violación del viejo artículo 429-1º del Código Penal de 1973, pero de la siguiente forma «Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado, como reo de violación con la pena de prisión de seis a doce años».

Las penas antes comentadas se ven agravadas cuando concurren algunas de las circunstancias que se detallan en el artículo 180, agravándose aún más si concurren dos o más de ellas, llegándose a la posibilidad de imponer una pena de 15 años, es decir, llega a los límites penológicos del homicidio.

Las circunstancias son las siguientes:

- 1.ª Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio, es decir, no el acto sexual en sí, sino la violencia física o intimidación inferidas que humilla o ultraja más allá del acto sexual;
- 2.ª Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas;
- 3.ª Cuando la víctima sea una persona especialmente vulnerable por razón de su edad, enfermedad o situación «y en todo caso cuando sea menor de trece años»; es decir, el agresor encuentra una menor resistencia y como causas de vulnerabilidad se establece la edad, pero no sólo a los menores de trece años, sino también a las personas de avanzada edad; una enfermedad física o psíquica que le impi-

de oponerse (discapacidad física o psíquica, privación de sentido) o una particular situación (pérdida de conciencia, etc.);

- 4.^a Cuando para la ejecución del delito el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines con la víctima, y
- 5.^a Cuando el agresor haga uso de medios especialmente peligrosos susceptibles de producir la muerte o las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 del Código Penal.

Evidentemente, cada una de las situaciones comentadas en estas líneas pueden darse ante una agresión sexual sobre una persona anciana.

III. LOS ABUSOS SEXUALES

Se pueden definir como todo acto que atente contra la libertad sexual de otra persona realizado sin violencia y sin intimidación (artículo 181), es decir, sin consentimiento, y los llevados a cabo con consentimiento viciado prevaliéndose de una situación de superioridad o mediante engaño. Resulta difícil entender el significado de la expresión «sin que medie consentimiento y sin violencia o intimidación», ya que es difícil pensar en situaciones llevadas a cabo sin consentimiento y también sin violencia e intimidación a no ser que pensemos en aquellas realizadas bajo los efectos de alguna sustancia, sujetos imposibilitados de resistir o en situaciones inesperadas o por sorpresa. Hay que tener en cuenta que si la víctima pasase a una actitud defensiva, la acción puede derivar hacia una agresión sexual al poder emplear el agresor violencia e intimidación. Sin duda alguna, se consideran como abusos sexuales los actos cometidos sobre personas imposibilitadas de resistir.

Recordemos también, aquellas situaciones en las que hay una ausencia legal de consentimiento, como ocurre en los menores de trece años que son incapaces para autodeterminarse respecto del ejercicio de la libertad sexual. Pero también, ante situaciones que pueden darse en el anciano como son la privación de sentido, situación que equivale a la anulación plena de las facultades mentales del sujeto y en la que no se requiere la carencia absoluta de las mismas, sino que es suficiente la incapacidad para valorar y decidir con conocimiento y libertad, sin que sea suficiente la simple aminoración o aturdimiento de las mismas. Otra situación contemplada es el trastorno mental. En concreto, el Código ha incluido el «abuso del trastorno mental» ante el padecimiento de una anomalía o alteración psíquica que le impiden comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, es decir, la pérdida o inhibición de sus facultades intelectivas o volitivas en grado o intensidad suficientes para desconocer la

relevancia de sus determinaciones. El artículo 182, párrafo 1º señala que... «Cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años».

Hay una agravación si en la comisión del hecho concurren las circunstancias tercera o cuarta previstas en el artículo 180 punto 1 del Código Penal, es decir, vulnerabilidad por razón de su edad, enfermedad o situación o prevaliéndose de relación de superioridad o parentesco.

No abordamos aquellas situaciones de prevalimiento o el abuso sexual fraudulento en el que interviene el engaño sobre la víctima por carecer de trascendencia en el caso que nos ocupa. No obstante, en todo momento hemos de tener en cuenta la posibilidad de que una persona anciana cometa un delito de los tipificados.

IV. EL ABUSO SEXUAL COMO MODALIDAD DE MALTRATO EN LA VEJEZ

La violencia sexual puede ser una modalidad más de maltrato sobre el anciano en el ámbito doméstico. El fenómeno de la violencia en el ámbito doméstico es un fenómeno social muy generalizado, que afecta a todo grupo o clase social y cuyas víctimas más frecuentes son las personas más vulnerables (niños, mujeres, ancianos, discapacitados). Se tiene la certeza de que las cifras sobre su incidencia son una mínima representación de la magnitud del problema y que suponen una punta visible del iceberg oculto. No obstante, es indiscutible que las cifras señaladas expresan un importante problema social de graves consecuencias. Entre las causas de la baja denuncia del maltrato doméstico por parte de las víctimas, hemos de destacar la actitud social frente a estas conductas, a lo que va ligado el papel que desempeñan los individuos en el medio social y en particular en el entorno familiar. Otras causas pueden ser el miedo a las consecuencias de la denuncia, la dependencia económica, la dependencia psicológica, etc. No existe en la práctica un sistema eficaz que permita la detección del total de los malos tratos. Se estima que únicamente son denunciados en nuestro medio alrededor del 10% de los malos tratos.

En el fenómeno del maltrato, progresivamente se han ido confirmando aspectos como el riesgo de transmisión intergeneracional del maltrato, el riesgo de violencia en parejas de familias con niños maltratados e incluso el riesgo de maltrato a los padres por parte de adolescentes que fueron maltratados de niños. Desde que los términos maltrato infantil y violencia doméstica comienzan a ser considerados y utilizados, se vienen incorporando sin interrupción aspectos nuevos sobre el tema y diversas modalidades de maltrato que anteriormente no habían sido consideradas. Por ejemplo, el abuso sexual del niño no era tenido en cuenta en la

década de los años 60. Las prácticas de ritos satánicos sobre niños o el abuso sexual en sujetos con dificultades del aprendizaje (Brown y Craft, 1989) comienza a considerarse en la década de los 90. Por tanto, podemos señalar la dinamicidad del problema que supone una constante redefinición de las variables y aspectos incluidos en este tema. En concreto, el maltrato en el anciano es un fenómeno cambiante y novedoso. Pero esta novedad no surge por su aparición reciente, ya que ha existido a lo largo de la historia, pero en un ámbito privado y que por diversas razones no ha sido considerado como un problema que deba ser tratado desde la esfera sanitaria, judicial, etc. Es a partir de la década de los 90, cuando aparecen publicaciones científicas sobre el tema, comienza a ser noticia y provoca un fuerte desconcierto en la población y en los profesionales. Incluso, se percibe una cierta resistencia a su reconocimiento, como resultado del enfrentamiento entre su existencia y el rol clásico de la familia y las instituciones como «lugares» de protección (Osuna, 1999).

Durante la pasada década y de forma silenciosa, se empezó a reconocer que el anciano constituye un miembro del núcleo familiar susceptible de ser víctima de malos tratos, con lo que se ha empezado a tratar el tema desde diferentes posiciones que permiten un abordaje interdisciplinario del problema. Todavía, en los albores del nuevo milenio, la violencia sobre el anciano es una realidad bastante desconocida. En las dos últimas décadas el término «abuso» comienza a ser sinónimo de numerosas conductas y estereotipos llevadas a cabo por el individuo, en la intimidad de la familia o en el dominio público (residencia, hospital, etc.). Estos diversos tipos de abuso pueden manifestarse de variable intensidad, como un continuum de formas diferentes de violencia que pueden abarcar desde la violencia sexual o el asesinato hasta casi imperceptibles formas de violencia, marginación y estigma social (Osuna, 1999).

Conviene recordar que las conductas violentas pueden tener una amplia gama de posibilidades que no se excluyen entre sí, y que van desde la agresión física directa, hasta la violencia psíquica (muchas veces olvidada), pasando por los abusos sexuales, la ausencia de cuidados (alimentación y limpieza) o la administración de sustancias sedantes a miembros potencialmente molestos (enfermos y deficientes mentales).

Quizás, la definición que de una forma más completa engloba todas las posibles situaciones de maltrato sobre el anciano, es la aprobada en la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el anciano maltratado, celebrada en Almería en mayo de 1995, que lo define como «Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente, o percibido subjetivamente».

En función de las características del maltrato, consideramos las siguientes modalidades:

- Maltrato físico, entendido como la agresión física intencional (no accidental) realizada contra una persona anciana que le produce daños o que en casos extremos provoca la desfiguración y/o la muerte (Milner, 1990). Podríamos también definirlos como el uso intencionado, no accidental, de fuerza física u otros medios físicos, químicos o mecánicos, por parte de un adulto responsable, con la intención de lastimar, lesionar o incluso producirle la muerte. Existen discrepancias sobre el hecho de incluir dentro de este tipo de maltrato el abuso sexual o darle una entidad independiente.
- Maltrato psicológico, que consiste en la promoción intencional de condiciones que producen un disturbio mental o emocional en el anciano. Se incluyen, por tanto, agresiones verbales, amenazas, humillaciones, intimidaciones y cualquier conducta degradante o vejatoria. Se requiere una cierta constancia para deshumanizar al anciano y no los hechos aislados.
- Violación de los derechos, incluyendo cualquier interferencia en el ejercicio propio de la libertad individual, como es el confinamiento o cualquier explotación en sus recursos materiales o financieros. Bennett y cols. (1997) le dan a esta última una entidad propia.
- Abandono del anciano, intencionalmente o por descuido, con lo que no se le proporciona el cuidado y la supervisión necesarias, exponiéndole a riesgos físicos, mentales o emocionales. Se incluye la falta de supervisión, condiciones de habitabilidad peligrosas, nutrición, higiene y cuidados médicos inadecuados (Milner, 1990). Dentro de este punto podemos considerar un abandono pasivo de un abandono activo. En el primero de ellos, el cuidador desconoce las necesidades del anciano o no son resueltas adecuadamente, por falta de conocimiento, tiempo, habilidades, etc. En el abandono activo hay un daño deliberado al bienestar del anciano al negarle el acceso o limitárselo a las necesidades básicas.
- Abuso sexual, que consiste en cualquier relación sexual mantenida con una persona anciana sin un consentimiento libre.
- Autoabandono, que se refiere a situaciones en las que un anciano que vive solo no mantiene adecuadas condiciones de vida y/o mantiene un cuidado inadecuado de su salud física o mental. Este fenómeno, fue descrito por Clark y cols. en 1975 como Síndrome de Diógenes. Este estudio realizado por estos autores sobre 30 ancianos admitidos en un hospital con patologías agudas y extremo autoabandono fue el germen de estudios posteriores sobre esta particular forma de maltrato.

Este amplio abanico de conductas puede darse de forma solapada y la posibilidad de la concurrencia de diversas modalidades de maltrato siempre debe ser tenida en cuenta.

Las estadísticas sobre el tipo de maltrato en este grupo de edad, revelan importantes discordancias según el estudio realizado. Por ejemplo, entre los casos detectados y confirmados por servicios sociales, el 90% de los malos tratos son por abandono físico. Sin embargo, si la información procede de encuestas dirigidas a la población general de ancianos predomina el maltrato físico (64%). En Canadá se realizó un estudio sobre una muestra representativa de los ancianos no institucionalizados del país. El 4% de los ancianos capaces de responder llamadas telefónicas confesó haber experimentado una o más formas de malos tratos, con igualdad entre hombres y mujeres. También, concluye este estudio (Podnieks, 1992) que los abusos económicos son superiores a las agresiones físicas o verbales. El abuso sexual a ancianos representa cifras inferiores al 2% del total de maltrato, entre el 20% y el 40% de los casos existentes sufren maltrato psicológico y entre el 12 y el 18% sufren violación de sus derechos.

Numerosos autores señalan que ante determinadas patologías relacionadas con cuadros de demencia hay una probabilidad mayor de que se cometa una situación de maltrato que puede abarcar cualquier forma, desde el maltrato verbal al abuso sexual. Este dato es una de las conclusiones del trabajo antes comentado de Homer y Gilleard (1990) en el que también observan un porcentaje alto de cuidadores que admiten llevar a cabo alguna forma de maltrato en el anciano.

Falzon y Davis (1998) realizaron un estudio retrospectivo y analizaron durante 15 años las circunstancias que rodearon los diferentes homicidios cuyas víctimas eran ancianos. El número total de casos fue de 150 y las causas de la muerte fueron heridas por arma de fuego (50%), traumatismos (19%), arma blanca (14%) y asfixias (10%). Realizaron un estudio comparativo de los homicidios en este grupo de edad y el resto de la población encontrando que las muertes de etiología traumática y los cuadros asfícticos son más frecuentes en los ancianos. La gran mayoría de las víctimas fallecieron en el domicilio (71%), porcentaje que contrasta con el obtenido en homicidios ocurridos en el resto de la población (27%). Por lo que respecta a la relación agresor-víctima, lo más frecuente es que sea cometido por desconocidos (37%), seguido por familiares cercanos (23%) y otros parientes (22%). El robo es el motivo de la muerte más frecuente (37%) seguido de los problemas domésticos (21%). El motivo permanece desconocido en el 13% de los casos. El asalto sexual presenta un porcentaje del 7%.

Como anteriormente hemos comentado, de manera muy limitada se ha empezado a reconocer que los ancianos constituyen una población susceptible de recibir malos tratos. Como es fácil comprender, el fenómeno iceberg, mediante el que permanecen cifras ocultas sobre la incidencia de situaciones de maltrato es mucho más manifiesto en el caso del anciano y

todavía más en el caso de la violencia sexual. El acceso a las cifras reales de incidencia del problema es difícil: el fenómeno se oculta, el acceso al problema es extraordinariamente difícil, e incluso se llega a desconocer su existencia en el propio entorno familiar. También, el anciano agredido tiende a no denunciar el hecho por el miedo a ser víctima de la censura social. Si resulta costoso hacer visible, para una sociedad que ignora situaciones de maltrato, imaginemos lo difícil que puede resultar cuando se aborda el problema del abuso sexual en la persona mayor. Se ha negado en muchas ocasiones su existencia argumentando mitos erróneos sobre la sexualidad de los ancianos: tabúes sociales frecuentes en nuestro medio social han sido más intensos cuando se refieren a las personas mayores.

Desde siempre, el ser humano ha aceptado que el envejecimiento conlleva el declinar y la desaparición de la sexualidad, entendiendo como tal la libido, la actividad sexual y la capacidad de erección en el varón y todavía persiste el mito de que la edad y el declive en la relación sexual se encuentran inexorablemente unidos. Hasta hace poco tiempo era comúnmente aceptado que el varón de edad superior a los 50 años y la mujer tras la menopausia perdían el interés por el sexo y que necesariamente la vejez tenía que ser asexual. También se añaden consideraciones de tipo religioso y culturales que impregnan opiniones y actitudes ante la sexualidad de las personas mayores que incluso han llegado a calificar la sexualidad en estos grupos de edad como inapropiada, inmoral y desviada.

Son numerosos los estudios que han evaluado la disminución de la actividad sexual en relación con el envejecimiento, siendo ésta más marcada en la mujer que en el varón (Kinsey y cols. 1948, 1953; Kaiser, 1991; Morley y Kaiser 1993; Roughan y cols. 1993). Sin embargo, muchos de estos resultados están sesgados, al tomar como punto de referencia de la actividad sexual exclusivamente el coito, excluyendo todos los aspectos que componen la sexualidad en general. Marsiglio y cols. (1991) encuentran que el 53% de las personas casadas mayores de 60 años y el 24% de los mayores de 76 años son sexualmente activos. Diokno y cols. (1990) elevan estos porcentajes al 73,8% de los varones casados mayores de 60 años y al 55,8% de las mujeres. Bretschneider y McCoy (1988), en un estudio realizado en individuos con un rango entre 80 y 102 años, encuentran que el 63% de los varones y el 30% de las mujeres eran sexualmente activos, así como que el 83% de los varones y el 64% de las mujeres llevaban a cabo tocamientos y caricias sin penetración y que el 72% de los hombres y el 40% de las mujeres de esa edad se masturbaban. El informe Janus (Janus y Janus, 1993) señala que las mujeres de edades superiores a los 50 años disminuyen la frecuencia de coitos pero no de masturbación. La actividad semanal para las mujeres aumenta por encima de los 65 años de una prevalencia del 65% al 74%. A su vez, a partir de los 65 años la frecuencia de masturbación disminuye tanto en varones como en mujeres.

V. DIAGNÓSTICO DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN EL ANCIANO

El abuso sexual como modalidad de maltrato en el anciano, podemos decir que constituye el vértice más pequeño del fenómeno iceberg que engloba a cualquier modalidad de violencia doméstica. En concreto, como fenómeno aislado del maltrato físico se refiere en un porcentaje inferior al 1% de los casos de maltrato en este grupo de edad (Tatara, 1993). Es una modalidad de maltrato del anciano que se recoge en la literatura científica desde principios de la década de los años 90 (Holt, 1993; Ramsey-Klawnsnik, 1993). Como antes hemos comentado es un fenómeno relativamente reciente en su reconocimiento. No es tratado tampoco con tanta intensidad como el maltrato en el niño o la violencia doméstica y por añadidura la modalidad de maltrato como la que estamos tratando, se encuentra todavía poco referenciada en la literatura científica. Es probablemente el tipo de maltrato más desagradable y difícil de diagnosticar y de tratar.

El abuso sexual debe ser investigado cuando es relatado por la víctima o cuando se dan síntomas compatibles con una agresión de este tipo (Ramsey Klawnsnik, 1993). Por ejemplo, Quinn y Tomita (1997) refieren el caso de una anciana que parecía tener un cuadro de demencia senil que ingresó en un servicio de urgencias porque había sufrido un desvanecimiento y preguntaba a la enfermera si podría estar embarazada. La enfermera tomó en consideración esta pregunta y decidió que la mujer podría estar revelando algo oculto. Se le realizó un examen pélvico y otras pruebas complementarias, descubriéndosele una enfermedad de transmisión sexual. Se comprobó posteriormente que el hijo también tenía la misma enfermedad de transmisión sexual que la madre.

Los signos y síntomas de una posible agresión sexual en el anciano pueden ser muy variables. Cualquier patrón lesional indicativo de violencia puede ser compatible con una agresión de este tipo. Ante la ausencia de resistencia por parte de la víctima las lesiones serán inexistentes.

Las lesiones más frecuentes y llamativas son las lesiones cutáneas, aparecen en el 90% de los casos de malos tratos, ya que lógicamente es en la piel donde se produce el impacto directo del golpe o la agresión física.

Ejemplos de lesiones que podemos encontrar son las siguientes:

- a) Contusiones en los miembros, preferentemente en su zona proximal. Así, en miembros superiores en los hombros y antebrazos, y especialmente en las muñecas, antebrazos, y en miembros inferiores en los muslos. Estas contusiones pueden deberse a sujeciones forzadas por parte del agresor.
- b) Las nalgas también pueden ser una zona en la que se observen lesiones, bien por golpes directos, bien como zona de sujeción ante una agresión sexual.

- c) En la cara es frecuente encontrar contusiones, especialmente en las mejillas y en la zona alrededor de la boca debido a bofetadas. También suelen apreciarse en la frente y las orejas. Las contusiones en la cabeza son más difíciles de detectar, ya que el pelo puede cubrir las. Podemos encontrar lesiones en la cara interna de los labios por presiones forzadas por el agresor para impedir la demanda de auxilio por parte de la víctima.
- d) Las contusiones en otras localizaciones (cuello, tórax, y abdomen) son producidas fundamentalmente por la presión de los dedos, más que a golpes con las manos.

La forma de la lesión puede ayudar a revelar su etiología y las contusiones pueden ser de diferente forma y tamaño, dependiendo del objeto agresor y de la intensidad de la fuerza productora de la lesión. Pueden observarse, típicas y pequeñas contusiones de un tamaño de 1-2 cm de diámetro, denominadas por los anglosajones como «contusiones de seis peniques» por su similitud con el tamaño de esta moneda. Son causadas por la presión de las yemas de los dedos del agresor, y se pueden ver en grupos alrededor de la extremidades, en el cuello, en el tórax o en el abdomen. También hemos de reseñar las contusiones producidas por bofetadas, que dejarán una marca en forma de guante con visualización de los espacios interfalángicos o puñetazos que dejarán lesiones de mayor tamaño y de forma irregular.

La mayoría de los autores sostienen que lo más habitual es la violencia directa sin la utilización de ningún tipo de instrumento «agresión o violencia no instrumental», pero no siempre es así. Cuando se utilizan objetos la huella queda impresa en la piel golpeada.

También podemos encontrar erosiones, excoriaciones y cicatrices de la piel, secundarias a la aplicación de cables, cuerdas, lazos, cadenas, etc. en el cuello, muñecas, tobillos, etc., en sujetos a los que se les ha obligado a estar inmovilizados.

Recordemos que la coloración de los hematomas tiene un valor importante para la posible sospecha de malos tratos. Contradicciones entre la fecha estimada por la exploración y la obtenida por la anamnesis y la observación de distintas lesiones de diferente evolución hará sospechar la existencia de lesiones no accidentales.

Es decir, cualquier patrón lesional resultado de una acción violenta puede evidenciarse.

Entre los síntomas y signos también se incluyen molestias genitales y urinarias, irritaciones, lesiones o hematomas en la zona genital y perigenital y un intenso temor a la reacción frente a un individuo concreto o a procedimientos que pueden implicar el área pélvica como el baño o la limpieza después de una incontinencia. Otras circunstancias a tener en cuenta pueden ser signos que indiquen una actividad sexual reciente

en circunstancias anómalas, como por ejemplo en un paciente ingresado en un centro sanitario o circunstancias en las que el cuidador dificulta el acceso al anciano o incluso compatibilizar alguno de estos signos con la existencia de antecedentes previos de abusos sexuales en el cuidador (Holt, 1993).

El perfil de la víctima de abusos sexuales es variable. Por ejemplo, Ramsey-Klawnsnik (1991) señala como un perfil tipo el de una mujer de unos setenta años de edad con una gran dificultad para llevar a cabo su autocuidado, siendo en la mayoría de las ocasiones víctimas de las agresiones realizadas por un varón. En un estudio realizado en Gran Bretaña, hay un número considerable de varones víctimas de varones, siendo la dependencia al alcohol y a otras drogas y la enfermedad mental factores relevantes (Holt, 1993).

En muchas ocasiones, y como con frecuencia también ocurre en otras modalidades de maltrato, la víctima, debido a una dependencia afectiva, de unión o de lealtad hacia el agresor, se niega a denunciar la agresión hasta que ha sido descubierta e incluso después llega a negar su existencia. El profesional sanitario debe prestar especial atención a las manifestaciones y cuestiones planteadas por el paciente, que pueden ser insinuaciones o revelaciones ocultas de agresiones o abusos sexuales. Por ejemplo, Quinn y Tomita (1997) refieren un caso en el que una mujer de 80 años de edad llamó la atención sobre una posible violación al preguntar al médico si todavía podía quedarse embarazada. La anamnesis posterior reveló que había tenido relaciones sexuales no consentidas con un vecino que empezó a visitarla poco tiempo después de quedarse viuda. Estas cuestiones no deben en ningún momento despreciarse por el médico y siempre deben ser tenidas en cuenta.

Un protocolo de actuación, semejante al llevado a cabo en los delitos contra la libertad sexual, y adaptado a las particularidades del anciano es aconsejable para resolver las diferentes cuestiones médico-legales que es preciso resolver.

Incluimos por su importancia los aspectos y apartados que el Mount Sinai Medical Centre de Nueva York incluye en sus protocolos de asistencia al anciano como variables que nos hacen sospechar un síndrome de maltrato:

1. Historia clínica: el paciente debe ser entrevistado solo. Deben realizarse preguntas directas sobre la violencia física, limitaciones o abandono. Precisar detalles sobre la naturaleza, frecuencia y gravedad de estas variables. Incluir una valoración funcional (independencia con la que lleva a cabo las actividades cotidianas de la vida diaria). Anotar quién es el principal cuidador.
2. Anamnesis del presunto abusador. Debe ser entrevistado solo. Quizás sea conveniente la entrevista por una persona especializada, habituada a realizar esta anamnesis. Debe preguntarse sobre otras

- cuestiones, como pueden ser factores psicosociales recientes (aflicciones por la muerte de un pariente, enfermedades, desempleo, apuros económicos). Preguntar sobre la salud física o mental del paciente (necesidades de cuidado, pronóstico) y pedirle explicaciones sobre los hallazgos físicos y lesiones del paciente.
3. Conducta y comportamiento. Buscar indicios de abandono, infantilización del paciente por el cuidador.
 4. Aspecto general: higiene, aseo, ropas apropiadas.
 5. Piel y mucosas: turgencia de la piel y otros signos de deshidratación (teniendo en cuenta que la turgencia es un signo común en el anciano). Lesiones múltiples en diferente estadio de evolución. Signos de presión y observar cómo han sido tratadas las lesiones.
 6. Cráneo y cuello: alopecia traumática, hematomas. Laceraciones y abrasiones.
 7. Tronco: lesiones, signos de azotes o de sujeción forzada (la forma puede orientarnos sobre el instrumento con el que se golpea).
 8. Sistema genitourinario: hemorragia rectal, vaginal, infecciones, enfermedades de transmisión sexual, signos de trauma, zonas de sujeción o de presión. Toma de muestras apropiadas.
 9. Extremidades: lesiones en muñecas o tobillos sugestivas de sujeción o de quemaduras (observar su distribución).
 10. Sistema musculoesquelético: buscar fracturas ocultas, dolores; observar la forma de andar.
 11. Signos neurológicos y psiquiátricos: realizar un examen neurológico para valorar si hay lesiones focales. Signos de ansiedad y depresión.
 12. Estado mental. Aplicar cuestionarios y tests adecuados. Valorar el estado cognitivo y signos de demencia. Se deben valorar aspectos como la restricción de la capacidad de obrar.
 13. Exámenes radiológicos.
 14. Pruebas de laboratorio: niveles de tóxicos y medicamentos, albúmina, urea y electrolitos, hemoglobina, pruebas toxicológicas.
 15. Recursos sociales y financieros.

VI. LA PERICIA MÉDICO-LEGAL. CUESTIONES MÉDICO-LEGALES

La pericia médico-legal se va a dirigir hacia la confirmación o no, de los siguientes aspectos:

- Ausencia de consentimiento.

- Si se ha producido acceso carnal o penetración vía anal o bucal.
- Si se ha producido la penetración de objetos.
- Valorar la presencia de circunstancias agravantes.
- Valorar la vulnerabilidad de la víctima (edad, privación de sentido, discapacidad física o psíquica, etc.).
- Realizar la búsqueda, recogida y examen de los indicios.

La anamnesis contrastada con la exploración médica va a ser de gran importancia. Se debe proceder a un examen del estado mental de la víctima, o si está bajo la influencia de alguna sustancia. Posteriormente se analizan los vestidos (si hay señales de violencia, indicios, etc.). Se procede a una exploración general para observar las lesiones que presenta y posteriormente a una exploración genital, exploración de la cavidad anal y bucal.

En algunas ocasiones, la violencia aplicada ocasiona la muerte de la víctima que con frecuencia se produce por una etiología asfíctica (estrangulación, sofocación) o traumática. Es preciso recordar que la autopsia médico-legal no se limita exclusivamente a conocer la etiología de la muerte, sino que hay que dar respuesta a otras cuestiones: data de la muerte, sobrevivencia, circunstancias que acompañan al fallecimiento, identificación, etc. En el caso específico de una posible agresión sexual la autopsia médico-legal debe dirigirse, aparte de las variables antes comentadas, comunes a toda autopsia, a valorar las siguientes variables:

- Causa de la muerte.
- Si se ha cometido un delito contra la libertad sexual.
- Tipo de delito contra la libertad sexual cometido.
- Circunstancias acompañantes.

Como en cualquier autopsia, el examen externo detallado y meticuloso es imprescindible y en ocasiones más importante que la propia disección interna del cadáver. Toda la superficie corporal debe ser objeto de la investigación.

Deben buscarse lesiones en los labios, especialmente en su superficie interna, resultado de maniobras violentas (besos, intento de acallar los gritos, etc.). Deben tomarse muestras de saliva y de la superficie de la lengua y porción anterior de la mucosa bucal, entre los labios y las encías, con torunda de algodón, antes de la manipulación de la boca, para buscar restos de semen de un posible coito oral, aunque sólo en pocas ocasiones da un resultado positivo. La torunda debe guardarse en una bolsa de papel.

Podemos encontrar lesiones en cuello, pechos, hombros, nalgas, etc., como consecuencia de maniobras de succión oral o mordeduras o pellizcamientos y lesiones en las superficies de apoyo de la víctima, en los lugares de sujeción (cara anterior de los muslos, brazos, nalgas, etc.). Es impor-

tante el examen de los lechos ungueales para la posible recogida de indicios tras su cepillado. Podemos encontrar signos de estrangulación, cortes sádicos, lesiones mutilantes, etc.

Se examina la vulva y el ano buscando lesiones, hemorragias, etc. La variabilidad de lesiones que podemos encontrar es muy amplia (desde simples contusiones hasta grandes desgarros). Se buscan manchas de sangre, de semen, pelos y cualquier indicio de valor identificativo. Se examina el vello pubiano y para ello se procede a su peinado para recoger indicios. Todo indicio se guarda en bolsas de papel.

En el caso de encontrar una dilatación del ano hay que valorarla con prudencia ya que puede ser un hallazgo *postmortem*. En el margen del ano podemos encontrar igualmente lesiones de gran variabilidad (escoriaciones, desgarros, etc.).

Una vez realizado el examen externo se procede a la toma de muestras con torundas de algodón y posterior remisión al laboratorio para su examen. Se toman muestras de los márgenes del ano, del canal anal y de la porción distal del recto. Hay que tener prudencia en la toma de muestras para evitar la contaminación de las distintas zonas. Debemos evitar arrastrar restos de semen desde los márgenes al interior de la cavidad anal y recto.

Tomamos muestras de los márgenes de la vagina, con la misma prudencia antes comentada, para evitar la contaminación. Posteriormente recogemos muestras del interior de la vagina. Evaluamos las lesiones encontradas y el examen cuidadoso del himen. Valoramos si nos encontramos ante un desgarró reciente o antiguo.

Finalmente procederemos al examen interno. Como siempre, debemos de realizar una autopsia completa. En ocasiones, la muerte inicialmente no nos hace pensar que se haya producido una agresión sexual e incluso el cadáver presenta una ausencia aparente de lesiones. Siempre debemos de tener presente la toma de muestras.

Hay autores que en toda muerte violenta llevada a cabo sobre una mujer, recomiendan proceder con un protocolo como si de una agresión sexual se hubiese producido.

BIBLIOGRAFÍA

1. BENNETT G, KINGSTON P, PENHALE B. The dimensions of elder abuse. London: MacMillan. 1997.
2. BRETSCHNELDER JG, MCCOY NL. Sexual interest and behavior in healthy 80 to 102 years old. Arch Sex Behav 1988; 17: 109.

3. BROWN H, CRAFT A. *Thinking the Unthinkable: Papers on sexual abuse and people with learning difficulties*. London: FPA Education Unit. 1989.
4. CLARK ANG, MANAKER GO, GRAY I. Diogenes syndrome: a clinical study of gross neglect in old age. *Lancet* 1975; 1: 366-368.
5. DIOKNO A, BROWN M, HERZOG R. Sexual functions in elderly. *Arch Intern Med* 1990; 150: 197-200.
6. FALZON AL, DAVIS GG A 15 year retrospective review of homicide in the elderly. *J Forensic Sci* 1998; 43: 371-374.
7. HOLT MG. Elder sexual abuse in Britain: preliminary findings. *J Elder abuse Neglect* 1993; 5: 64-71.
8. HOMER A, GILLEARD C. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ* 1990; 301: 1359-1362.
9. JANUS S, JANUS C. *The Janus report on sexual behavior*. New York: John Wiley and Sons, 1993.
10. KAISER F. Sexuality and impotence in the aging men. *Clin Geriatr Med* 1991; 7: 63-72.
11. KINSEY AC, POMEROY WB, MARTIN CE. *Sexual behavior in human male*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1948.
12. KINSEY AC, POMEROY WB, MARTIN CE. *Sexual behavior in human female*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1953.
13. MARSIGLIO W, DONNELLY D. Sexual relationship in later life: A national study of married persons. *J Gerontol* 1991; 46: 338-344.
14. MILNER JS. Elder abuse and neglect. En: Ferrar KF. (Ed.). *Gerontology: perspectives and issues*. New York: Springer, 1990; 316-332.
15. MORLEY JE, KAISER FE. Impotence: the internist's approach to diagnosis and treatment. *Adv Intern Med* 1993; 38: 151-168.
16. OSUNA E. Historia y situación actual del maltrato en el anciano. En: *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales*. Madrid: Ministerio de Justicia. Ministerio de Asuntos Sociales, 1999; 175-200.
17. PODNIEKS E. National Survey on the abuse of the elderly in Canada. *J Elder Abuse Neglect* 1992; 4: 5-58.
18. QUINN MJ, TOMITA SK. *Elder Abuse and neglect. Causes, diagnosis, and intervention strategies* (2.^a Ed). New York: Springer, 1997.
19. RAMSEY-KLAWSNIK H. Elder sexual abuse: preliminary findings. *J Elder Abuse Neglect* 1991; 3: 73-90.
20. RAMSEY-KLAWSNIK H. Interviewing elders for suspected sexual abuse: Guidelines and techniques. *J Elder Abuse Neglect* 1993; 5: 5-18.
21. ROUGHAN PA, KAISER FE, MORLEY JE. Sexuality and the older woman. *Clin Geriatr Med* 1993; 9:1 87-106.

22. TATARA T. Understanding the nature and scope of domestic elder abuse with the use of state aggregate data: Summaries of the key findings of a national survey of state APS and aging agencies. *J Elder Abuse Neglect* 1993; 5: 35-57.

EL SUICIDIO EN EL ANCIANO

M.^a DOLORES PÉREZ CÁRCELES*

Resumen: El problema del suicidio, su distribución, sus factores de riesgo y su prevención han sido ampliamente estudiados e investigados por especialistas de diversas disciplinas médicas y sociales, demostrando la necesidad de una colaboración multidisciplinar para su estudio, debido a la complejidad de esta conducta y su causalidad múltiple. El envejecimiento progresivo de la población junto a la frecuente aparición de enfermedades degenerativas y al preocupante aumento del número de suicidios en sujetos mayores de 65, justifican el interés de realizar estas investigaciones y de desarrollar propuestas de intervención eficaces.

Palabras clave: Suicidio. Anciano. Factores de riesgo.

Abstract: The problem of suicide, its distribution, risk factors and prevention have been widely investigated by specialist of different medical and social disciplines, which emphasises the need for a multidisciplinary collaboration for its study due to the complexity of pre-suicide behaviour and its multiple causes. The progressive aging of the population as a whole, the frequent appearance of degenerative diseases, and the greater frequency of suicide among persons older than 65 years, justify the reason for carrying out investigation into this phenomenon in an attempt to draw up suitable prevention strategies.

Key words: Suicide. Elderly. Risk factors.

* Profesora Titular de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia. 2001.

I. INTRODUCCIÓN

«No hay nada más que un problema filosófico verdaderamente serio: juzgar si la vida merece ser vivida»
Albert CAMUS, *El mito de Sísifo*.

Afirmaciones tan graves como que el suicidio es una de las primeras causas de muerte en los jóvenes, que cada ochenta segundos un hombre se suicida en el mundo, y que cada cuatro horas otro lo hace en España no sirven para nada, si no somos capaces de entender las claves ocultas de la que puede ser la decisión más audaz, la protesta más drástica, la más cruel de las rebeldías o tal vez la huida más cobarde del hombre.

El suicidio ha constituido desde siempre uno de los grandes enigmas de la humanidad, planteando cuestiones filosóficas, sociales, psicológicas, religiosas y morales. Es un problema que ha deambulado entre las insuficientes explicaciones de la Medicina y el Psicoanálisis, que ha sido escrutado intensamente por la literatura y los medios de comunicación, analizado por la Ética y la Teología, llegando a convertirse en un problema sanitario de proyección mundial.

Ocupa un lugar entre las primeras diez causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud ya que se considera que cada día se suicidan en el mundo más de mil personas, y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición económica, etc.

El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de las conductas autoagresivas, aunque no las únicas. Sin embargo, en muchas ocasiones solamente se tienen en cuenta estas dos situaciones y no otras, que si se detectaran y se tomaran en consideración de forma adecuada, evitarían que las primeras ocurrieran.

El espectro completo del comportamiento suicida podríamos considerar que está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes graduaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.

Las amenazas suicidas son expresiones verbales o escritas del deseo de autodestrucción. Cuando la amenaza ocurre teniendo los medios disponi-

bles para su realización, pero sin llevarla a cabo, se considera por algunos autores como gesto suicida, y no debe ser en ningún caso minimizado ni valorado despectivamente como un «alarde».

Actualmente la línea de demarcación entre el suicidio consumado, la ideación suicida y otras conductas de riesgo o de autoagresión, que se han denominado «equivalentes» o parasuicidios, tienden a desaparecer. Así surge el concepto de «proceso suicida», en un intento de abarcar todas estas situaciones. Algunos autores acuñaron el término «suicidalidad», para designar al potencial de todas las fuerzas y funciones psíquicas que tienden hacia la destrucción.

El estudio del suicidio suele ser uno de los temas clásicos de los tratados en Medicina Legal. En primer lugar, porque se trata de una muerte violenta, que obliga a la intervención de la Administración de Justicia para esclarecer la etiología del fallecimiento. Y en segundo lugar, porque suele tratarse de una muerte inesperada, rápida y con una gran repercusión social por lo que quedaría englobada en el marco de la Medicina Social.

El suicidio es una forma de violencia dirigida hacia sí mismo. La palabra suicidio viene del latín *sui cadere* que significa matarse a sí mismo. Se define como un acto de autodestrucción cometido por alguien que conoce lo que está haciendo y las probables consecuencias de su acción. Por tanto, las características de esta acción son: la intencionalidad, la autolesión, la conciencia de los actos que se realizan y de sus consecuencias. Incluso una definición más simple sería: la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida.

Las tasas que se conocen de los suicidios generalmente no son un fiel reflejo de la realidad, ya que nos encontramos fundamentalmente con dos problemas, en primer lugar con la dificultad, en algunas ocasiones, para distinguir si la etiología de la muerte ha sido suicida o accidental, y en segundo lugar al rechazo de este tipo de muerte, bien por motivos religiosos o sociales, lo que lleva a los familiares a no notificar los hechos, e incluso por motivos tan prosaicos como el de percibir un seguro de vida.

Bajo la denominación de parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada (*deliberate self harm*) se engloban aquellos actos autolesivos deliberados que no tienen un desenlace letal, bien porque la conducta agresiva es interrumpida en el curso de su desarrollo, bien porque su realización no comporta daños físicos mortales para el individuo. Aún es mucho más improbable establecer las tasas reales de tentativas de suicidio que las de suicidios consumados, siendo prácticamente inoperantes las cifras oficiales y siendo preciso recurrir a fuentes más fidedignas como pueden ser las recogidas en los Servicios Hospitalarios de Urgencias Psiquiátricas.

En definitiva, el comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación suicida en sus diferentes expresiones, pasando por las amena-

zas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta.

A pesar de las dificultades metodológicas que plantea determinar el número de suicidios y de tentativas de suicidio en una comunidad, se sostiene la hipótesis de que se ha producido un verdadero incremento de ambos fenómenos desde comienzos de la década de los cincuenta.

El problema del suicidio, su distribución, sus factores de riesgo y su prevención han sido ampliamente estudiados e investigados por especialistas de diversas disciplinas médicas y sociales, demostrando la necesidad de una colaboración multidisciplinar para su estudio, dada la complejidad de esta conducta y su causalidad múltiple.

La vejez como fenómeno social está atrayendo en los últimos años y cada vez con mayor intensidad la atención de los profesionales de diferentes disciplinas. La preocupación por esta cuestión tiene ya varias décadas de antigüedad y de producción científica, y esta situación es real no sólo en España, sino también en otras latitudes. Obviamente, nada hay de novedoso en el hecho de envejecer. Sin embargo, el envejecimiento adquiere día a día peculiares características cada vez más interesantes desde la perspectiva científica y social.

El aumento de la esperanza de vida es un hecho reciente en el mundo y especialmente en los países más desarrollados. Su existencia unida a la caída de la fecundidad, hace que la vejez sea un fenómeno cada vez más visible, cada vez más cotidiano. Dos sucesos se esconden tras esta realidad: por una parte, la simple certeza de que cada vez hay más ancianos; por otro lado, el hecho de que la mayoría de los miembros de nuestras sociedades puede esperar, con una certeza elevada, alcanzar la vejez. La vejez ya no es un estadio reservado a unos pocos individuos, configurándose en muy poco tiempo como una etapa que la mayor parte de los individuos atravesará. Los grandes números hacen que el fenómeno sea consistente y que deba analizarse desde varios puntos de vista y con un enfoque multidisciplinar.

Aunque la población, en términos globales, continúa creciendo y lo hará probablemente durante todo el siglo XXI, el número de ancianos será cada vez más importante. En 1990 había aproximadamente 328 millones de ancianos en el mundo, 200 millones más que en 1950, pero las proyecciones demográficas apuntan un crecimiento mucho más intenso desde ahora hasta el año 2025, esperándose en esta fecha 824 millones de ancianos. El número de ancianos, por tanto, aumentará considerablemente y lo hará a un mayor ritmo que la población total, aumentando su importancia relativa frente a otros grupos de edad: en el año 2025 casi uno de cada 10 habitantes de todo el mundo tendrá 65 o más años.

En la Unión Europea en el año 2020, las personas mayores de 60 años sumarán una quinta parte de la población total de la UE, y las mayores de 65 superarán la cuarta parte.

En la mayoría de los países industrializados se ha registrado un aumento notable en el número de suicidios, sin que éste sea explicable por una mejora en las prácticas de notificación de casos. Este incremento en el número de suicidios parece ser más acusado entre los sujetos de edad más elevada.

El suicidio en los ancianos empieza a ser de manera creciente una importante causa de muerte, por lo que esta situación se ha incluido entre los problemas de salud pública que son objetivos de planificación estratégica para las organizaciones sanitarias internacionales, especialmente europeas.

Dentro de las crisis suicidas se distinguen dos tipos de causas: internas y externas o situacionales. Las causas internas se corresponden a las etapas de maduración y desarrollo del sujeto. Estas etapas son críticas ya que exigen una renovación del individuo, que debe cambiar su comportamiento psicosocial y abandonar un estatus adquirido para escoger o aceptar otros nuevos y por lo tanto inquietantes.

En la evolución del sujeto existen cuatro períodos críticos: infancia, adolescencia, madurez y vejez. En cada una de estas etapas, el sujeto debe pasar de un modo de organización personal y de relación a otro en el que se deben de establecer nuevas estructuras psicoafectivas más adecuadas a los ideales y a las normas sociales.

Las causas externas o situacionales vienen determinadas por cambios de situaciones ambientales en los que se desencadena la ruptura de una relación afectiva o la aparición de una perturbación.

El envejecimiento supone un proceso dinámico que se desarrolla a lo largo de la vida, este proceso no se produce de manera uniforme y viene modulado por distintos factores que pueden calificarse como fisiológicos, inevitables y directamente vinculados al paso del tiempo.

Internacionalmente queda admitido que es anciano toda persona mayor de 65 años, edad que coincide en nuestro país con la edad de la jubilación. El aumento del envejecimiento de la población junto a la frecuente aparición de enfermedades degenerativas que tienden a la cronicidad y a la invalidez, y a la mayor frecuencia del suicidio en personas mayores de 65 años que en otros grupos de edad justifican ampliamente el análisis de este problema.

En la medida en que las personas mayores constituyan el segmento de más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose y se pronostica que para el año 2030 el número de suicidios entre los mayores se duplicará, por lo que se hace necesario profundizar en los factores de riesgo en la vejez para atenuar en la medida de lo posible dicha predicción.

Aunque todos los estudios epidemiológicos coinciden en que los ancianos tienen la tasa más elevada de suicidio, son mucho mayores los trabajos de investigación publicados relativos a las conductas suicidas de los jóvenes y adolescentes. Cuando se produce la muerte de un sujeto joven por etiología suicida esta situación representa un hecho dramático, con un gran impacto familiar y social. Por el contrario, el suicidio de un anciano suele ser asumido como un hecho existencialmente justificado, atribuyéndolo a una decisión libre, racional, consecuencia lógica de la edad, la soledad y el cansancio de vivir. Éstos son prejuicios que deben ser desterrados definitivamente, no sólo porque el suicidio del anciano es, en muchas ocasiones, tan o más evitable que el de los jóvenes, sino además porque el acto de matarse a sí mismo es prematuro a cualquier edad, constituyendo una pérdida de talento, experiencia y recursos que ninguna sociedad civilizada debería aceptar.

Este grupo de edad constituye la parcela social en la cual la conducta suicida alcanza con más frecuencia su expresión más grave: la consumación.

En España, a partir de datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística, observamos que las tasas por cada 100.000 habitantes, en población general excluidos los sujetos de edad mayor o igual a 65 años, durante los años 1996, 1997 y 1998, fueron 6,04, 6,49, y 6,22 respectivamente. Sin embargo, las tasas de suicidio en sujetos igual o mayores de 65 años,

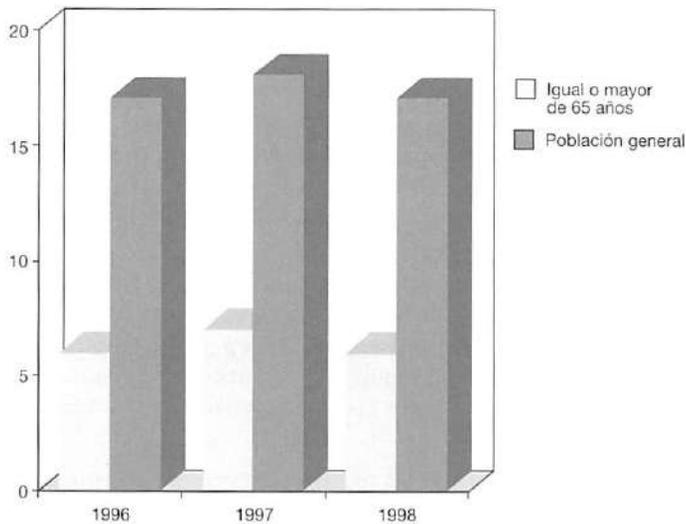


Figura 1. Tasas de suicidio en población general y en sujetos de una edad igual o mayor de 65 años en España (1996-1998).

las tasas aumentan preocupantemente, siendo en esos años de 17,92, 18,68 y 17,8 cada 100.000 habitantes. (Figura 1).

Dentro del complejo mundo de variables que determinan el modo de envejecer y la adaptación a la jubilación en el momento actual, una de las más importantes en la estructura socioeconómica de nuestro país sigue siendo el sexo. Nuestra cultura define una serie de roles, perfectamente diferenciados en función del sexo, en donde intervienen no sólo factores biológicos, sino otras variables culturales y socioeconómicas, que hacen que la vivencia de la vejez adopte matices claramente diferenciadores.

El sexo en nuestro entorno cultural define una serie de tareas, en las que las labores del hogar no se ven sometidas a oscilaciones ni a cambios relacionados con la jubilación. Esto define un marco muy peculiar donde la actividad habitual no va a sufrir modificaciones sustanciales en función de la variable sexo y donde las relaciones sociales (redes sociales) ligadas al mundo del trabajo en el caso del varón, van a permanecer sufriendo pocas modificaciones en la mujer.

Sin caer en un reduccionismo biológico en cuanto a la mayor esperanza de vida, mejor capacidad de adaptación al envejecimiento, etc., hay que resaltar que la crisis de la menopausia incide en la mujer en un intervalo de edad entre los 45-55 años aproximadamente, lo que provoca que la superación de esta crisis y sus tensiones se realicen en un intervalo de edad fuera del comúnmente establecido de lo que se entiende por tercera edad. A todo ello hay que añadir la diferente integración en las labores del hogar, que hace que las mujeres participen de forma más activa en las tareas domésticas, mientras que el varón en muchas ocasiones realiza menos actividades, adoptando y desarrollando la percepción de considerarse una carga y/o un estorbo.

En este sentido, encontramos que en España para los períodos de tiempo antes señalados las tasas de suicidio para los varones fueron considerablemente más elevadas que en el caso de las mujeres. (Figura 2). Lo que pone de manifiesto que la influencia de los factores psicosociales de riesgo de las conductas suicidas afectan con mucha mayor intensidad al sexo masculino.

La conducta suicida en el anciano puede resumirse en las siguientes características:

- Realizan menos intentos de autodestrucción.
- Utilizan métodos más eficaces.
- Reflejan menos señales de aviso.
- Dichos actos son premeditados, reflexivos.
- Pueden asumir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir).

El propósito de morir en el anciano suele caracterizarse por su firme convicción y por la utilización de métodos eficaces para concretar sus

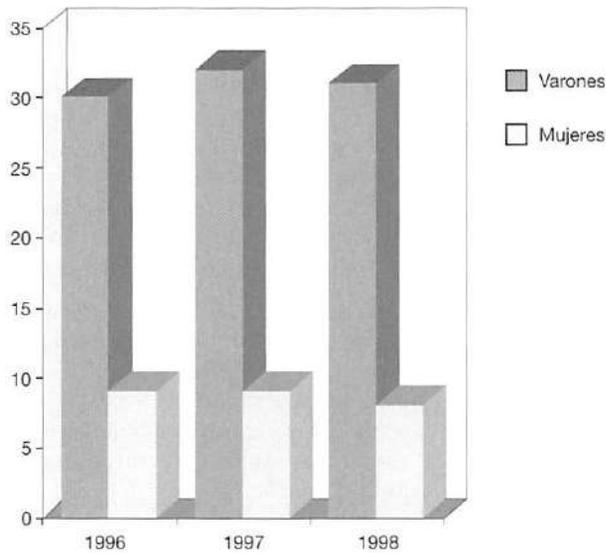


Figura 2. Tasas de suicidio en varones y mujeres de una edad igual o mayor de 65 años en España (1996-1998).

intenciones. Se trata de una conducta suicida activa, en muchos casos reflexiva y premeditada. Así el porcentaje de intentos de suicidio/suicidios consumados es, aproximadamente, para el anciano de 2 a 1, mientras que entre los adultos jóvenes es de 7 a 1. En nuestra experiencia hemos observado que además de confirmar el bajo porcentaje de tentativas suicidas, éste tiende a disminuir.

Las tentativas de suicidio suelen ser menos frecuentes en las instituciones que en el domicilio particular. Sin embargo, debe tenerse presente si el ingreso en una institución se realiza por el anciano de manera voluntaria o de forma compulsiva, valorando el sentimiento de desarraigo y el esfuerzo de adaptación que implica la institucionalización para estos sujetos.

Los métodos autolesivos utilizados varían según los países, culturas, épocas y características demográficas tales como la raza, el sexo, la edad y el medio rural o urbano. La elección del método también está influida por la accesibilidad, la oportunidad y la aceptación sociocultural. Para el suicidio consumado se utilizan con mayor frecuencia métodos tradicionalmente violentos, de mayor letalidad y la intoxicación medicamentosa es más usual en el caso de las tentativas.

En un estudio realizado por nosotros en el que analizamos todos los casos de suicidio consumado autopsiados en el Instituto Anatómico Forense de Madrid entre los años 1990-94, los métodos más empleados fueron

la precipitación (63%), la ahorcadura (16,9%) y la intoxicación (4,7%). Encontramos que el patrón de suicidio seguido por ambos sexos mostraba algunas diferencias. Ambos sexos utilizaron la precipitación como mecanismo más frecuente, aunque las mujeres presentaban un mayor porcentaje, sin embargo, en el caso de la ahorcadura fue más usada por el sexo masculino. No hubo ni un solo caso entre las mujeres de atropello ferroviario, ni del uso de armas de fuego. Sin embargo, estudios realizados por otros autores en diferentes países europeos encuentran como método suicida más frecuente la utilización de armas de fuego.

Otra característica muy difundida de la conducta suicida en la vejez es el asumir que los ancianos comunican con menor frecuencia sus intenciones suicidas que los jóvenes. Probablemente los profesionales o familiares que están en contacto con estos sujetos, deban prestar especialmente atención a los «preavisos suicidas», sin la expectativa que éstos sean claros y directos. Las comunicaciones indirectas de los deseos de realizar un suicidio pueden estar manifestadas por la necesidad de poner en orden asuntos familiares o el interés por despedirse de familiares y amigos. Varios autores han puesto de manifiesto la existencia del contacto previo del sujeto con profesionales de atención primaria de salud, en un corto período de tiempo anterior al momento del suicidio.

En este sentido, en el estudio realizado por nosotros observamos un aumento progresivo de sujetos que habían manifestado ideas previas sobre el suicidio, siendo de 9,9% en 1990 y alcanzando el 31,2% en 1994. Quizá esta elevación de manifestaciones previas en los sujetos ancianos sea una llamada de atención, mediante las cuales el anciano intenta modificar la conducta y las actitudes de las personas de su entorno en un intento de recibir más atención y apoyo.

Todas estas características afirman la gravedad de la conducta suicida en este grupo de edad, que casi siempre traduce una clara intencionalidad de morir y no, como en otros grupos de edad, la intención de valerse de la categoría de la muerte para negociar con el entorno. Por ello, los intentos suicidas en los adultos mayores pueden considerarse en gran mayoría como auténticos suicidios frustrados y su perfil se parece notablemente al de los ancianos que cometen suicidio.

En contraposición a esta conducta suicida activa y categórica, el anciano con mayor frecuencia que otros grupos de edad, suele presentar conductas suicidas encubiertas, lentas y silenciosas, consistentes en el abandono progresivo, el rechazo de la alimentación y de cualquier tratamiento médico. Estas conductas de abandono suelen terminar en la muerte y dadas las circunstancias de soledad y aislamiento que las acompañan, pueden influir en la infraestimación de las muertes por suicidio.

En la etiología multifactorial de la conducta suicida en el anciano, los principales elementos a considerar en el riesgo del suicidio están constituidos por:

I.1. FACTORES MÉDICOS

La existencia de enfermedades orgánicas, especialmente si son crónicas e incapacitantes, en los ancianos que consuman el suicidio es muy elevada. Así distintos estudios han demostrado la presencia de patología orgánica en porcentajes elevados en estos sujetos.

Evidentemente la presencia de enfermedades somáticas se incrementa con la edad, por lo que la presencia de enfermedad orgánica es significativamente mayor en los ancianos suicidas que en otros grupos de edad. Sin embargo, probablemente el factor desencadenante en la aparición de la conducta suicida no es la enfermedad orgánica en sí, sino la existencia de un trastorno depresivo concomitante.

Las enfermedades somáticas pueden contribuir al riesgo suicida a través de varios mecanismos:

— Pueden precipitar o exacerbar los cuadros depresivos, bien por la influencia de la enfermedad sobre el estado de ánimo, la utilización de tratamientos prodepresivos utilizados con mucha frecuencia para el tratamiento de las patologías que padece el anciano, añadidas a las limitaciones psicosociales derivadas de la misma enfermedad.

— Ciertas enfermedades orgánicas pueden cursar con perturbaciones sensorio-perceptivas, deterioro cognitivo y alteraciones del humor que pueden facilitar un acto suicida.

— La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes aumentan la tendencia hacia estas conductas autolesivas.

Los pacientes oncológicos constituyen la muestra en la que el diagnóstico de la depresión plantea mayores dificultades, ya que es complicado distinguir la enfermedad depresiva de los síntomas secundarios a la patología o a la instauración del tratamiento. El riesgo de suicidio parece ser más elevado inmediatamente después del diagnóstico o en pacientes que reciben quimioterapia.

El dolor crónico que puede acompañar a numerosas patologías propias de la vejez se caracteriza por una importante afectación psicológica del anciano, que puede desembocar en conductas autolesivas, debido al sentimiento de desesperanza que provocan el gran número de consultas médicas y el fracaso de diferentes medidas terapéuticas.

I.2. FACTORES PSIQUIÁTRICOS

El análisis de las razones que conducen a un sujeto a quitarse la vida, parece haber comenzado con una investigación que analizó 134 suicidios que se cometieron durante un año en el condado de Saint Louis, entre mayo de 1956 y mayo de 1957, para lo que se entrevistaron familiares, ami-

gos y médicos de las víctimas y se examinaron historias clínicas e informes de servicios sociales, destacando que el 98% de los sujetos padecían alguna enfermedad, siendo ésta psiquiátrica en el 94%, el 68% presentaban trastornos recurrentes del estado de ánimo y alcoholismo crónico en el 23% de los casos.

Algunos autores opinan que hay que poner en relación este incremento del número de suicidios con una disminución en la edad de inicio de los trastornos depresivos y un aumento de su prevalencia.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en las personas mayores. Los trastornos depresivos presentan una importante repercusión sobre la calidad de vida de las personas y su detección y tratamiento precoz pueden contribuir favorablemente a mejorar su actitud frente a la misma, en definitiva, a aumentar su calidad de vida.

En el caso específico del anciano son varios los estudios que indican que el diagnóstico predominante en los suicidios consumados en personas mayores de 60 años ha sido la depresión, en cambio para edades entre 40 y 60 años predomina el consumo crónico de alcohol y para las personas menores de 40 años las psicosis esquizofrénicas.

Se distingue médicamente la depresión mayor, más aguda de la depresión menor o distimia, de mayor duración y de sintomatología menos aguda. En ambos casos la sintomatología conjuga, además de la tristeza, que es el síntoma principal con pensamientos de culpabilidad, dificultad de concentración, desamparo, desesperación y en algunos casos conductas suicidas.

Según diferentes estudios epidemiológicos más del 50% de los ancianos con conductas suicidas padecen un trastorno depresivo mayor por primera vez, siendo menos frecuentes otros trastornos afectivos de inicio más precoz. Por ello, muchos de estos ancianos carecen de antecedentes psiquiátricos, por lo que junto a las peculiares características de la depresión en este grupo de edad en el que predominan la ansiedad, las preocupaciones hipocondríacas y las quejas somáticas, suelen dificultar un diagnóstico y tratamiento correctos.

Básicamente los problemas que plantea el diagnóstico de los trastornos depresivos en el paciente anciano viene dificultado por varias razones, en primer lugar, el médico puede atribuir erróneamente los síntomas depresivos al propio proceso de envejecimiento, en segundo lugar, los ancianos tienen mayor tendencia a somatizar los síntomas de la depresión, por lo que se desvía la atención del médico hacia la búsqueda de otras enfermedades orgánicas. Y en tercer lugar, la presencia simultánea de varias enfermedades crónicas (comorbilidad) puede dar lugar a que los síntomas depresivos pasen desapercibidos al ser atribuidos a otros procesos coexistentes, o bien su aparición puede ser la consecuencia de los efectos secun-

darios inducidos por algunos fármacos utilizados en el tratamiento de la patología de base.

Por otra parte, la presencia concomitante de demencia o de otros trastornos cognitivos, puede impedir o dificultar la obtención de la historia clínica para poder establecer de forma adecuada el diagnóstico de un trastorno depresivo. Además, los síntomas de una depresión pueden llegar a confundirse con signos de deterioro cognitivo (pseudodemencia) o con otros síndromes cerebrales orgánicos.

Las consecuencias de una depresión no diagnosticada y no tratada adecuadamente en un anciano suele desembocar en estancias hospitalarias más prolongadas, aumento en el gasto de salud, rechazo al tratamiento, sufrimiento personal y familiar y un aumento en la morbilidad y mortalidad, como consecuencia de enfermedades somáticas y del mayor riesgo suicida.

Otros factores como el consumo de alcohol y de otras drogas, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides y la confusión mental pueden contribuir también a la conducta suicida del anciano.

1.3. FACTORES PSICOLÓGICOS

Los ancianos que sufren de sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado suelen ser más proclives a desarrollar conductas suicidas. Este sentimiento de abandono y la autopercepción de inutilidad, genera lo que algunos sociólogos han denominado «vergüenza social».

1.4. FACTORES FAMILIARES

La pérdida de seres queridos puede ser el desencadenante de situaciones autoagresivas. Así la viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir una autodestrucción pasiva, en la que el evento doloroso desencadena una depresión.

Otra condición de riesgo suicida es la que se produce en los casos de migración forzada del anciano, que debe vivir determinados períodos de tiempo con familiares distintos.

Y finalmente la institucionalización, cuya etapa de adaptación puede reactivar situaciones de desamparo previas que precipiten un acto autodestructivo.

1.5. FACTORES SOCIO-AMBIENTALES

Los factores socioambientales van a jugar un papel importante en la elevada prevalencia de síndromes depresivos en edades avanzadas. Entre estos factores pueden incluirse:

- La jubilación con el consiguiente deterioro económico y pérdida de prestigio.
- Aislamiento familiar, institucional o social.

En la actualidad nos encontramos ante una sociedad industrializada basada en el rendimiento personal y colectivo. El anciano sufre una marginalización, ya que la prevalencia de la producción dentro de la ideología social, hacen de esta edad un estado de desgracia, caracterizado por una disminución de prestaciones de servicio del individuo a la comunidad, a la que se añaden el descenso paralelo de los recursos y de la identidad personal. El sujeto de estas edades entra en un paréntesis definido como un estado anterior a la muerte.

El deterioro progresivo de la calidad de vida con la ausencia de planes concretos de apoyo, tanto social como económico, desemboca en muchos casos en que los ancianos vivan con recursos catalogados de pobreza y con frecuencia no puedan afrontar una atención médica adecuada.

Finalmente y dada la frecuente interacción de los factores de riesgo en estos pacientes, el médico de atención primaria debe valorar detenidamente el riesgo de conductas suicidas en ancianos con patologías somáticas crónicas, prestando especial atención a la aparición de sintomatología depresiva.

Para conseguir estos objetivos debería mejorar la formación de los profesionales de atención primaria en el diagnóstico de la depresión y en la valoración del riesgo de conductas suicidas. Con ello y la posterior derivación de estos pacientes a la atención psiquiátrica especializada, se conseguiría una disminución de la tasa de suicidio en el anciano.

No podemos olvidar la importancia que tienen los factores psicológicos y sociales en el desarrollo de la conducta suicida en este grupo de edad. Muchos de los ancianos viven aisladamente, por lo que deben mejorar los sistemas de cobertura médica y social y que se hagan efectivos programas adecuados, para proporcionar a estos ancianos la posibilidad de un contacto, que les permita solicitar ayuda cuando la necesiten del modo más rápido y eficaz.

Dada la mutabilidad y eficacia relativa de los diversos factores psicosociales empleados para distinguir el riesgo de suicidio individual, se iniciaron líneas de investigación para buscar marcadores biológicos relacionados con el riesgo suicida. Hacia 1967, surge una hipótesis que relaciona la serotonina con los trastornos afectivos. Por lo que, a partir de los años 70 comenzaron a realizarse diversos estudios que demostraban la importancia de la alteración del metabolismo de la serotonina en las conductas suicidas. Ashberg y cols. (1976) pusieron en evidencia una frecuencia muy elevada de tentativas de suicidio, sobre todo las realizadas con métodos más violentos, en pacientes deprimidos con tasas bajas de 5-HIAA (ácido 5-hidroxindolacético en líquido cefalorraquídeo (LCR)). También en estudios *post-*

mortem se ha confirmado en el Sistema Nervioso Central la hipoactividad serotoninérgica.

La búsqueda de marcadores biológicos ligados a la conducta suicida y al metabolismo de la serotonina, que obviasen el estudio del LCR ha llevado en los últimos años a realizar multitud de estudios sobre los receptores de la serotonina, tanto cerebrales como plaquetarios, sobre la actividad de la MAO, metabolitos en sangre y orina y al estudio de la actividad serotoninérgica en respuesta a agonistas o antagonistas de sus receptores.

Existen también múltiples referencias sobre la alteración de parámetros biológicos distintos de la serotonina, en el suicidio, aunque con resultados no concluyentes como monoaminas (noradrenalina, dopamina), cortisol, opiáceos endógenos, neuropéptidos, y más recientemente el nivel de colesterol total.

La estrecha relación entre la edad y el aumento de las tasas de suicidio y el conocimiento de que la integridad funcional de los sistemas monoamínérgico, peptidérgico y neuroendocrino sufre cambios sustanciales con la edad, aumenta la posibilidad de que los cambios biológicos del envejecimiento contribuyan al riesgo de suicidio, y que la neurobiología del suicidio en sujetos de edad avanzada difiera de la de los sujetos jóvenes. Sin embargo, existen actualmente pocos estudios que valoren la influencia de la edad en los cambios biológicos de las conductas suicidas.

En nuestra sociedad el paradigma de la utilidad y de la rentabilidad provoca efectos secundarios que se expresan en el eslabón más débil de la cadena. El anciano padece una situación de marginación y aislamiento que va paralela a su declive orgánico en una muerte social que precede a la biológica. Únicamente un cambio cultural radical nos permitirá abordar de raíz este problema; mientras tanto habrá que adoptar medidas paliativas en las que la indiferencia nos hace cómplices a todos.

II. CONCLUSIÓN

Como toda expresión de una patología social, el suicidio debe obligarnos a una reflexión que trascienda la mera descripción del fenómeno y exijernos el desarrollo y la adopción de medidas, que aunque difíciles de aplicar son necesarias. El desafío es urgente e importante y la búsqueda de soluciones debe implicar no sólo a los profesionales de las ciencias sociales y sanitarias y a las instituciones oficiales, sino al conjunto de la estructura social y redefinir las expectativas y valores que actualmente configuran el entorno del envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASBERG M, TRASKAMAN L, THOREN P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1193-7.
2. BARBIER D. Depression in the elderly. Clinical aspects. *Presse Med* 2001; 30: 339-40.
3. BENNETT AT, COLLINS KA. Suicide: a ten-year retrospective study. *J Forensic Sci* 2000; 45: 1256-8.
4. CATTELL H, JOLLEY DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. *Br J Psychiatry* 1995; 166:451 -7.
5. CONWELL Y, RABY WN, CAINE ED. Suicide and aging. II: The psychobiological interface. *Int Psychogeriatr* 1995; 7: 165-81.
6. DE LEO D, PADOANI W, SCOCIO P, LIE D, BILLE-BRAHE U, ARENSMAN E, HJELMELAND H et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 300-10.
7. DIEKSTRA RFW. Suicide and the attempted suicide: an international perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 1-24.
8. DIOS DE FRANCO A. Biología de las conductas suicidas. *Psiquiatría* 1995; 7: 21-4.
9. ELLISON LF, MORRISON HL. Low serum cholesterol concentration and risk of suicide. *Epidemiology* 2001; 12: 168-72.
10. ENGSTROM G, ALLING C, BLENNOW K, REGUILL G, TRASKMAN-BENDZ L. Reduced cerebrospinal HVA concentrations and HVA-5HIAA ratios in suicide attempters. Monoamine metabolites in 120 suicide attempters and 47 control. *Eur Neuropsychopharmacol* 1999; 9: 399-405.
11. GÁNDARA DE LA JJ. Aproximación al suicidio. *Monografías de Psiquiatría*. 1995, n°1.
12. MADOZ-GÚRPIDE A, BACA-GARCÍA E, DÍAZ-SASTRE C, CEVERINO A, GUERRO D, SAIZ J. Attempted suicide and previous contact with health system. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:329-33.
13. OSUNA E, PÉREZ-CÁRCELES MD, CONEJERO J, ABENZA JM, LUNA A. Epidemiology of suicide in elderly people in Madrid, Spain (1990-1994). *Forensic Sci Int* 1997; 87: 73-80.
14. PÉREZ BARRERO SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15: 196-217.
15. PÉREZ CÁRCELES MD, OSUNA E, CONEJERO J, ABENZA JM, CABRERO E, LUNA A. Influencia del sexo en el suicidio consumado del anciano. *Rev Gerontol* 1997; 7: 224-8.
16. PÉREZ ORTIZ L. Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997.

17. PUKKILA K, HAKKO H, VAISANEN E, SARRIOJA T, RASANEN P. Does alcohol drinking have and influence on suicides in cancer sufferers? A population-based study of 1515 suicide victims. *Jpn J Clin Oncol* 2000; 30: 568-70.
18. RAMSTEDT M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 2001; 96: 559-75.
19. ROY A. Suicidio. En Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatría*. (6ª ed.) Buenos Aires: Intermédica, 1995.
20. RUBIO A, VESTNER AL, STEWART JM, FORBES NT, CONWELL Y, COX C. Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 137- 45.
21. SARRÓ B, DE LA CRUZ C. *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca, 1991.
22. VIDAL DA. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Rev Arg Clin Neurol* 1999; 8: 103-112.

EL ANCIANO ANTE LA LEY CIVIL

LUIS IGNACIO PASTOR EIXARCH*

Resumen: El estudio que sigue renuncia a recoger todas las posibles situaciones en que afecta el Derecho Civil a quienes alcanzan la tercera edad. Se han excluido todas las situaciones propias de personas plenamente capaces, porque en tales casos ninguna discriminación en perjuicio del anciano existe. Y se han omitido, aparte de necesarias referencias, las situaciones de crisis grave de la capacidad de obrar que tiene reconocida la persona.

Así, el objeto final del trabajo ha sido, respetando la brevedad necesaria, la enumeración de las previsiones legales que existen en la legislación general española para atención a aquellos ancianos que, sin sufrir enfermedad que disminuya su capacidad de entendimiento y decisión de modo definitivo, deban recibir asistencia para actuar en el complejo tráfico jurídico. En concreto, serán tratadas la guarda de hecho, el nombramiento de defensor judicial, el internamiento involuntario en centro adecuado y la forma en que pueden ser atendidas las necesidades básicas del anciano. En definitiva, el marco jurídico que permite la atención correcta de cada situación que pueda generar la diversidad de necesidades que la realidad social presenta.

Palabras clave: Anciano. Guarda de hecho. Capacidad. Internamiento involuntario.

Abstract: It is not the intention of this paper to consider all the possible situations where Civil Law affect senior citizens. All the circumstances of those elderly people in complete possession of their mental faculties have been excluded because, in such cases, no negative discrimination exists. Unless deemed necessary the situations in which the person is unable to act of his/her own accord have also been omitted.

Thus, bearing in mind the need to be brief, the final aim of this study has been to enumerate the legal provisions contemplated by Spanish legis-

* Magistrado.

lation for the attention that must be given to those elderly people who do not suffer any illness which could deninetively impair their capacity to comprehend and make their own decisions. This assitance would enable them to cope with and move within the complex legal world.

Specifically, four different situations will be dealt with:

- «guarda de hecho» (when an adult takes care of an aged person without having been legally nominated to carry out this task).
- The appointment of the «judicial defender».
- The involuntary internment in a suitable centre.
- The ways in which the basic necessities of the elderly person can be catered for.

Key words: Elderly person. Capacity. Involuntary internment.

I. INTRODUCCIÓN

Ante las situaciones que exigen la asistencia por parte de las instituciones públicas al ciudadano, el Estado moderno viene obligado a articular un sistema adecuado de atención mediante el empleo de mecanismos suficientes y diversos, como variadas son las necesidades a atender. Por ello, en España, como en otros países de su entorno sociocultural, el Ordenamiento Jurídico contiene normas complejas encaminadas a asegurar un correcto funcionamiento de la estructura asistencial, que, en el caso de los ancianos precisados de auxilio externo, se fundamenta básicamente en tres pilares: la familia, la actuación de la Administración ejecutiva y la intervención de la Administración de Justicia.

La existencia de estas tres bases no debe dar lugar a que sus respectivas actuaciones sean independientes entre sí, o que cada una de ellas deba actuar tan sólo en defecto de las otras. Por el contrario, la actual legislación, que respeta la tradición histórica de entender a la familia como primera obligada a prestar atención al necesitado, impone a la actuación de la administración no judicial un compromiso de ayuda a la familia actuante, y establece en la intervención de los juzgados una atención primordial al sentir de los parientes del necesitado antes de adoptar cualquier resolución.

En consecuencia, en el ámbito del derecho privado, la legislación civil española contiene una normativa moderna tendente, no a que los juzgados sustituyan la actuación familiar, o completen o suplan la actuación de los servicios sociales administrativos, sino a permitir que, aun actuando parientes y administración ejecutiva, existan mecanismos adecuados que aseguren que sea el interés del anciano necesitado de protección el que prime por encima de cualquier otro en la intervención asistencial privada o pública.

Con ello, las posibilidades que la ley civil prevé para la actuación judicial respecto de los ancianos son numerosas y llenas de matices, de manera que se asegura la posible intervención del Juzgado no sólo en los supuestos más graves de crisis de la capacidad del interesado, sino también en los casos en que la rica variedad social presente situaciones intermedias de necesidad. Además, la extensión de los cuerpos legales al tratar de la posibilidad de intervención judicial no se circunscribe exclusivamente a la decisión de fon-

do a tomar sobre la cuestión fáctica que se plantee, sino que ofrece además una importante diversificación en los cauces procesales a emplear en cada caso. De modo que, asegurando el pleno respeto a las garantías del anciano y quienes estén en su entorno, se posibilita a la vez que no quede retrasada la actuación judicial por meras cuestiones procesales.

Tan amplias previsiones de la intervención judicial presentan, sin embargo, un riesgo latente que la práctica evidencia en ocasiones como demasiado intenso, como es la excesiva judicialización susceptible de producirse en la atención al anciano necesitado, con correlativa disminución de la intervención de las otras dos instituciones, familia y Administración ejecutiva, encargadas de la asistencia. La materialización de este riesgo no beneficia al anciano, porque la proximidad al problema que tienen, en primer lugar, la familia, y luego la administración asistencial, aconseja, para mayor agilidad y acierto en la resolución, que sean tales sujetos activos quienes intervengan en primer lugar en él.

La solución a este riesgo de judicialización no parece conveniente para el necesitado buscarla en una legislación, como la pasada, que limite la actuación del Juzgado y la reduzca a casos de crisis grave o a un mero papel represivo o de control *a posteriori* del hecho consumado, porque esta regulación, por salvar el problema expuesto, impediría la necesaria flexibilidad hoy presente y beneficiosa para el anciano.

Parece más conveniente al anciano que la excesiva intervención judicial se evite mediante la adecuada coordinación, caso a caso, de la administración asistencial y la judicial, con atención plena al entorno familiar, porque utilizando este cauce, cada uno de los obligados a la atención puede desarrollar correctamente su papel, sin constreñirlo a un compartimento estanco respecto de los otros, pero sin que la colaboración comprometa la situación ideal de atención a cada caso del instituto de atención y asistencia más adecuado.

Sin duda, la actual situación de la ley civil al respecto permite esta solución. Porque el elenco de posibilidad de acción que se brinda al Juzgado permite siempre la más correcta actuación a decidir en cada momento.

En este marco expuesto, el objetivo de este trabajo no es sino exponer, con cita breve de su finalidad y contenido, cuáles sean las intervenciones que el anciano necesitado puede instar o recibir de la autoridad judicial, a través de instituciones jurídicas distintas de las propias del estado máximo de crisis personal que da lugar a la declaración permanente de incapacidad.

II. LA REGLA GENERAL: RECONOCIMIENTO DE LA CAPACIDAD

El asentamiento de los estados democráticos en la soberanía popular como su razón de ser, con el consecuente reconocimiento de la personali-

dad de sus ciudadanos como fundamento esencial del Ordenamiento Jurídico, conlleva la consideración por todas las instituciones públicas de la plena asunción de la capacidad del individuo como un hecho jurídico incontestable. Renunciando así a estimaciones como las superadas en la Historia Moderna de entender al ciudadano como mero súbdito con posibilidad de actuación apriorísticamente limitada por las propias normas del Estado, y sólo ejercitable cuando éste lo autorice. Por tanto, la posible capacidad del sujeto jurídico no viene condicionada por la concesión estatal, sino que, como algo previo al propio Estado, debe ser por éste respetada, con la obligación, además, de asegurar su libre desarrollo, tanto en situaciones de normalidad, como en los casos excepcionales de anormalidad provocada por circunstancias propias del mismo sujeto.

En consecuencia, el Ordenamiento Jurídico reconoce a los ciudadanos plena capacidad jurídica, o para ser titular de derechos, desde que nacen, e incluso antes. Y permite la plena capacidad de obrar, o para el ejercicio de sus derechos, desde el momento en que el sentir común entiende que el individuo ha alcanzado un grado de madurez personal suficiente para ello.

En tal marco se desenvuelve la Constitución española de 1978, que tras proclamar en su artículo primero, párrafo segundo, que «La soberanía nacional reside en el pueblo español, del que emanan los poderes del Estado», define en su artículo 10 la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, y el libre desarrollo de la personalidad como tres de los pilares en que se asienta el orden político, y de la paz social.

Establecido tal reconocimiento básico del individuo y su capacidad jurídica como fundamento del Estado mismo, asume nuestra Constitución el criterio comúnmente admitido de emplear la edad como referente para predefinir el momento en que la capacidad de obrar será plena, por considerar regla general que el sujeto tiene posibilidad de entender y querer suficiente para el ejercicio de sus derechos. Y fija en los 18 años tal momento, declarando su artículo 12 «Los españoles son mayores de edad a los dieciocho años». Alcanzada tal edad y, en principio, hasta la desaparición de la persona como tal por su fallecimiento, se reconoce la posibilidad de ejercicio de los derechos.

Tal regla general, de empleo de la edad como mecanismo que sirva de base para el reconocimiento pleno de capacidad no es, sin embargo, un axioma a respetar a ultranza, aun a costa del interés del propio individuo. Es, en realidad, un prejuicio, que, precisamente por ser algo preestablecido, debe prever la existencia de excepciones que permitan que, en aquellos casos concretos en que llegar a la edad predefinida no implique realmente la adquisición de capacidad de obrar pueda actuarse, por el propio Estado o por terceros, en beneficio del ciudadano. Arbitrando para ello los adecuados mecanismos de protección o complemento de la capacidad insuficiente

incluso cuando ésta no falte, pero la singular situación de los interesados reclame especial atención. En esta línea el artículo 49 de la Constitución preceptúa que los poderes públicos desarrollarán una política de tratamiento y amparo de disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, y el artículo 50 ordena a iguales poderes públicos atender los problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio de los ciudadanos durante la tercera edad.

En consonancia con la regulación constitucional, el Código Civil, que recoge y concreta en nuestro país las normas generales de reconocimiento de los derechos derivados de la propia personalidad, establece en su artículo 315 la mayoría de edad y, por tanto, la posibilidad de pleno ejercicio de los derechos a partir de los 18 años.

Y no se limita a tal regulación, sino que, consciente de que tal declaración es un principio con importantes excepciones, regula también casos en que, en evitación de perjuicios a los interesados, la adquisición de tal capacidad por edad no significa la pérdida de derechos a ser cuidado. Y otros casos en que, a pesar de haber alcanzado la mayoría de edad, la capacidad de obrar quedará reducida, o incluso negada, en los supuestos de mayor trascendencia.

Ejemplo de la no exclusión por llegar a los 18 años de los derechos al cuidado por terceros, es la precisión contenida en el artículo 143, al obligar a la prestación de alimentos incluso a mayores de edad, o el artículo 93 (en la redacción dada por Ley 11/1990 de 15 de octubre) que, al regular las situaciones de crisis del matrimonio obliga al pago de pensión aun en el caso en que los hijos menores adquieran la mayoría de edad.

Y paradigma del aspecto más negativo de tal regulación tuitiva, reductor de la capacidad de obrar inicialmente reconocida al cumplir los 18 años, es la regulación contenida en los artículos 200 y siguientes del Código Civil, que admiten y obligan a la restricción de la capacidad primigeniamente reconocida cuando la enfermedad del individuo le imposibilite o dificulte especialmente su propio cuidado personal. Con el consiguiente aseguramiento por tal regulación, y la que la complementa en los oportunos apartados del propio Código o en la Ley de Enjuiciamiento Civil, de la atención a tales situaciones, tanto en los casos en que la deficiencia sea total y permanente, como en aquellos otros en que sea sólo parcial o temporal.

En conclusión, por tanto, la ley civil vincula de modo automático alcanzar la edad de 18 años con la adquisición de plena capacidad, pero este reconocimiento no lo hace en perjuicio del individuo, sino que también prevé posibles situaciones en las que, aun admitida tal capacidad, el interesado deba ser asistido en el desarrollo de los actos propios de ella, siempre con el objetivo de velar, en todo caso, por su interés.

Estas consideraciones, y especialmente la de que toda restricción de la capacidad lo es sólo en interés del propio incapaz, nunca deben ser olvidadas, aun ante la importancia que otros intereses en juego pueden pre-

sentar. Precisamente por la posible tendencia a su minusvaloración, deben ser siempre recordadas y muy apreciadas. Y, por supuesto, también en el caso del anciano, la posible restricción de capacidad nunca debe hacerse atendiendo a fines distintos del interés del propio anciano, y el mantenimiento habitual de su capacidad ordinaria jamás debe darse en su perjuicio o servir de impedimento a la aplicación de los derechos a ser asistido. Más aún si, en el caso de la tercera edad, consideramos que el arco abierto entre la aplicación de las normas generales sobre capacidad y las concretas de su restricción existen más que en otros casos un sinnúmero de matices y peculiaridades a valorar.

Por tanto, el principio general también en los casos dudosos, es que el anciano mantiene la capacidad plena, pero no en perjuicio suyo. En consecuencia, mantiene, en el aspecto positivo a que antes nos referíamos, plenitud de derecho a ser atendido por quienes legal y socialmente están llamados a ello, sin necesidad de que exista a tal fin previa privación formal de sus derechos. En el aspecto negativo, y sólo en los casos más graves, puede ver reducida o suprimida su capacidad de ejercicio de derechos sólo si así su propio beneficio personal o patrimonial lo recomienda, y sólo previo estudio, enjuiciamiento y fallo judicial con todas las garantías de protección.

En consecuencia con lo anterior, el primer prisma desde el que debe observarse la posible asistencia del anciano no debe llevarnos necesariamente a tratar los casos de posibles declaración de incapacidad, total o parcial, o internamiento por razones psíquicas o físicas. Ni siquiera nos conduce sin más a la posible labor asistencial definitiva de las administraciones públicas distintas de la judicial implicadas en el cuidado de los necesitados. Porque el Derecho Civil prevé situaciones que, sin llegar a exigir una previa declaración de incapacitación judicial, exigen una especial atención al anciano.

Es indudable que la actuación ante situaciones no graves, para proporcionar información y detectarlas corresponde, en primer lugar, a la Administración ejecutiva, a través de caminos distintos del puramente asistencial, como ordena específicamente el artículo 50 de la Constitución, que ordena que los poderes públicos «con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar (de la tercera edad) mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio». No es esta actividad asistencial, sin embargo, el objeto de este estudio, por lo que, sin perjuicio de su cita necesaria, no se tendrá ahora en cuenta.

En el Derecho Privado, materia a tratar ahora, y como se apuntó, las personas primeramente llamadas a prestar tal atención sin declaración de incapacidad en el seno del Derecho Civil han sido tradicionalmente, y lo son en la actualidad, los familiares. Pero con una variación esencial a partir de la importante reforma que en la materia operó la Ley 13/83 de 24 de octubre. Esta norma se separa del tradicional sistema de atención fami-

liar pura, y opta decididamente por el sistema de tutela de autoridad, encomendando a los juzgados, en concreto a los de Primera Instancia, la labor de velar por los intereses del anciano con posibles problemas de autocuidado, por limitaciones graves o leves, definitivas o pasajeras de su capacidad de entender y querer y, por tanto, de su capacidad de actuar en el tráfico jurídico. En esta materia, como en toda la regulación de carácter tuitivo del Derecho Privado, la norma se aparta decididamente de la consideración de actuación de la autoridad judicial sobre el hecho consumado, para configurarla como directamente obligada a actuar a prevención del problema, canalizando, garantizando, comprobando y, en definitiva, dirigiendo cuando es necesario, la adecuada atención al anciano con problemas de cuidado por sí solo.

Por ello, en el Código Civil, al lado de la regulación específica de la declaración de incapacidad permanente en grado máximo o intermedio, son diversas las normas que parten, sin duda, de la asunción de la realidad por el legislador al considerar que son muchas las ocasiones en que no son de aplicación tales normas. Bien porque claramente no se dan aspectos físicos o psíquicos que justifiquen la declaración de incapacidad o bien, incluso, porque quepa entender que no conviene declarar la incapacidad por cualquier causa, entre las que cabe citar como más relevantes la de entender que no es proporcional a la situación personal o patrimonial el esfuerzo y gasto que implica la declaración judicial la incapacidad; o que no es conveniente a su persona y autoestima por la estigmatización social que puede comportar; o que no hay nadie capaz de atender al incapaz como tal, aunque sí de prestarle ayuda ocasional. Todo ello, además, en el entendido la mayor parte de las ocasiones de que ya cuidan al enfermo lo familiares sin necesidad de intervención del Juzgado salvo si un importante patrimonio aconseja intervenir oficialmente en él.

Partiendo de tal realidad, dentro del Código encontramos diversas regulaciones atentas a estas situaciones. Como más clara e importante la admisión de la existencia de las guardas de hecho en la sociedad, recogida en el artículo 303 del Código Civil. A su lado, son instituciones esenciales igualmente la del defensor judicial del necesitado, la regulación del internamiento involuntario del enfermo en centro adecuado, o la definición de las prevenciones a tomar para conseguir una rápida dotación de las necesidades básicas de alimentos, vivienda o asistencia médica de aquel anciano que lo precise.

III. LA GUARDA DE HECHO

El cambio de la regulación civil permite sin duda salir del acarreo histórico sociojurídico que viene dado por la situación social de prevención que, en muchas ocasiones, tienen los familiares o el propio enfermo a acu-

dir a los juzgados a solicitar la intervención respecto de posibles ancianos incapaces en todo en parte.

Porque, frente al anterior sistema de tutela familiar, el actual de tutela judicial permite conjugar numerosas posibilidades ante una situación de hecho en que esté implicado un presunto incapaz sin necesidad de declararlo como tal. Muchas de las prevenciones familiares surgidas con normas anteriores no se explican ya en el actual régimen jurídico de aplicación, por lo que cabe entender que, aun no habiendo desaparecido hasta la fecha, terminarán haciéndolo en el futuro, en la línea en que puede observarse ya ahora que viene sucediendo en la práctica. Cuando se haya conseguido finalmente plena confianza y ausencia de recelos ante la intervención judicial, puede que llegue a carecer de sentido regular instituciones encaminadas a resolver situaciones generadas realmente por no haber acudido a la autoridad competente en el momento de producirse el hecho determinante de su intervención, y que obligan a una intervención urgente, provisional y, en no pocas ocasiones, ante hechos consumados.

Ahora, en concreto, para tales casos, frecuentes cuando se trata de asistidos ancianos, las medidas intermedias entre la plena capacidad y su restricción permanente o grave, son de posible aplicación en muchos supuestos, dado que aun no habiendo conocimiento previo judicial y declaración formal de incapacidad, la actuación oficial puede ser necesaria. Aunque la intervención judicial sólo se dará cuando exista un motivo de cierta relevancia, sin embargo, en el caso de los ancianos, muchas veces los recelos citados o la posible incipiente incapacidad no declarada, genera tales situaciones necesitadas de urgente atención.

Y entre tales posibilidades de actuación protectora sin previa declaración de incapacidad, la guarda de hecho es el instituto primero y principal a tener en cuenta en numerosas ocasiones.

Recogida en los artículos 303, 304 y 306 del Código Civil, completados en sede procesal con los artículos 762 y siguientes de la reciente Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero, permite el requerimiento judicial a cualquier persona que tenga a su cuidado, sin decisión oficial al respecto, a un menor o a un presunto incapaz, para que «informe de la situación de la persona y los bienes del menor o del presunto incapaz y de su actuación en relación con los mismos, pudiendo establecer asimismo las medidas de control y vigilancia que considere oportunas.» (artículo 303 del Código Civil).

Consideramos esta norma de suma trascendencia en la materia que nos ocupa. Nótese que se habla, tanto en el Código Civil como en la Ley de Enjuiciamiento Civil, de presunto incapaz, lo que permite que sea cualquier medio de conocimiento el que lleve la noticia de la situación a la autoridad judicial, y que, fiel al sistema de tutela de autoridad y no familiar existente antes de la reforma producida por la Ley 13/83 de 24 de octubre, las medidas a adoptar pueden acordarse de oficio, sin necesidad

de solicitud previa, y son innominadas y, por tanto, tan extensas y abiertas como la situación o la autoridad actuante consideren oportuno. Amplitud que abarca todos los aspectos objeto de la regulación, pues la indefinición legal, voluntariamente empleada, se mantiene al referirse a la situación a controlar, el sujeto destinatario de la actuación judicial, legitimación para interesar las medidas o las propias actuaciones a tomar.

La generalidad pretendida respecto de la situación a intervenir es, sin duda, deseada en la referencia sin más a la existencia de una «guarda de hecho», no concretada en sus extremos por el texto normativo. Regulación que permite incluir en tal concepto cualquier relación entre el anciano y quien, sin título legal, o previo reconocimiento o declaración oficial que le habilite para ello, le presta un servicio de cuidado de su persona, patrimonio o, más en general, asiste al anciano en su beneficio e interés sin oposición del asistido.

También la amplitud que encierra el término «presunto incapaz» al definir al sujeto en cuyo beneficio se inicia la actividad judicial debe entenderse querida así por el legislador. La posible crítica desde un punto léxico riguroso al empleo del término «presunto» no empece a considerar que no se han querido emplear términos como «posible» o «supuesto», por ejemplo. De este modo se consigue una gran extensión subjetiva que dé lugar a la posible actuación, y se abre un abanico amplísimo de casos que pueden dar lugar a la actividad jurisdiccional de cuidado. De modo que un mero indicio de persona necesitada de asistencia, aunque luego pueda ser sujeto a contraste en el procedimiento abierto *ad hoc*, permite la inmediata adopción de medidas adecuadas.

No sólo la inconcreción legal desde el punto de vista del interesado a proteger es elogiable en esta norma. También lo es la ausencia de exigencias específicas de legitimación para hacer la petición. Con ello se permite la intervención judicial en el caso de que cualquiera lo pida, sin formalismo alguno e, incluso, si se tiene conocimiento directo. Lo que no impide, por tanto, la comunicación anónima ni tampoco la propia petición del interesado. Así, incluso se comprende el caso del anciano que se encuentre bajo guarda de hecho, y por cualquier motivo entienda que se perjudica su persona o patrimonio. Aquél podrá hacer llegar a la autoridad judicial el conocimiento de la situación. Sin necesidad de formalismos, escritos, intervención de terceros o procedimiento complejo. E, incluso, sin necesidad de dar su nombre en los casos, no infrecuentes, en que tal acción pueda perjudicar su futura relación con el guardador hacia el futuro, cuando el problema pueda ser concreto y deba valorarse que puede no interesar perjudicar la predisposición negativa del guardador o sus allegados para con el anciano por ellos atendido, y por un simple desacuerdo.

Igual amplitud que la expuesta al recogerse la persona destinataria de las medidas, la situación de la guarda de hecho o la legitimación, rige al tratar las posibles medidas a adoptar. Cuantas estime oportunas la autoridad judicial en cada momento, y afectantes tanto a la persona como al

patrimonio del incapaz. Desde el internamiento del afectado en casos extremos y conforme a la regulación prevista en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, pasando por la decisión sobre partes de su patrimonio hasta la total intervención de él.

El procedimiento a seguir para la adopción de las medidas es igualmente muy abierto y dota de amplias facultades a la autoridad judicial que interviene. Ya lo era el régimen previsto en los artículos 1.811 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Civil de 3 de febrero de 1881, ahora derogados. Lo es también en la nueva regulación contenida en los artículos 734, 735 y 736 de la Ley de Enjuiciamiento Civil citada 1/2000.

Ciertamente estas medidas del artículo 303 del Código Civil y 762 de la Ley de Enjuiciamiento Civil desea el legislador que sean tan sólo provisionales. Así lo exige la propia naturaleza de la situación de hecho que regulan, del contexto en que se enmarcan, y de la prevención expresamente dirigida por el artículo 762 al Ministerio Fiscal de interponer demanda de incapacidad siempre que tenga conocimiento de la real existencia de un presunto incapaz, como de hecho habrá sabido obligadamente en el procedimiento de jurisdicción voluntaria iniciado por el artículo 303 o en el reciente artículo 762.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Aún partiendo de tal provisionalidad, la flexibilidad de la normativa mencionada permite considerar, excepcionalmente, la posibilidad de que la propia situación personal o familiar del anciano aconseje dejar como definitiva la adopción de las medidas inicialmente provisionales y cautelares. Si razones como las expuestas antes inhibitorias de la actuación familiar para pedir la incapacidad son compartidas por la autoridad judicial, y se consideran de más peso y beneficio para el anciano que tratar de su declaración de incapacidad, nada obsta a que, en casos dudosos, pueda optarse por mantener abierto el expediente de guarda de hecho y no dar lugar al procedimiento de incapacidad.

Y más aún cuando el requerimiento e intervención judicial previstos lo sean sólo respecto de una concreta cuestión. Ante la existencia de un anciano capaz pero de limitada cognición o posibilidad de decisión en determinados casos, o simplemente en desacuerdo con su guardador, cabe interesar la intervención de los medios judiciales para una cuestión concreta. Y en estos casos es claro que no habrá lugar a la declaración de incapacidad, por no existir la situación que la justifica, sino sólo el apoyo al anciano ante un hecho concreto y, resuelto éste, no se dará lugar a posterior procedimiento de mayor importancia cualitativa, y a los posibles inconvenientes reales o figurados que su incoación conlleve, o entiendan los afectados que puede conllevar.

IV. DEFENSOR JUDICIAL

En situación intermedia entre la mera guarda de hecho, preexistente a la intervención del Juzgado, y la constitución formal del régimen de aten-

ción permanente al enfermo que surge ante la declaración formal de la incapacidad, mediante la constitución de tutela o curatela dirigida por el Juzgado, se recoge por el Código Civil la institución del defensor judicial, en la línea que apuntábamos al principio de atención a todos los posibles casos que la realidad presenta. En este supuesto no hay situación de cuidado de hecho previo a la intervención judicial, pero tampoco la iniciativa del Juzgado va a hacerse presuponiendo una situación de incapacidad.

Llamada a ser de existencia muy transitoria, su normativa viene recogida en distintos apartados legales, y será de tener en cuenta tanto en los casos en que el posible incapaz esté necesitado de asistencia inmediata judicial, como en los que, por la falta de mecanismo tuitivo establecido, deba acudirse a ella como medio paliativo de la situación de desatención del enfermo.

Su regulación general la contienen los artículos 299 y siguientes del Código Civil, estableciendo la previsión el artículo 299 de nombramiento de defensor judicial en dos supuestos, que debemos entender no son sino ejemplificativos de todos los que pueden dar lugar a la intervención de tal institución, como se deduce de su propia generalidad y de la remisión que el punto 3 de tal artículo hace a los demás casos de intervención del defensor previstos en el Código, en lo que hay, lógicamente, que entender también otras leyes.

En concreto, los dos supuestos específicos que previene el artículo 299, así como los relacionados con él recogidos en los artículos 249 y 256 del mismo Código Civil son relativos al conflicto entre quienes estén sujetos a tutela o curatela y el declarado previamente incapaz, o sea, el anciano sujeto a expediente previo a tal efecto o a supuestos de nombramiento de defensor cuando existe motivo de remoción o excusa de la tutela.

Dado que estos casos exceden de lo que es objeto del presente estudio, limitado a atención de los necesitados sin previa declaración de incapacidad, quedan únicamente enunciados en mención necesaria, porque toda la regulación referida a ellos es también de aplicación a los supuestos de no declaración de incapacidad, dado el carácter unitario de la regulación del Derecho Privado.

Ahora interesa más la mención de otros supuestos legalmente previstos. En concreto, los actualmente recogidos en la Ley de Enjuiciamiento Civil que prevén el nombramiento de defensor judicial dentro de los artículos 7.2, 8.2 y 758.2. En tales casos se prevé la obligación de nombrar defensor judicial a quien, aun sin procedimiento previo de incapacitación, pretende comparecer en juicio, y no se encuentra en pleno ejercicio de sus derechos civiles, tal y como indica el artículo 7.2, de la misma Ley. Situación de incapacidad que no se refiere sólo a la formal y expresamente declarada, porque, como resulta del artículo 8.2, de igual Ley también aunque no haya sido nombrado tutor o curador de una persona, esto es, aunque no esté

sujeta a previo procedimiento de incapacitación, puede y debe nombrarse defensor judicial.

Normas que completa el artículo 758 de la misma Ley citada al establecer que, en el propio proceso dirigido a resolver sobre la incapacidad, el presunto incapaz será defendido por un defensor judicial, salvo si el Ministerio Fiscal los representase por no ser él el promotor del procedimiento.

La Ley admite, por tanto, la presencia de personas que deben comparecer en juicio para cualquier motivo o para su propia declaración de incapacidad y que no estén en pleno ejercicio de sus facultades, lo que conlleva la imposibilidad de comparecer en juicio por sí mismo. Y permite, en línea con la situación que planteaba la reconocida en la guarda de hecho que, aun con intervención del Juzgado en el ámbito del posible incapaz, no sea preciso el proceso de declaración de incapacidad y nombramiento de tutor o curador al anciano, sino que bastará, a los efectos del procedimiento en que deba intervenir, con que complete su posible falta de capacidad un defensor judicial.

Con este tipo de intervención se evita el inicio del procedimiento de incapacidad, y, con ello, las prevenciones económicas, sociales, y del propio afectado, o personas de su entorno, a que hicimos referencia al tratar de la guarda de hecho. Esta institución cobra así gran relevancia también para aquéllos estadios intermedios en que el anciano, tal y como ya mantuvimos antes, puede encontrarse en muchos casos, al ser plenamente capaz para la vida ordinaria y, sin embargo, carecer de la total plenitud de facultades que la situación compleja o su estado de salud transitorio pueda suponer.

Es más, una interpretación extensiva de tales normas y su combinación con los artículos que prevén medidas cautelares respecto de posibles incapaces (artículos 158 y 216 del Código Civil), junto con los que recogen la regulación de la guarda de hecho citada (artículos 303, 304 y 306) y los que en el propio Código Civil atienden específicamente al defensor judicial (también citados 299 y siguientes), permite que, aun fuera de situaciones procesales del anciano, también pueda nombrarse defensor judicial a éste para poder actuar en determinados casos.

En efecto, si es posible la comparecencia en juicio sólo con complemento de capacidad por defensor judicial, con el efecto que todo procedimiento conlleva de disposición sobre patrimonio; y si con el mero reconocimiento de una previa situación de guarda de hecho se admite la posibilidad vista de permitir al guardador que siga en tal condición de un modo permanente; nada nos impide concluir que también podrá decidirse sobre el patrimonio cuando la iniciativa surja del Juzgado, ante un anciano no implicado en un juicio ni inmerso en situación de guarda de hecho, y que el Juzgado, haciendo uso de las amplias facultades que le confieren los artículos mencionados tendrá la posibilidad de decidir que su iniciativa de intervención no vaya tan lejos como para dar lugar a una declaración de incapacidad, sino que se quede en nombrar defensor judicial para mejorar la asistencia del anciano en los supuestos en que así se estime oportuno.

Tesis que es corroborada por el amplio alcance que consideramos pretende el artículo 302 del Código Civil, al prevenir que el defensor judicial tendrá las atribuciones que el juez le haya concedido, sin límite. Por tanto, la posibilidad final de nombrar al defensor no queda reducida sólo a los casos específicamente recogidos en el Código sino que, siguiendo lo expuesto, es posible que la autoridad judicial adopte todo tipo de medidas mediante uso del instituto del defensor judicial, como si de una guarda de hecho se tratara, y sin necesidad de declaración de incapacidad.

El beneficio que para el anciano no incapaz, pero con facultades disminuidas, supone el nombramiento de defensor en vez de declaración previa de incapacidad que implica el nombramiento de tutor, entendemos es muy importante en algunos casos. Por un lado, se evita el riesgo de que, tramitado el procedimiento de incapacidad, al no estar ante un anciano claramente incapaz, no se fije régimen de curatela o tutela. Por otro lado, se produce un importante beneficio de rapidez y agilidad del nombramiento del defensor judicial prevista en el artículo 300 del Código Civil, frente a los mayores formalismos previos al nombramiento de tutor o curador para incapaces. Además, se evitan con ello los recelos sociofamiliares expuestos de rechazo al procedimiento de incapacidad como medio muchas veces inidóneo para los casos que la realidad de la situación de la tercera edad presenta.

Tal interpretación, sin embargo, no debe dar lugar al abuso ni, en ningún caso, a sustituir la declaración de incapacidad legalmente ordenada cuando se den los presupuestos previstos para ello. Pero adecuadamente empleada en el caso concreto en que sea realmente necesaria, útil y sin contravención legal, sí creemos, sin embargo, que puede ser de gran utilidad en las situaciones intermedias que tantas veces se presentan. Conjugando las posibilidades de regulación de la guarda de hecho generada espontáneamente y luego controlada por el Juzgado, con las de la defensa judicial, en que el Juzgado interviniente desde el principio, junto con las medidas cautelares que en uno y otro caso pueden adoptarse, la declaración de incapacidad finalmente queda reducida a los términos de excepción a la norma general de capacidad derivada de nuestra legislación. Además, en cualquier caso, el control del empleo adecuado viene asegurado, dado que la opción a elegir entre unos y otros procedimientos corresponderá a la autoridad judicial, con intervención del fiscal y con audiencia siempre del interesado y los más próximos a él, de modo que el abuso de emplear estas figuras intermedias como medio de elusión de la declaración de incapacidad, caso de producirse, sería inmediatamente corregido.

V. INTERNAMIENTO

Por la afeción directa a la libertad personal del interesado, es la medida de internamiento involuntario en centro cerrado la de mayor gravedad

que cabe adoptar respecto de ancianos necesitados de protección, y antes de haber iniciado siquiera el procedimiento de incapacitación o cualquier otro expediente judicial. Posibilidad permitida antes por el artículo 211 del Código Civil, que autorizaba el internamiento en centro adecuado de aquellos que «por razón de trastorno psíquico» no pudieran decidirlo por sí solo. Derogado tal artículo por la Ley de Enjuiciamiento Civil de 7 de enero de 2000, antes citada, la previsión se recoge ahora dentro del conjunto de normas procesales de esta última Ley, en concreto en el artículo 763, en semejantes términos a los que ya se empleaban antes, aunque introduciendo mayores garantías.

El sistema y procedimiento general de internamiento en el caso de ancianos no tiene variación respecto del general para todos los demás supuestos. Antes de acordar el internamiento involuntario deberá siempre ser oído el interesado y reconocido por el médico, y la decisión de internamiento sólo se tomará si el tratamiento médico lo hace necesario, de modo que esté plenamente justificada, como casi ineludible en beneficio del internado, la privación de libertad que tiene lugar. Producido el ingreso, la autoridad judicial viene obligada al control posterior de la medida, mediante reconocimientos o solicitud de informes periódicos, que aseguren el conocimiento judicial para la decisión de cese de tan restrictiva medida en cuanto no sea estrictamente necesaria.

Respecto de los presupuestos necesarios para el internamiento cabe hacer especial mención de aquellos aspectos que, en el caso de los ancianos, resultan de especial interés y mención: necesidad imperiosa de oír y reconocer cuidadosamente al interesado antes de internarlo; la habitualidad con que puede darse en el caso de ancianos la necesidad de internamientos sólo de corta estancia; y la cuestión de si es posible el ingreso del anciano no tanto en centro psiquiátrico, como parece ser la solución del artículo citado, sino también en centro geriátrico, asistencial o similar.

En relación con la primera cuestión, cobra especial trascendencia, en el caso de internamiento involuntario de ancianos, la necesidad más que nunca de oírlos, por ser en no pocas ocasiones personas que, a pesar de tener en un momento dado defectuosa percepción o voluntad, han sido capaces a lo largo de toda su vida y hasta ese momento concreto, con afección psíquica muchas veces tan sólo parcial o, incluso, ocasional.

La cuestión del control del internamiento tiene también en el caso del anciano especial importancia. Los supuestos de ingreso de ancianos se encuentran en muchas ocasiones lejos de los casos en que el enfermo mental precisa de internamiento forzoso en centro psiquiátrico durante largo tiempo. Frente al largo periodo de estabilización que necesitan en muchas ocasiones los episodios de agudización de las enfermedades mentales, en el caso de los ancianos el trastorno puede ser meramente transitorio, motivado en no pocos casos por alteraciones físicas de efectos tan sólo ocasionales en el estado psíquico. Por ello, en estos supuestos, la posi-

bilidad que el artículo 763.4 de la Ley de Enjuiciamiento Civil da al juez, de fijar en plazo menor al general de seis meses la obligación del centro de internamiento de dar informe de la evolución del paciente, y los reconocimientos judiciales que ello puede conllevar, será asiduamente empleada, a fin de evitar en todo caso que pueda darse el supuesto de que, por desatención en el centro, o por dejadez, prevención al sistema, o ignorancia del propio anciano, pueda verse privado de libertad por falta de iniciativa suya durante más tiempo del estrictamente necesario para su estabilización. O, peor aún, que tal medida tan restrictiva de derechos acabe sustituyendo a otras más adecuadas de asistencia social y familiar adecuada al enfermo.

El tercer aspecto de los citados guarda igualmente cierta importancia en el caso que nos ocupa: determinar si el internamiento forzoso del anciano debe necesariamente hacerse en centro psiquiátrico o, por el contrario, cabe la posibilidad de ingreso involuntario en centro de otro tipo, por ejemplo, especializado en atención geriátrica.

Superada la polémica sobre si cabe o no el ingreso en centros distintos del psiquiátrico, hoy esta cuestión debe ser afirmativamente respondida. No porque con carácter general deba aceptarse sin más tal posibilidad, pero sí considerando que, aunque sea por vía de excepción a la expresa previsión legal, y previa valoración de las circunstancias concurrentes, no debe obligarse al anciano a los inconvenientes que conlleva un encierro psiquiátrico, cuando una adecuada atención geriátrica y en centro no intensamente medicalizado, de entorno más asequible al enfermo, sería suficiente. Especialmente, ésta será la decisión a valorar cuando, lúcido o no el enfermo, sea rotundamente contrario a ser ingresado en centro psiquiátrico, y muestre más predisposición a que se proceda a su ingreso en centro distinto de los psiquiátricos. Siempre, claro está, que así lo aconseje su estado y mejor curación, que es el único interés que atiende al legislador y autoriza al juez para acordar el ingreso.

En el entendido, legalmente impuesto y de beneficio para el anciano, de que en todo caso el ingreso es por razones médicas, por lo que debe ser objeto de igual control que el ingreso psiquiátrico y, desaparecido el cuadro diagnóstico que dio lugar al internamiento involuntario, debe levantarse la medida de privación de libertad pues ésta, cabe reiterar, nunca debe emplearse como sustitutiva de otras de carácter asistencial o familiar que la Administración ejecutiva y la familiar están obligadas a prestar.

VI. ALIMENTOS Y OTRAS MEDIDAS DE ATENCIÓN MATERIAL BÁSICA

El elenco citado de posibles actuaciones en beneficio de los ancianos es tan amplio que permite, independientemente de cuál de ellas sea el

cauce seguido, velar en primer lugar por la atención básica de las necesidades más elementales del afectado. A pesar de ello, el Código Civil recoge la regulación dirigida específicamente a tan importante cuestión y con carácter general, por lo que es de aplicar también aunque concorra con alguna de las demás normas citadas.

En concreto, interesan, por su importancia y aplicabilidad general, dos grupos de preceptos: los referidos con carácter general a la obligación de prestar alimentos; y la que tiene por objeto asegurar en el caso de menores o posibles incapaces cuantas necesidades materiales básicas y de exclusión de perjuicios puedan expresamente adoptarse.

En primer lugar, se previene en los artículos 142 a 153 del Código la necesidad, articulada en España en el seno familiar, de prestación por los parientes de alimentos, entendiéndose por tales «todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica». A lo largo de la extensa regulación recogida a tal fin se previenen los obligados a dar la prestación, los posibles destinatarios de ella y la forma concreta en que debe ser prestada.

Entre tal normativa, en los casos del anciano, la regla general del obligado a la prestación será la de ser el hijo del necesitado. El modo más habitual será, en caso de normalidad familiar, el previsto en el artículo 149 de recibir y mantener en su casa al destinatario de la prestación.

No obstante, nada impide que, por voluntad concorde de ambos interesados o, en su caso, por intervención judicial, el alimentista reciba la prestación en dinero o por atención mediante ingreso en centro adecuado para la situación del enfermo.

En relación con otro tipo de medidas encaminadas a la atención material básica del anciano, se encuentran las previstas en el artículo 158 del mismo Código Civil. Medidas que, previstas en sede de regulación de la filiación como aplicables a menores de edad, se hacen extensivas por el artículo 216 a todo tipo de situaciones en que se vean inmersos en cualquier situación de «tutela o guarda, de hecho o de derecho, de menores e incapaces, en cuanto lo requiere el interés de éstos».

Esta redacción, introducida por Ley Orgánica 1/96 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, es lo suficientemente amplia como para recoger cuantas situaciones a medio camino entre la incapacidad y la plenitud de capacidad hemos visto. De modo expreso se recoge la posibilidad de ser adoptadas las medidas del artículo 158 ante cualquier situación fáctica y jurídica que pueda presentarse, con un único requisito previo a la actuación judicial, tan amplio como lo es el entender que lo requiera el interés de los necesitados de protección.

Por tanto, sea una guarda de hecho la situación de que el Juzgado conoce, sea del nombramiento de defensor judicial, sea un internamiento involuntario, pueden adoptarse todas las prevenciones encaminadas a ase-

gurar la subsistencia del interesado y su atención básica en los términos, igualmente muy generales, que contiene el artículo 158. Tan generales que comprenden las medidas convenientes para asegurar la prestación de alimentos y proveer a las futuras necesidades, evitar perturbaciones dañosas en los casos de cambio de titular de la guarda, o las que se consideren oportunas a fin de apartar al necesitado de un peligro o de evitarle perjuicios.

Unida tal extensión del objeto de las medidas con la plena legitimación que da para iniciar el procedimiento a las propias autoridades o cualquier interesado, es indudable que, con ello, se articula una decidida regulación legal a favor del desfavorecido necesitado de protección añadida. Lo que, en el caso del anciano, abre cualquier posible vía de atención total de sus mínimas necesidades, tanto dentro de los cauces ya vistos, como de cualquier otro que la realidad diaria pueda presentar.

VII. CONCLUSIONES

El reconocimiento de la plena capacidad, y el mantenimiento de ésta como connatural a la persona no debe suponer merma de asistencia y protección del individuo cuando ésta sea necesaria, aun de modo esporádico o parcial. Sin duda, la legislación recogida en el Código Civil, y completada en la Ley de Enjuiciamiento Civil, configura un marco de actuación basado en el reconocimiento y respeto por la Ley a la plena capacidad e individualidad en la toma de decisiones, pero atiende también al segundo aspecto, permitiendo que, aun sin negar de modo absoluto la capacidad, la asistencia esté asegurada. La decisión del legislador tomada en la Ley de 24 de octubre de 1983 de partir de un principio de tutela de autoridad y no familiar, aun no relegando la actividad de la familia basada en nuestra tradición social y legal histórica a un segundo plano, sí la rodea de mayor eficacia, control y posibilidades de actuación, al vincularla con la intervención judicial. De modo que es difícil aventurar una situación de hecho que no tenga posibilidad de encaje legal para la actuación judicial: desde la situación normal que depara en tantas ocasiones la realidad práctica de las guardas de hecho más o menos intensas, hasta las situaciones de máximo desamparo del anciano, pasando por las situaciones intermedias de conflicto con el guardador o internamiento por necesidad curativa, tienen previsión legislativa suficiente.

Con ello, es decisión de los que están llamados a respetar y aplicar la Ley elegir con cuidado el camino a seguir en cada caso, atendiendo siempre al interés del anciano. Tanto el ciudadano encargado de la custodia y el cuidado, como las autoridades administrativas y judiciales tienen la última responsabilidad de que tal conjunto normativo sea adecuadamente aplicado. Evitando que la flexibilidad de la normativa permita laxitud en

la fijación de los controles a tener en cuenta en su aplicación, o en el respeto en la delimitación de las competencias que unos y otros legalmente tienen atribuidas. Y consiguiendo a la vez que sea el principio de actuación conjunta coordinada el que prime la labor de acción familiar, asistencial y judicial del anciano necesitado, pues sólo así podrá obtenerse su rápida y eficaz atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. CANO TELLO CA. La nueva regulación de la tutela e instituciones afines. Civitas, 1984.
2. MARTÍN GRANIZO M. La incapacitación y figuras afines, Madrid: Colex, 1987.
3. ROGEL VIDE C. En Comentario del Código Civil, C. Paz-Ares Rodríguez y otros, Madrid: Secretaría General Técnica Centro de Publicaciones del Ministerio de Justicia. 1991: 861-870.
4. PADIAL ALBÁS A. La obligación de alimentos entre parientes, Barcelona: JM Bosch Editor, 1997.
5. HEREDIA PUENTE M. y FÁBREGA RUIZ C. Protección legal de incapaces. Madrid: Colex, 1998.
6. GARCÍA DE LEONARDO TM. Régimen Jurídico de alimentos de hijos mayores de edad, Tirant lo Blanch y Universidad de Valencia, 1999.
7. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. La atención sociosanitaria a las personas mayores en España. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Defensor del pueblo. Madrid, 2000.
8. LÓPEZ OLEAGA JM, y BALLESTEROS ALLUÉ JM. Problemas que suscita el procedimiento de incapacitación en relación con el presunto incapaz. En: ALZAGA VILLAMIL O, et al (eds.). La administración de justicia y las personas con discapacidad. Madrid: Fundación ONCE y Consejo General del Poder Judicial, Escuela Libre Editorial, 2000: 199-229.
9. MONTERO AROGA J, GÓMEZ COLOMER JL, MONTÓN REDONDO A, y VARONA VILAR S. El nuevo proceso civil. Valencia: Tirant lo Blanch, 2000.
10. ORTIZ GONZÁLEZ AL. Los discapacitados y su protección jurídica. En Estudios de Derecho Judicial. Madrid: Consejo General del Poder Judicial, 2000; 22: 233- 275.

ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA: SITUACIÓN ACTUAL

M.^a PILAR PASTOR EIXARCH*

Resumen: La población española está envejeciendo debido al aumento de la esperanza de vida. Ello produce, además, lo que se denomina el envejecimiento del envejecimiento, es decir, un incremento importante del nº de personas mayores de 80 años. A partir de esta edad las enfermedades crónicas, la invalidez y la dependencia aumenta, lo que está provocando una nueva realidad sociosanitaria con nuevas necesidades y demandas.

Como respuesta a ello se está reorientando el sector de atención a los mayores con la reestructuración de servicios, y prestaciones sociosanitarias, englobado en planes de atención a la dependencia.

En este trabajo se revisan las necesidades y los recursos actuales existentes, con especial interés en las residencias asistidas.

Palabras clave: Anciano. Envejecimiento. Dependencia funcional. Atención sociosanitaria. Residencias asistidas.

Abstract: The Spanish population is ageing due to the increase in life expectation. This also causes what is called ageing of ageing, that is, an important increase in the number of people over 80 years old. From this age onwards, chronic illnesses, disability and dependency increase, which is causing a new socio-sanitary reality with new needs and demands.

As a response to this, the elderly care sector is being re-orientated, with the restructuring of services and socio-sanitary care, included in dependency care plans.

In this work the existing resources and needs are reviewed, paying special interest to nursing homes.

Key words: Elderly. Ageing. Functional dependency. Socio-sanitary services. Nursing Homes.

* Médico. Directora de la Residencia Municipal Casa Amparo Ayuntamiento de Zaragoza.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se está produciendo un envejecimiento progresivo de las poblaciones en el mundo desarrollado, con aumento de los mayores de 80 años, es lo que se ha venido llamando el envejecimiento del envejecimiento, y además principalmente femenino.

La longevidad es mayor, y por lo tanto el grupo de mayores de 80 años está incrementándose de forma importante y sistemática, lo que requiere una reorganización de los servicios sanitarios y sociales para atender la nueva situación que ello plantea, principalmente de dependencia funcional. Por ello se está acometiendo desde las administraciones una revisión conceptual de los modelos de atención sociosanitaria, con el fin de desarrollar una tipología de servicios nueva en nuestro país.

El envejecimiento de la población representa un hecho de gran trascendencia social, política y económica, además de sanitaria. Es consecuencia del aumento de la esperanza de vida, el bienestar, la mejora de la calidad de vida y los avances de la Medicina. Además de los cambios demográficos, también estamos asistiendo a cambios culturales trascendentales, con una adolescencia-juventud más prolongada, una incorporación al trabajo más tardía, y una forma de vida más autónoma e independiente que también ha impregnado a nuestros mayores.

El hecho de que las poblaciones se hagan mayores es un indicador positivo de desarrollo, mide y define la cantidad de vida que existe en una región o en un país. Si además esa magnitud está acompañada de aspectos cualitativos que enriquecen esa vida a la mayoría de las personas, se puede hablar de progreso. Podría caracterizarse la sociedad desarrollada como aquella donde las personas de mayor edad son cada vez más, donde existe mayor vida acumulada y ésta alcanza mejores niveles de calidad. En los ancianos de los países desarrollados las ventajas vividas en los años de juventud y madurez se alargarán también a los años ganados en la vejez(1).

En Europa el envejecimiento poblacional comenzó antes que en nuestro país. Actualmente, el número de personas entre 75 y 85 años se ha incrementado en torno al 50%, mientras que en los mayores de 85 años se ha duplicado la cifra.

Ante esta nueva situación, la comisión de la Unión Europea formada a raíz del Tratado de Amsterdam consideró que debía llevarse a cabo una

reestructuración de los servicios públicos, tanto sanitarios como sociales. Por ello una parte importante del presupuesto del Quinto Programa Marco de la Unión Europea para la Investigación y el Desarrollo Tecnológico durante el periodo 1998-2005, está dedicada al tratamiento específico de la calidad de vida de las personas ancianas. La Comisión declaró que se debe promover y estimular la investigación de las enfermedades asociadas con la edad avanzada, así como informar acerca de las mismas tanto a pacientes como a profesionales sanitarios, y especialmente a las administraciones de salud pública.

Se están alcanzado edades más avanzadas con mejor estado relativo de salud, no obstante este hecho ha traído como consecuencia un aumento de procesos crónicos que producen dependencia funcional, y que las administraciones deben dar respuesta ofreciendo los recursos necesarios. Respuesta desde dos vertientes, la sanitaria y la social, que deben ir a la par con planes como los de «atención a la dependencia», que se están iniciando en nuestro país.

El Consejo de Europa definió en 1998 la dependencia: «Son personas dependientes quienes por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria». (Se entiende por ayuda la de otra persona).

La nueva planificación de los recursos sociosanitarios para atender esta situación ha de tener como eje central la potenciación de la autonomía y los cuidados en la dependencia funcional.

I.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

El envejecimiento en España, a diferencia de lo que ocurre en otros países europeos, es un hecho reciente. Hasta los años cincuenta los mayores de 65 años apenas representaban el 7% de la población, sin embargo este porcentaje de mayores ha ido creciendo progresivamente hasta la actualidad que ya supera el 15%. Ha crecido más del 50% en los últimos 20 años. En 1980 los mayores de 65 años eran 4,2 millones y en 1999 la cifra ascendió a 6,6 millones (2, 3).

Los mayores de 80 años, que son el grupo de edad con un mayor riesgo de dependencia, en 1970 sumaban medio millón de personas, y en el momento actual contamos con 1,3 millones, estimándose que se habrá duplicado esta cifra en el año 2016.

A principio de siglo, la esperanza de vida en nuestro país no alcanzaba los 35 años, los varones vivían una media de 33,9 años y las mujeres 35,7. Esta esperanza de vida se ha duplicado desde entonces. Actualmente es de 78,4 años, 74,9 años para los varones y 81,9 años para las mujeres. La más alta de la UE después de Suecia. La esperanza de vida de la mujer supera a

la de los varones, y esta diferencia se va incrementando, pasando de casi 2 años a más de 7 años en lo que va de siglo (2, 3).

Mayor interés tiene conocer la esperanza de vida (UE) por edad, así observamos que la EV de las mujeres que llegan a los 65 años es de 20 años, y en el varón de 16. De los que llegan a los 75 años, su EV es de 12 años en las mujeres y casi 10 en el varón.

En 1995 el porcentaje de mayores de 65 años sobre el total de población en España era del 15,4% y la proyección para el año 2005 es del 17,4%. En Aragón el porcentaje en 1995 fue del 19,9% y para el año 2005 se espera que sea el 21,6. Aragón junto a Castilla-León son las Comunidades con la cifra relativa de mayores más elevada de España.

En números absolutos nuestra Comunidad tiene 252.538 personas mayores de 65 años, de los cuales 60.582 son mayores de 80 años, lo que representa una cuarta parte de éstos (24%) (4).

La esperanza de vida en Aragón era en 1995 de 74,6 años para los varones, también la más alta de España junto con las de Castilla-La Mancha y Castilla-León, y las proyecciones para el año 2005 la sitúan en 76,1 años. En las mujeres, la esperanza de vida en 1995 era de 81,54 y en el 2005 se espera que llegue a 82,88.

Según la última actualización del Padrón Municipal de habitantes de Zaragoza, que tuvo lugar en 1999, el número de habitantes en la ciudad es de 608.180, de los cuales 108.634 son mayores de 65 años, lo que equivale a un 18%. De todos los mayores de 65 años el 60% son mujeres y el 40% hombres. La población mayor de 80 años en nuestra ciudad es de 24.746 personas, un 4% del total de la población, de las que casi un 70% son mujeres, es decir, la dependencia es predominantemente femenina.

Sobre los factores que contribuyen a esta mayor longevidad de la mujer se han estudiado varios sin que hasta el momento exista unanimidad, atribuyéndose a condiciones fisiológicas y culturales. Actualmente la balanza se inclina hacia estos últimos, ya que en etnias distintas de la nuestra, la longevidad es mayor en los hombres. Parece que las mujeres en nuestra sociedad mantienen estilos de vida más saludables, y se protegen mejor de los factores que puedan perjudicar su salud(5).

1.2. ASPECTOS SOCIOLÓGICOS

La adaptación al proceso de envejecimiento es muy variable. Las normas y las expectativas basadas en la edad varían substancialmente, no sólo en función de diferencias individuales, sino también debido a los cambios históricos que afectan al mercado de trabajo, la familia o las políticas sociales (6). El envejecimiento como proceso sociológico afecta a todos los componentes del ser humano, a su biología, su psicología y su rol social.

Un aspecto relevante en la vida de las personas mayores al considerar posibles programas de atención, en relación con los costes o su financiación, es su situación económica. Según las últimas encuestas realizadas, el poder adquisitivo de este grupo puede no ser bajo a pesar de tener menores rentas, porque en la mayoría de los casos ya no tienen cargas fijas, como préstamos hipotecarios, enseñanza, mantenimiento de hijos, etc... De esta forma aumentan los ingresos relativos por persona (7).

En España el 90% de las personas mayores de 65 años percibe una pensión (8). Los jubilados tienen tasas de ahorro positiva y son grandes sustentadores de derechos de propiedad sobre los activos reales y financieros del país (9). La mayoría de ellos posee la vivienda en propiedad, si bien con frecuencia no está acondicionada a sus necesidades actuales: sin calefacción, demasiado grande, o precisa rehabilitación.

En conjunto las personas jubiladas perciben principalmente las siguientes fuentes de ingresos (6):

- Pensiones de la administración.
- Pensiones complementarias.
- Rendimiento del ahorro acumulado a lo largo de su vida, como activos financieros y/o valores inmobiliarios.

Como situación económica preocupante se ha de considerar a las viudas que no trabajaron fuera del hogar y que perciben una pensión de viudedad, ya que ésta es muy baja. Una quinta parte de las personas mayores depende económicamente de forma total o parcial de un familiar.

Respecto a la convivencia, también se ha observado un cambio estructural acerca de la forma de vivir de los mayores, unas veces por deseo propio y otras por las circunstancias de su entorno. Así en la encuesta realizada por la Fundación la Caixa en 1994 (10), se observa que las personas mayores, «mientras puedan valerse por sí mismas», aspiran a vivir en su propia casa, separadas de otros miembros de la familia, con lo que parece una consecuencia de la mayor autonomía económica y cultural de que disfrutan y ha contribuido a un nuevo tipo de relaciones basadas en la individualización del lugar y forma de vivir.

En conjunto, y a pesar de que se puedan dar situaciones de soledad, parece que la mayoría de las personas mayores «mientras pueden valerse por sí mismas», se encuentra satisfecha con el lugar donde vive y el trato social que recibe (8). La mayor parte de las personas mayores que viven solas son mujeres viudas.

Sin embargo, las cosas cambian cuando existen problemas de pérdida de la capacidad física o psíquica, y no pueden continuar viviendo de manera independiente. En ese caso buscan ayuda en la familia o en residencias, públicas o privadas. Cada vez se admite más que las residencias son para convivir ancianos muy mayores y con dependencia funcional. En ningún

país de Europa el porcentaje de ancianos que vive en residencias supera el 10% del total

II. EL PROCESO DE ENFERMAR EN LOS MAYORES

El envejecimiento es heterogéneo, distinto en cada persona, no todo el mundo envejece igual ni en las mismas condiciones de salud, pero se puede decir que actualmente la mayoría de la población hasta los 80 años goza, en general, de una importante autonomía, y es a partir de esta edad, cuando comienza a aumentar de manera significativa la probabilidad de padecer una enfermedad crónica con cierta discapacidad, siendo más patente a partir de los 90 años, ya que el organismo presenta una menor resistencia. Se puede decir que una persona de 80-85 años es como una de 60-65 de hace 30. Las enfermedades crónicas a partir de los 80 años son muy frecuentes y suelen dejar limitación residual. Lo habitual es que coexista pluripatología o comorbilidad.

En la recuperación y vivencia de las enfermedades crónicas, además del grado de afectación, influyen una serie de factores como la soledad, falta de un rol social reconocido, ausencia de actividad, exceso de tiempo desocupado... Existe una relación directa entre tiempo disponible y sensación de limitación. La ocupación debe ser de acuerdo con sus preferencias personales. A este respecto es un hecho que en las residencias se encuentran mucho mejor los ancianos que realizan algún tipo de actividad que los que no lo hacen.

A pesar de que las obligaciones implican carga y esfuerzo físico, se ha demostrado que la ocupación del tiempo en actividades instrumentales, resulta esencial para la conservación de la salud (11). La terapia de las enfermedades crónicas en los mayores debe incluir la ocupación y el desarrollo de aficiones o actividades nuevas adaptadas a la edad. Actualmente las posibilidades son numerosas.

La forma de presentación de las enfermedades en los ancianos suelen ser distintas al adulto. Las principales características son las siguientes (12):

- Síntomas atípicos y poco específicos.
- La pérdida de una función física, cognitiva o social puede ser la primera manifestación de una enfermedad.
- Claudicación del órgano más frágil.
- Hay que buscar el equilibrio entre el tratamiento subóptimo y el encarnizamiento terapéutico.
- No existe el principio de causalidad, relación entre órgano enfermo y clínica.

Las enfermedades más frecuentes en las personas mayores son, en primer lugar, las que se manifiestan principalmente en la ancianidad como osteoporosis, artrosis, carcinoma de próstata, artritis y poliagía reumática.

En segundo lugar, se presentan enfermedades que también pueden aparecer en la madurez como diabetes, enfermedad de Parkinson, demencia vascular, enfermedad de Alzheimer, neoplasias, bronquitis crónica, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca e hipertensión.

Y finalmente cuadros agudos como septicemia, neumonía, cirrosis, nefritis, accidentes vasculares cerebrales e infarto de miocardio. Es muy frecuente que coexistan dos o más procesos en una misma persona, lo que se ha llamado pluripatología, y más recientemente comorbilidad.

El tratamiento en las enfermedades crónicas se debe centrar en la prevención y maximización de la capacidad funcional del paciente.

Un problema frecuente a considerar es la presentación atípica de algunas enfermedades en los ancianos: infección sin fiebre, infarto de miocardio sin dolor precordial o muy leve, neumonía sin antecedentes de tos, etc., asimismo la superposición de dos procesos en el mismo sujeto complica el diagnóstico y puede llevar a la enfermedad más grave, con varios tratamientos y con posibles interacciones medicamentosas.

Lo más importante al tratar a personas mayores es reconocer sus peculiaridades, la cronicidad de las situaciones y su calidad de vida, teniendo como finalidad en el tratamiento, no sólo el del proceso que lo origina sino sus efectos secundarios, potenciando su autonomía personal. Recuperar el movimiento de las articulaciones en un determinado momento puede impedir la anquilosis definitiva.

La dependencia se estudia desde dos aspectos, la capacidad funcional para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y para las Actividades Instrumentales (AIVD).

El estudio del Instituto Nacional de Servicios Sociales sobre población mayor (13) mostró que el 7% de la población mayor presentaba dependencia severa y el 20% moderada. Entre las personas mayores de 80 años el 60% presentan dependencia.

El estado de salud en la vejez depende en gran parte de los cuidados y medidas de prevención que se hayan observado en edades anteriores. Se deben evitar hábitos nocivos como consumo excesivo de alcohol y tabaco, número elevado de horas de trabajo, o exposición a tensiones excesivas. Además, cuidar la nutrición y practicar ejercicio físico.

Alcanzar una masa ósea óptima en la edad adulta permitirá retrasar la osteoporosis senil. Un mayor desarrollo intelectual contribuirá probablemente a retrasar las manifestaciones clínicas del deterioro cognitivo y la demencia.

El envejecimiento, además de ser un proceso biológico, responde a la influencia del medio. La combinación de factores de comportamiento (alimentación, deporte, cuidado médico) influenciado por el estado socio-económico (educación, tipo de trabajo, ingresos) y el progreso social (prevención de enfermedades, acceso a la ayuda adecuada, información) afectan a la longevidad de la población (6) y a su adaptación al envejecimiento. Con mucha frecuencia una vejez saludable se relaciona con un estilo de vida saludable en el pasado.

No obstante, en la sociedad actual no es fácil aceptar y adaptarse al proceso del envejecimiento, con los cambios físicos, fisiológico y biológicos que conlleva, aún suponiendo una calidad de vida y una salud aceptable, y resulta más complejo en caso de precisar ayuda. Quizá también se debería analizar, desde la Sociología, cómo favorecer en edades jóvenes y adultas una vivencia más positiva de la vejez, o al menos cómo adaptarnos mejor al proceso de envejecimiento y dependencia.

III. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. SERVICIOS Y RECURSOS

Durante estos últimos años están creciendo y desarrollándose desde los servicios sociales, recursos de atención para mayores con dificultades en el hogar, como son el servicio de ayuda a domicilio para la realización de aquellas tareas domésticas que ya no puede realizar el anciano, y de acompañamiento. También se ha extendido de forma prácticamente universal, y con gran aceptación, el servicio de telealarma, mediante el cual el anciano sólo puede fácilmente avisar si se presentan dificultades. Estos dos recursos de atención posibilitan que los mayores permanezcan en su entorno, con sus personas próximas, durante más tiempo.

Se han creado servicios nuevos de atención como los Centros de Día, lugares de convivencia dirigidos a personas mayores dependientes en el que permanecen en horario diurno atendidas por personal especializado (médico, enfermeras, auxiliares, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta). Estos centros se están creando en residencias y lugares de convivencia para mayores y se han observado muy beneficiosos para atender a un sector de población.

Otro hecho que ya ha comenzado a dar resultados es la transformación lenta pero progresiva de las residencias públicas, pasando de dirigirse a personas mayores con autonomía, a dirigirse a personas mayores con dependencia, es decir, convertirse en residencias asistidas. También en el sector privado esta reconversión se está produciendo, con aumento del número de residencias y plazas principalmente para mayores dependientes.

En este proceso de adaptación de los servicios sociales a los cambios en las necesidades de los mayores, han sido determinantes las propuestas y

recomendaciones del Instituto Nacional de Servicios Sociales a través del Plan Gerontológico, realizado para el periodo 1992-2000, que ha marcado una pauta de comportamiento social y ha sido la directriz de muchas de las políticas de las Comunidades Autónomas en este campo (14).

Desde el sector sanitario, conscientes del problema que viene representando la atención a mayores con procesos crónicos invalidantes y puesto que la cobertura de atención sanitaria es universal en nuestro país, se han venido creando, si bien de forma insuficiente, hospitales geriátricos, unidades de Geriátria en hospitales generales, y hospitales de larga estancia. Con ello se han resuelto algunos problemas pero no es la solución global a la dependencia.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dice que la protección de la salud se extenderá a toda la población española, los avances han sido muchos pero la enfermedad crónica con los procedimientos de rehabilitación adecuados, la enfermedad mental o los procesos terminales no están todavía suficientemente atendidos y afectan de forma muy importante a este colectivo.

Continúa habiendo una falta de adaptación de la oferta asistencial a las características de las necesidades actuales y su evolución predecible. También continúa siendo notoria la escasez de servicios de cuidados prolongados para mayores no institucionalizados (15).

Otro problema es que en ancianos que viven solos y carecen de familia, a medida que su estado es más dependiente se hace más difícil, cuando no imposible, la vuelta a su vivienda habitual después de un ingreso hospitalario, con lo que el alta se retrasa hasta encontrarle un lugar adecuado para vivir.

III.1. COORDINACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

La atención a la dependencia, como viene demostrando la experiencia, requiere la coordinación de todas estas iniciativas que desde ambos sectores, sanitario y social, se vienen poniendo en marcha, y además integrarse con un sistema de información, valoración y transferencia común.

En este sentido es en el que se está empezando a trabajar con vistas a los próximos años, lo que se ha denominado el espacio sociosanitario, lleno de dificultades, pero se reconoce como la mejor alternativa para dar respuesta al problema de la dependencia.

El desarrollo del espacio sociosanitario, en gran parte debe realizarse a partir de la reorientación de recursos ya existentes, requiere la generación de nuevos mecanismos políticos, administrativos, de planificación, acreditación y financiación compartidos por el sector sanitario y social.

Tanto el sector sanitario como el social están haciendo grandes esfuerzos para establecer ese nexo de unión. Existen dos tipos de problemas,

por un lado, servicios sanitarios y sociales los gestionan administraciones distintas, central, autonómica y local. Por otro, entra en debate la cuestión económica, el pago o cofinanciación de los distintos servicios, la asistencia sanitaria es gratuita y universal mientras que la atención social no lo es en su totalidad, en las residencias se abona un porcentaje entre el 70 y el 90% de la pensión, y además se accede priorizando los casos más necesitados socioeconómicamente, lo mismo sucede con otras prestaciones sociales.

Los planes y normativas basados en la coordinación de servicios socio-sanitarios han surgido principalmente desde las Comunidades Autónomas. La primera referencia lo constituyó el programa «Vida a los años» de atención sociosanitaria a los mayores con procesos crónicos, según una Orden de 29 de mayo de 1986 que promulgó el Departamento de Sanidad de la Generalidad de Cataluña. La siguiente referencia tuvo lugar nueve años después, el programa PALET de la Comunidad Valenciana, programa especial de atención a pacientes ancianos con enfermedades de larga duración y en estado terminal. En estos años son varias las Comunidades en que se están realizando planes y elaborando normativas como Madrid, Galicia, Castilla-León, Andalucía y Castilla-La Mancha, con mayor o menor grado de implantación y desarrollo.

En nuestra Comunidad Autónoma se ha elaborado recientemente el plan de «Atención a la dependencia en Aragón: plan estratégico 2001-2006», cuyo objetivo es «asumir los estados de dependencia en su globalidad: prevención, prestación de cuidados, apoyo a los cuidadores y coordinación del espacio sociosanitario». Los principios son los de universalidad, por el que se garantiza el acceso a todas las personas dependientes, equidad, accesibilidad, eficacia, eficiencia, calidad, sostenibilidad, y coordinación mediante los equipos de valoración (16).

Los factores que son claves para conseguir una integración de la atención sanitaria y social según Kodner (17) son los siguientes:

- Planificación y gestión centralizada.
- *Continuum* de servicios/proveedores organizado.
- Gestión de casos a través del tiempo, lugar y disciplinas.
- Sistemas de información homogéneos.
- Gestión de utilidad/calidad.
- *Pool* de financiación/financiación capitativa.

La atención a la dependencia incluye Unidades de Valoración, desde donde se analicen las demandas y necesidades individualizadas y se dé la respuesta adecuada. Los recursos serán de diferente tipología, dependencia y financiación. Su caracterización y puesta en marcha constituye uno de los retos de mayor calado y complejidad técnica con los que nos enfrentamos (18).

Se deben desarrollar sistemas nuevos y específicos de información y gestión, no limitarse a los tradicionales, este hecho sería, como ha ocurrido en los lugares donde cuentan con más experiencia en coordinación de

servicios, uno de los pasos clave para identificar y valorar el complejo espacio sociosanitario.

La implantación de aspectos específicos de valoración asistencial debe contribuir significativamente con otras iniciativas, como formación, investigación y gestión de la calidad, a la profesionalización y motivación en un sector aún inmaduro (18).

Otro aspecto que no debemos olvidar es la calidad, realizar controles sistemáticos y normalizados de calidad, con encuestas de satisfacción al usuario.

A pesar de la complejidad se tiene que avanzar, y de forma coordinada para una mayor eficiencia, ya que la demanda crece con más rapidez que los recursos disponibles, aún no se han cumplido los objetivos del Plan Gerontológico y nos encontramos lejos de las ratios de oferta de países de nuestro entorno. Se estima que más de un 10% de los ancianos ingresados residen en centros sin acreditación.

No obstante, existe una tendencia imparable a considerar la atención al anciano desde una perspectiva integral, coordinada, global y común entre los servicios sociales y sanitarios (19) y el sector de producción de servicios sociosanitarios para la tercera edad empieza a consolidarse en España como un significativo sector económico y de generación de empleo (20).

IV. RESIDENCIAS ASISTIDAS

IV.1. EVOLUCIÓN DE LAS RESIDENCIAS

Los orígenes de las residencias se remontan a finales del siglo XIX con los llamados asilos, que poco tienen que ver con las residencias actuales, excepto que eran centros en los que convivían personas mayores. Posteriormente, en los años cincuenta surgieron las primeras residencias como tales, dirigidas a personas mayores con autonomía funcional, por ello con una estructura y funcionamiento semejante a los servicios de un centro de hostelería. Estos centros, con pequeñas diferencias, pertenecían al sector público, el antiguo Instituto Nacional de Servicios Sociales, o a instituciones religiosas. En algunas de estas últimas se atendía también a personas mayores discapacitadas, con retraso mental, antiguos transeúntes, y en general personas sin apoyo familiar y sin recursos económicos, con una función de amparo o acogimiento.

Durante estos diez últimos años, en algunas Comunidades Autónomas antes que en otras, se va dando paso a un cambio en la concepción de las residencias acorde con las transformaciones sociales que se van produciendo, y este cambio lento pero constante es el dirigirla hacia mayores con dependencia, exclusivamente a este grupo. Ello ocurre igual en ambos

sectores, el público y el privado, si bien este último incluye algunas plazas también para mayores con autonomía funcional.

Ello ocasiona la necesidad de modificaciones estructurales, en los edificios y en las plantillas, así como en el sistema de trabajo. Atender a personas dependientes precisa una plantilla más cualificada y más numerosa que si se atiende a personas con autonomía. La consecuencia es el aumento de los costes y por lo tanto el encarecimiento de las plazas.

La residencia actual, en el sentido que se expresa se puede definir en palabras de Pilar Rodríguez, como «un centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia» (21). Como se puede observar equipara el concepto de residencia al de residencia asistida, dirigida a personas con una dependencia funcional o cognitiva tal que les imposibilita seguir viviendo en su medio habitual con niveles mínimos de bienestar

En este contexto el objetivo general de las residencias es el mantenimiento de la autonomía y el bienestar de las personas que viven allí. Actualmente el perfil de la persona mayor que vive en residencia responde al de una persona de edad avanzada, (edad media 85 años), predominantemente mujer (70%), solteras/os (53%), o viudas/os (36%), y sin hijos o con pocos hijos (22).

Además, así como muchas de las antiguas residencias de los años 80 se construyeron en los límites de las ciudades, actualmente se tiende a edificar en la propia ciudad, en lugares habitados, facilitando la relación familiar y la integración con el entorno inmediato en el que está ubicada y favoreciendo la autorrealización de las personas que residen en ella.

Progresivamente se tiende a que las residencias se conviertan en centros polivalentes o multiservicios dirigidos no sólo a las personas mayores que vivan en él, sino también a otras personas mayores que viven en su entorno, es decir, centros integrales para personas mayores dependientes, con centro de día, comedor, estancias temporales y otros servicios.

El número de plazas residenciales en España pasó de 106.485 en 1988 a 163.338 en 1994 (23) y a 200.684 en 1998 (24). Durante los diez últimos años se han creado 82.000 nuevas plazas residenciales, pero continúan siendo claramente insuficientes, y presentan desequilibrios territoriales. Castilla-La Mancha y Castilla-León son las comunidades autónomas que tienen la ratio de plazas por número de mayores más alta y Galicia la más baja.

En cuanto a la distribución por titularidad, sólo el 30% de las plazas pertenecen al sector público y el 70% son privadas. La proporción público/privado es desigual según sea la Comunidad Autónoma. En Baleares, Cantabria y Cataluña son públicas más del 50%.

Las previsiones futuras de plazas residenciales son optimistas, si bien el plan gerontológico de 1993 planteaba para el año 2000 una ratio de cober-

tura de 3,5 plazas residenciales del que no se alcanzó ni el 3%. Para llegar en el 2006 a una cobertura del 4,5% se deberían poner en marcha 123.635 nuevas plazas, de ellas 1.385 corresponderían a Aragón.

IV.2. ATENCIÓN MÉDICA Y SANITARIA

Las residencias asistidas se dirigen a atender a personas mayores que por su situación de discapacidad física o psíquica no pueden permanecer en sus domicilios. Siempre debe estar presente que son lugares para vivir, es su nueva casa, su hogar.

El objetivo es la promoción de la autonomía, mediante la prevención de la cronicidad y la dependencia. El trabajo se aborda a través de un «equipo interdisciplinar» de atención al residente.

El punto de partida en la atención sanitaria es que los mayores que viven en residencias asistidas presentan múltiples enfermedades, que se manifiestan con mucha frecuencia de forma solapada y subaguda, el grado de incapacidad no se corresponde con las enfermedades padecidas, se tiende a una mayor cronicidad e invalidez, son frecuentes los déficits sensoriales y perceptivos, así como los trastornos afectivos y cognitivos, y requieren en general una mayor atención social (25).

Esta realidad va condicionando la necesidad de transformar la residencia clásica en un centro, capaz de proporcionar asistencia integral a múltiples patologías (26). Como manifiesta la Sociedad Británica de Geriátrica (27), recogido en la tabla II, los principios para una buena calidad asistencial en residencias son retrasar la progresión de las enfermedades crónicas, favorecer la autonomía del paciente, optimizar el uso de fármacos, prevenir caídas y accidentes, mejorar el entorno, y establecer las funciones y responsabilidades de los miembros del equipo asistencial en la atención al residente.

La atención sanitaria en residencias actúa con tres enfoques: preventivo, integral y continuada. En el ámbito preventivo comprende *scrinning* de patologías prevalentes, prevención de complicaciones, profilaxis y vacunas, dietas y menús, y educación sanitaria. En el enfoque integral comprende atención clínica, médica y de enfermería, atención funcional, específica y de mantenimiento, psicológica y social. En residencias de más de cincuenta camas se deben dispensar en la propia residencia y con personal propio. La atención continuada se protocoliza desde su ingreso.

La atención médica y en general la atención sanitaria en los mayores se sustenta sobre dos aspectos básicos: la valoración geriátrica y los síndromes geriátricos.

IV.2.1. *La valoración geriátrica*

La valoración geriátrica es el instrumento básico de trabajo para el médico de una residencia. Se trata de un proceso diagnóstico multidimensional e

interdisciplinario que cuantifica las capacidades y los problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano, con la intención de elaborar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo (28). Se debe hacer actualización periódica y siempre que haya un cambio importante.

La valoración geriátrica se compone de una valoración médica, de una valoración funcional y de una valoración mental, ambas mediante la utilización de distintos test o índices normalizados, establecidos para medir la situación funcional y mental. Además incluye una valoración social. En la tabla IV se exponen pormenorizadamente los distintos componentes de la misma, y en la tabla V los índices utilizados con mayor frecuencia.

En función de los resultados se establece una relación de los problemas de salud más importantes y un plan de atención sanitaria y de cuidados.

IV.2.2. *Síndromes geriátricos*

El otro aspecto en el que se sustenta la atención médica a los mayores es analizar el proceso de enfermar a través de lo que se denominan síndromes geriátricos.

Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas y constituyen la forma más frecuente de presentarse las enfermedades en los mayores. Exige una cuidadosa valoración. Se analiza la consecuencia o consecuencias del proceso sobre el mayor, ya que en estas edades la enfermedad se manifiesta principalmente con afectación multiorgánica y muchas veces con síntomas atípicos.

Los síndromes que se deben analizar son:

- Deterioro cognitivo.
- Trastornos afectivos.
- Deprivación sensorial.
- Inmovilismo.
- Caídas.
- Úlceras por presión.
- Incontinencia urinaria.

La demencia afecta a una cuarta parte de los mayores de 80 años y algo más de un tercio de los que viven en residencias asistidas (tabla VII).

El trastorno afectivo más frecuente son los síntomas depresivos, que afectan aproximadamente al 15% de los mayores, en residencias el número oscila alrededor de un 7% (tabla VIII).

La deprivación sensorial limita la calidad de vida. Mediante intervenciones de cataratas, a veces con más de 90 años, y el uso de ayudas, como audífonos, se ha conseguido paliar, retrasar sus manifestaciones. En residencias aproximadamente la mitad de los mayores padece pérdida de agudeza visual y una tercera parte hipoacusia (tabla IX).

Por inmovilismo se entiende la disminución de la capacidad en desempeñar las actividades de la vida diaria con deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por: reducción de la tolerancia a la actividad física, progresiva debilidad muscular, y pérdida de automatismos y reflejos posturales que imposibilitan la deambulación.

Se presenta de forma aguda o progresiva. Una quinta parte de las personas mayores de 75 años que viven en su domicilio no pueden salir de él sin ayuda (tabla X).

Las caídas de repetición son muy frecuentes en los mayores. El riesgo de caer aumenta con la edad, el deterioro cognitivo y el elevado consumo de fármacos. En residencias, un 21% de las personas que viven allí sufren una caída al año, y una tercera parte de éstas caen tres veces o más. El 14% de las caídas acuden a urgencias y un 3% tiene como consecuencia una fractura. Se deben prevenir pero potenciando medidas que no favorezcan el inmovilismo.

Las úlceras por presión son una de las consecuencias más graves del inmovilismo. Por sí solas aumentan el riesgo de muerte en dos a cinco veces. La localización más frecuente es en sacro (tabla XI).

La incontinencia urinaria, pérdida involuntaria de orina demostrable, acompaña muchas veces al proceso de enfermedad de los mayores en patologías independientes al tracto urinario. En residencias afecta aproximadamente a un 40% (tabla XII).

IV.3. LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Después de la mortalidad, la consecuencia más grave es la incapacidad funcional, reflejo del impacto físico originado por la enfermedad sobre el individuo (29). La falta de autonomía puede ser total o parcial, con multitud de grados intermedios, y para unas u otras actividades.

Se trata de un concepto basado en las consecuencias de la enfermedad. Las enfermedades más frecuentes relacionadas con la incapacidad son artrosis, demencias, y accidentes cerebrovasculares.

La capacidad funcional se mide en función de la habilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), básicas o instrumentales.

En mayores de 65 años presentan limitaciones máximas para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) el 6%, moderadas el 10% y ligeras el 35%. En residencias el problema es mayor, aproximadamente el 50% presenta problemas de movilidad (29).

En relación con las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), el 15% de los mayores de 65 años que viven en domicilio precisa ayuda para estas actividades. En mayores de 80 años el 35% presenta dificultades con una tasa mínima, del 20% para el uso del teléfono y una máxima del 44% para hacer gestiones y papeleos.

Conocer la capacidad funcional y disponer los recursos necesarios en función de ésta es clave en las residencias, de ello dependerá el bienestar de nuestros mayores. Deben existir programas específicos para favorecer y potenciar la autonomía personal, pero sobre todo debe haber un compromiso de todo el equipo asistencial, que aporte seguridad sin sobreprotección, y que valore cada logro como parte de la dignidad del individuo. Existen a este respecto tres servicios claves, atención de enfermería, terapia ocupacional y fisioterapia. El personal auxiliar se incluye en estos servicios.

La atención de enfermería tiene como objetivo el ofrecer cuidados de la máxima calidad tendentes a conseguir el mayor grado de autosuficiencia y bienestar (30). Establecerá asimismo los cuidados y ayudas individualizados que el auxiliar debe proporcionar. Es un referente para el residente al estar presente las 24 horas del día.

El programa de atención se basará en: organización del trabajo del auxiliar, organización y preparación de medicación, inyectables y curas, seguimiento de procesos crónicos, control de dietas y menús, formación de auxiliares, educación sanitaria, elaboración y seguimiento de programas especiales de atención: incontinencia urinaria, úlceras por presión, caídas, y cuidados paliativos entre otros.

La terapia ocupacional se define como «el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y ocio con el fin de incrementar la independencia funcional, mejorar el desarrollo y prevenir la incapacidad. Incluye la adaptación de las tareas o del entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida» (AOTA, 1986).

La atención en terapia ocupacional debe estar, como se ha mencionado anteriormente, integrada en el equipo. Es básica su colaboración y asesoramiento en la planificación de los cuidados, con programas de activación, modificación del entorno, y diseño y compra de equipos.

Los programas directos serán principalmente para:

- Prevención de incapacidad.
- Mantenimiento de la capacidad funcional.
- Rehabilitación de procesos incapacitantes.
- Retrasar la incapacidad en procesos crónicos.
- Aprendizaje y recuperación de hábitos.
- Potenciar la convivencia y las relaciones.
- Formación del personal auxiliar.
- Establecimiento de las ayudas técnicas necesarias.

La fisioterapia en la residencia trabaja también desde la vertiente de prevención con programas de ejercicio físico adaptados, y desde la vertiente de la recuperación-rehabilitación de procesos específicos. La actividad física practicada de forma regular:

- Aumenta la fuerza muscular y la flexibilidad.
- Disminuye la mortalidad de origen cardiovascular.
- Disminuye la pérdida de masa ósea.
- Mejora el perfil lipídico y el metabolismo de los carbohidratos.
- Disminuye el porcentaje de grasa corporal y del peso.
- Disminuye la ansiedad, el insomnio y la depresión.
- Mejora la sensación de bienestar y la percepción de la propia imagen.
- Mejora la expectativa de vida en uno o dos años.
- Disminuye la dependencia física, y por lo tanto, la necesidad de ayuda.

IV.4. LOS PROFESIONALES Y EL TRABAJO EN EQUIPO

Las profesionales de residencias deben estar dimensionadas en relación con su volumen y el grado o tipo de discapacidad de los residentes que atiende. En el sector público son o serán en un futuro próximo todas para personas dependientes y en el privado, aunque es un sector más fluctuante y polivalente en función de la demanda, las previsiones son de un mayor crecimiento hacia residencias asistidas o mixtas.

En el último estudio de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (31) se analizaron las plantillas de residencias de más de cincuenta plazas, y los resultados fueron, como muestra la tabla III, en el 100% de ellas había médico propio, en un 30% a media jornada y en un 70% a jornada completa. Enfermeras hay en el 96% de las residencias, la media de residentes por gerocultor (auxiliar de enfermería o auxiliar de geriatría) es de 7,3.

En cuanto a otras profesiones la que con mayor frecuencia encontramos es la de trabajador social, seguida de la de terapeuta ocupacional y fisioterapeuta. El mayor número de personas con discapacidad psíquica crónica, como deterioro cognitivo, síndromes afectivos, retraso mental, etc., ha hecho que la figura del psicólogo formando parte de la plantilla sea una realidad cada vez más demandada. En el estudio contaban con este profesional en el 30% de las residencias.

Otro profesional que también se está integrando en las residencias es el técnico de animación sociocultural, desde donde se potencia la importancia de lo lúdico, la creatividad, el aprendizaje que no tiene que acabar en la residencia, viajes, excursiones, talleres, etc., si no hay un profesional preparado en dichas técnicas y que ejerza esa responsabilidad difícilmente se llega a realizar, y es clave que las residencias no se conviertan ni en centros sanitarios ni en hoteles impersonales, sino en centros para vivir.

Además de estos trabajadores, las residencias disponen de servicio de cocina, propio o concertado, cuya relación con el equipo sanitario debe

ser muy fluida, servicio de lavandería, propio o concertado, limpieza, mantenimiento y administración.

Existe acuerdo unánime en que el funcionamiento de los profesionales en una residencia ha de ser en equipo, con programas y protocolos compartidos. Se considera necesario en el tratamiento del paciente mayor, según la complejidad de sus facetas física, psicológica, afectiva, funcional y social, y a que no existe ninguna disciplina con la suficiente capacidad ni habilidad para abordar todas las dimensiones que se puedan requerir en su atención. El equipo geriátrico es una forma especial de interdependencia entre los responsables de la atención sociosanitaria, que ofrece puntos de vista diferentes pero complementarios en la atención de los pacientes, de cara a buscar la solución para sus problemas de salud (32).

El trabajo en equipo se estructura con reuniones periódicas donde se produce, de acuerdo con los objetivos y directrices, un intercambio de información sobre el funcionamiento del centro, seguimiento de programas, establecimiento de protocolos, ingresos, traslados de residentes a zonas de agudos u otras zonas, evolución de los pacientes, casos complejos, posibles mejoras del servicio, etc. Es importante asimismo establecer sesiones de docencia conjuntas: cuidados paliativos, psicogeriatría...

IV.5. ASPECTOS LEGALES

En las residencias se produce con frecuencia una situación que precisa de la intervención de la Justicia, se trata de personas solas, sin hijos ni otros familiares, y con discapacidad psíquica, o demencia, bien al ingreso o bien durante su estancia. Este hecho va en aumento, y requiere la solicitud de incapacitación y tutorización siendo este trámite excesivamente largo y costoso. Además de promover su agilización se deberían considerar algunas modificaciones.

Recientemente la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SGG) en el informe sobre la atención sociosanitaria a las personas mayores en España, elaborado a instancias del Defensor del Pueblo, propone la revisión de varios artículos del Código Civil que tienen una especial significación en la salvaguarda de los derechos de los mayores, de ellos se exponen los siguientes (14):

- *El artículo 211 del Código Civil, que habla del internamiento de personas con trastornos psíquicos, y dice: «El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas».*

Esta redacción sugiere interpretaciones distintas, y así lo demuestra la existencia de interpretaciones constatadas de juzgados, que indican la no aplicabilidad de este texto legislativo al internamiento de las personas mayores en centros residenciales. E incluso interpretaciones contradictorias dentro de la misma circunscripción judicial. Dice la SGG que se debería insistir en una nueva revisión del texto que tenga en mente los problemas del mayor.

Otro aspecto que manifiesta es que se debería de clarificar en el artículo mencionado qué se entiende por urgente en internamientos involuntarios, concretando los supuesto de urgencia.

- *Los artículos 202 y 203 del Código Civil relativos a quién debe promover la declaración de incapacidad.*

Dice el artículo 202 que corresponde promover la declaración al cónyuge o descendientes y, en defecto de éstos, a los ascendientes o hermanos del presunto incapaz. Continúa después del artículo 203 diciendo que el Ministerio Fiscal deberá promover la declaración si las personas mencionadas en el artículo anterior no existen o no lo hubieren solicitado. A este fin las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

Según la SGG debería esta obligación ser exigida también a todos los funcionarios públicos y a aquellos que prestan sus servicios en el sistema privado y como consecuencia de sus cargos o puestos de trabajo detectan un caso de presunta incapacitación.

- *El artículo 234 del Código Civil donde se expone la figura del tutor.*

Considerando el incremento de personas muy mayores que habrá en un futuro próximo y con ello, como se ha mencionado a lo largo de esta exposición, la alta probabilidad de dependencia por deterioro cognitivo, continúa sugiriendo la SGG que sería fundamental que el artículo 234 del Código Civil previera como posible tutor de la persona mayor incapacitada a aquél a quien hubiera designado el incapaz, mediante documento notarial, cuando se encontrara en pleno uso de sus facultades. Asimismo aconseja la Sociedad que se debería crear un Registro de «Previsión de Tutelas» que permita al juez conocer si la persona en proceso de incapacitación hizo designación de tutor.

Para finalizar sólo cabe mencionar que la nueva realidad que se ha empezado a producir en nuestra sociedad por el hecho demográfico, social y sanitario que representa el aumento de personas muy mayores con necesidades distintas y demandas crecientes, no es ajena al ámbito del Derecho, y se debería promover un aproximación de los legisladores hacia esta reciente situación.

Tabla I. Cobertura actual de las residencias.

Nº de centros	3681
Nº de plazas	200.684
Ratio España	2,98 (por 100 personas>65)
Ratio OCDE	5,1 (por 100 personas>65 años)

Tabla II. Principios para una buena calidad asistencial en residencias.
British Geriatric Society. 1992. (27).

<ul style="list-style-type: none">• Preservar la autonomía• Promover la continencia urinaria• Promover la continencia fecal• Optimizar el uso de fármacos• Actuar ante las caídas y los accidentes• Prevenir las úlceras por presión• Optimizar el ambiente, el equipamiento y las ayudas• Papel del médico
--

Tabla III. Plantilla en residencias > 50 Plazas. Estudio Geriatria XXI (31).

MÉDICOS	
1 Médico	100%
Jornada completa	70%
2 o más médicos	46%
ENFERMERAS	
Ninguna	4%
1-10 Enfermeras	70%
nº de residentes/enfermera	18,4

Tabla III. (continuación)

GEROCULTORES (AUXILIARES)	
Nº de residentes/gerocultor (auxiliar)	7,3
OTROS PROFESIONALES	
Psicólogo	30%
Terapeuta Ocupacional	67%
Fisioterapeuta	63%
Trabajador social	82%

Tabla IV. Valoración geriátrica.

1. VALORACIÓN MÉDICA
Antecedentes familiares Antecedentes personales Medicación pasada y futura Alergias e inmunizaciones Hábitos tóxicos Grandes síndromes geriátricos Anamnesis por aparatos Órganos de los sentidos Exploración física
2. VALORACIÓN FUNCIONAL
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
3. VALORACIÓN MENTAL
Estado cognitivo: memoria, orientación... Estado afectivo: depresión, ansiedad...

Tabla IV. (continuación)

4. VALORACIÓN SOCIAL
Relaciones familiares Relaciones sociales: Vecinos... Independencia, autonomía...
5. EXÁMENES DE LABORATORIO, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Bioquímica básica, sistemático de orina, ECG...
6. RELACIÓN DE PROBLEMAS
Médicos, de enfermería, funcionales, y sociales
7. PLAN DE CUIDADOS
Priorizando tratamiento y cuidados, cuádruple: clínico, funcional, mental y social. Distribución de funciones

Tabla VI. Índices más utilizados en valoración funcional y mental.

Valoración funcional	Índice de Katz Índice de Barthel Escala VF de Cruz Roja Índice de Lawton
Valoración mental	MMSE (adaptación de Lobo) SPMS de Pfeiffer GDS de B. y Yesavage Escala de IM de Cruz Roja

Tabla VII. Demencia. Prevalencia.

España	> 65 Años	10%
	> 80 años	25%
En residencias		37%
Fase leve		22%
Fase moderada		31%
Fase severa		47%
E. de Alzheimer		400.000

*Tabla VIII. Trastornos afectivos. Depresión.
Prevalencia según instrumento de medida.*

Por entrevista psiquiátrica	8-15%
Sintomatología depresiva	15%
Depresión mayor	1-5%
Residencias	7%
Residentes con tratamiento antidepresivo	11%
A través de escala GDS	13%

Tabla IX. Deprivación sensorial. Prevalencia en > 65 Años.

ESTUDIO INSERSE-CIS 1993-1998	
Pérdida visión	35%
parcial	
total	3,4%
Uso de gafas	72%
Sordera	21%
parcial	
total	2,4%
Uso de audífonos	5%

RESIDENCIAS. ESTUDIO IMSERSE-SEGG, 1999	
Agudeza visual	56%
Hipoacusia	36%

Tabla X. Inmovilismo. Prevalencia.

EN LA COMUNIDAD	
> 65 años, problemas para moverse sin ayuda	18%
> 75 años, dificultades para salir de casa	50%
> 75 años, limitados a su domicilio	20%
EN RESIDENCIAS (IMSERO-SEGG, 1998)	
Inmovilismo	29%
Encamados	1,7%
Vida cama-sillón	7,9%
Silla de ruedas	13,9%
Con ayudas técnicas (andador, muletas, bastón...)	25%

Tabla XI. Úlceras por presión (UP). Prevalencia en residencias.

RESIDENCIAS ASISTIDAS	
UP en pacientes crónicos inmovilizados	45%
Presentan UP al ingreso	11-33%
RESIDENCIAS EN GRAL. (ESTUDIO IMSERO-SEGG, 1998)	
UP	5,5%
Localización	
Sacro	56%
Talones	37%
Isquión	6,4%
Codos	3%

Tabla XII. Incontinencia urinaria. Prevalencia.

COMUNIDAD	
> 65 años	10-15%
RESIDENCIAS. (VARIOS ESTUDIOS)	
Total	39%
Sólo nocturna	21%
Diurna y nocturna	17%

BIBLIOGRAFÍA

1. GARCÍA SANZ. Demografía de la vejez. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Madrid: E.M. Panamericana; 20.
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Tablas de mortalidad y esperanza de vida. Madrid, 1990.
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Proyecciones de la población de España calculada a partir del Censo de Población de 1991. Madrid, 1995.
4. GOBIERNO DE ARAGÓN. La atención a la dependencia en Aragón. Plan estratégico 2001-2006. En prensa.
5. AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA. Observatorio municipal de estadística. Características de la población de Zaragoza. Boletín nº 1, Zaragoza, 2001.
6. BAZO T. Sociología de la vejez. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Madrid: E.M. Panamericana.
7. GRANDE I. Marketing estratégico para la tercera edad. ESIC. Pozuelo de Alarcón, 1993.
8. CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE LA REALIDAD SOCIAL. La realidad social en España 1995-1996. Madrid: CIRES, 1997.
9. GARCÍA DURÁN JA. Las actividades económicas de las personas mayores. Madrid: SECOT, 1995.
10. FUNDACIÓN LA CAIXA. Mayores y adolescentes. Estudio de una relación. Barcelona, 1994.
11. MORACAS R. Gerontología social, envejecimiento y calidad de vida. Herder, 1995: 58-59.
12. INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid, 1995.
13. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. La atención sociosanitaria a las personas mayores en España. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Defensor del pueblo. Madrid, 2000.
14. MARTÍNEZ JL, ARTELLS JJ. Desartollar servicios comunitarios para atender necesidades especiales. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Granada: EASP, 2000: 381-385.
15. GOBIERNO DE ARAGÓN. Plan para la «Atención a la dependencia en Aragón 2001-2006». Zaragoza, 2001.
16. KODNER DL. Integrating Health and Social Care at Home. A View the other Side of the Atlantic. Home Care in Europe. European Association of Care and Help at Home. Barcelona, noviembre 1996.
17. CARRILLO E, ILLA C. Lograr una vejez saludable. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Granada, 2000.

18. TRINIDAD D. La residencia como alternativa. Atención al anciano en el medio sanitario. Clínicas Geriátricas-Ed. Médicos, Madrid, 1998.
19. CACHON RODRÍGUEZ L. Los mayores como yacimiento de empleo. Documentación social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada 1998; 112: 223-34.
20. RODRÍGUEZ P. La residencia. Concepto, destinatarios, y objetivos generales. Residencias para personas mayores. SEGG. Madrid: SG editores, 1995.
21. ABELLÁN GARCÍA. Envejecer en España. Manual estadístico sobre el envejecimiento de la población. Fundación Caja Madrid. Madrid, 1996.
22. INSERSO. Guía directorio de centros para personas mayores, 1995. Madrid, 1996.
23. INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES. Datos Estadísticos. Situación Demográfica y oferta de Plazas Residenciales en 1998. Madrid, 1999.
24. LEVENTHAL EA y PROASKA TR. Age, symptom, interpretation and health behavior. J Am Geriatric Soc, 34: 185-189.
25. PÉREZ ALMEIDA E. La atención médica en las residencias. Residencias para personas mayores. Madrid: E.M. Panamericana, 1999: 251-266.
26. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIAN AND BRITISH GERIATRIC SOCIETY. High quality long-term care elderly people, London: Royal College of Physicians, 1992.
27. RUBENSTEIN LZ. Geriatric Assessment. Clin Geriatr Med, 3(1): 1-15.
28. LÁZARO DEL NOGAL M. Indicadores sanitarios. Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. E.M. Madrid: SGG, 2000: 85-125.
29. GARCÍA BELENGUER I. Atención de enfermería en residencias para personas mayores. Madrid. E.Panamericana, 1999: 283-301.
30. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: E.M.S.A., 2000.
31. VERDEJO C. El equipo interdisciplinar como metodología de trabajo. Atención al anciano en el medio sanitario. Clínicas geriátricas. Madrid: Ed. Médicos, 1998: 39.
32. AZNAR R, LÓPEZ M. Los servicios sociales públicos para mayores. Balance y Prospectiva. Documentación Social. Revista de Estudios y de Sociología Aplicada 1998; 112.
33. INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. Plan gerontológico. Madrid, 1993.

ANCIANO Y MARGINACIÓN SOCIAL

AURELIO LUNA MALDONADO*

Resumen: Los procesos de envejecimiento tienen no sólo una expresión biológica, sino que presentan un empobrecimiento progresivo de las redes sociales y del grado de participación activa en su entorno sociocultural y económico. Las consecuencias del envejecimiento determinan un deterioro variable según las condiciones personales y del medio ambiente, de las capacidades de respuesta de la persona, planteando en las circunstancias más desfavorables una situación de especial susceptibilidad y vulnerabilidad a las situaciones de desestabilización personal y social. Tres son las situaciones diferenciadas en las que la vejez y la marginación pueden interaccionar: la vejez como factor agravante de una situación de marginación previa; la vejez como factor desencadenante de la ruptura de un equilibrio frágil de adaptación previa y la vejez como causa fundamental de una situación de marginación. El solapamiento de los problemas asistenciales sanitarios con los problemas sociales, nos obligan a trabajar conjuntamente con otros profesionales (trabajadores sociales, etc.) El seguimiento de los pacientes en la intervención sociosanitaria exige un diseño de intervención que aproveche al máximo las posibilidades del medio social concreto.

Palabras clave: Marginación social. Ancianidad. Geriátrica. Medicina legal.

Abstract: Ageing processes are not just have a biological expression, but they also present a progressive impoverishment of the social networks and of the degree of active participation in their socio-cultural and economic environment. The results of ageing determine a variable deterioration, depending on the personal and environmental conditions, of the person's response capacities, posing, under the most unfavourable circumstances, a situation of special susceptibility and vulnerability to personal and social de-stabilisation situations. There are three differentiated situations where ageing and isolation can interact. Ageing as a factor that aggravates a prior

* Catedrático de Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia.

isolation situation. Ageing as a factor that triggers the rupture of a pre-existing fragile adaptation equilibrium and ageing as a fundamental cause of an isolation situation. The overlapping of health care problems and social problems forces us to work together with other professionals (social workers, etc.). Monitoring patients in the socio-sanitary intervention demands an intervention design that makes maximum use of the possibilities of the specific social medium.

Key words: Social isolation. Old-age. Elderly people.

I. INTRODUCCIÓN

La marginación social es una situación objetiva derivada de la existencia de un proceso de desestructuración progresiva de una persona que limita sus posibilidades de desarrollo personal y de integración en un medio social determinado. Dos son los elementos que deben configurar a mi juicio la existencia de la marginación social:

- a) Un problema objetivo de aislamiento social o de dificultades de integración.
- b) Una repercusión negativa en el plano psicosocial derivada de la situación anterior.

Nos encontramos, pues, ante un proceso dinámico donde interactúan negativamente una serie de factores que determinan como resultante final un patrón de deterioro psicosocial. Los factores pueden ser personales (enfermedades mentales, toxicomanías, etc.) y ambientales, también podemos caracterizarlos en función de su papel en el proceso:

- Factores causales directos e indirectos.
- Factores concurrentes positivos.
- Factores concurrentes negativos.

El conceptuar el problema de la marginación como un proceso dinámico supone situarnos en un escenario donde la multiplicidad de factores van a determinar una situación cambiante que se modifica progresivamente en función de los factores que la determinan.

Conviene distinguir entre los conceptos de marginación y de inadaptación, la marginación lleva implícito un componente de exclusión social en el que la persona implicada sufre un proceso de aislamiento social en el que participa de forma muy diferente, según la etiología del proceso. En la inadaptación existen dificultades de integración derivadas de factores que provocan una limitación a la adquisición de valores y de un patrón de conducta que impiden la socialización en un medio concreto. En muchos casos hay que hablar de exclusión social como la consecuencia negativa de la suma de las limitaciones propias del anciano más las respuestas negativas y las dificultades procedentes del medio social.

Los procesos de envejecimiento tienen no sólo una expresión biológica, sino que presentan un empobrecimiento progresivo de las redes sociales y del grado de participación activa en su entorno sociocultural y económico (BÉLAND y ZUNZUNEGUI, 1995; FERRANDO y col., 1996). Podemos hablar en algunos casos de una situación de muerte social que precede a la muerte biológica. El aislamiento social en determinadas situaciones del anciano se comporta como un factor independiente predictivo de mortalidad (WELIN y col., 1985; BERKMAN LEO-SUMERS y HORWITZ, 1992).

Como siempre en Biología las generalizaciones suponen un falseamiento de la realidad, existen tantas situaciones como personas, si bien un porcentaje apreciable de las mismas presentan una serie de rasgos comunes que deben ser tenidos en cuenta. Nos movemos en una realidad social cambiante que redefine progresivamente las situaciones y los problemas, y que va a afectar más negativamente a aquellas personas con una limitación en sus posibilidades de respuesta a las modificaciones del medio.

¿Qué papel juega o puede jugar la edad avanzada o la ancianidad en este proceso? En primer lugar, las situaciones pueden ser muy distintas según el punto de partida, no es lo mismo la senectud como factor agravante de una situación de marginación previa, que una situación de marginación sobrevenida en una persona con un patrón previo de inserción social. Por otro lado, los procesos de envejecimiento suponen un deterioro progresivo de las habilidades cognitivas que son muy variables de unos individuos a otros, por lo que resulta muy peligrosa la generalización de los problemas.

El envejecimiento de la población es, probablemente junto con el descenso de la fecundidad, uno de los fenómenos más característicos del mundo occidental durante el siglo XX (DEL CAMPO, 1996). El envejecimiento progresivo de la población española es un hecho evidente, se habla no sólo de la tercera edad sino de la cuarta edad (más de 80 años), un análisis del crecimiento intercensal entre los años 1981-1991 en el grupo de más de 80 años fue de 220.371 varones y 345.794 mujeres (SÁNCHEZ VERA, 1996). En 1996 el número de personas mayores de 65 años en la Región de Murcia era de 154.957 (un 14,15% de la población total), tasa inferior al porcentaje de este grupo de población en Navarra 17,3% en ese mismo año (AYESA DIANDA, 1999). En la ciudad de Madrid, el porcentaje de personas mayores de 65 años era del 17,94% (515.172 personas de las que vivían solas 101.898 un 19,77%) y de edad superior a los 80 años vivían 113.718 personas (CABELLO CABELLO, 1999).

La primera cuestión es definir el marco conceptual de mi análisis, y para ello hay que romper con un estereotipo que suele marcar el binomio marginación-ancianidad. Todos tenemos la imagen del mendigo vagabundo de avanzada edad que arrastra su existencia por parques públicos, vertederos, callejones oscuros y refugios. Este modelo refleja un aspecto parcial del problema, yo me atrevería a decir un aspecto anecdótico si se trata

de cuantificar la realidad. Padecemos una «contaminación cultural», que tiende a establecer una caricatura del problema que aparte nuestra atención de la realidad objetiva, más desagradable y que requiere un grado de compromiso social más intenso.

Nuestra cultura rechaza aquellas situaciones que distorsionen una percepción positiva de ciertos valores imperantes en nuestra cultura. La senectud se asocia a un deterioro que limita objetivamente el cumplimiento de una serie de objetivos productivos y de ocio que se ofrecen como las alternativas deseables para conseguir los ideales propuestos por nuestra cultura. Es preciso ser joven y dinámico, y si no se es, al menos parecerlo. El ideal de añadir años a la vida y vida a los años, se convierte en una alquimia desafortunada, en intentar trasvasar los modelos de ocio y de vida de los jóvenes a las personas de edad avanzada, olvidando que la biología impone limitaciones que no podemos eludir. De otra parte, se desliza el concepto de senectud ineludiblemente unida al de deterioro psíquico, por lo que se asocia la situación de envejecimiento a la limitación de la capacidad de decisión, asimilándose el anciano al menor de edad, muchos son los ejemplos prácticos de esta situación en la asistencia médica donde se suele dar más protagonismo a la hora de informar y de tomar decisiones al acompañante del anciano, que al propio interesado.

En un amplio estudio realizado sobre 316 personas de más de 75 años en Barcelona la prevalencia de deterioro de las funciones cognitivas fue sólo del 27,9% (BAYO y col., 1996), en un estudio sobre 1.103 personas mayores que vivían en sus domicilios en Córdoba, sólo un 6,9% de los sujetos presentaban un deterioro objetivo en su capacidad mental, y un 9,3% presentaban signos de serios problemas de índole social (MARTÍNEZ DE LA IGLESIA y col., 1997).

Los procesos de envejecimiento determinan un deterioro variable según las condiciones personales y del medio ambiente, de las capacidades de respuesta de la persona, planteando en las circunstancias más desfavorables, una situación de especial susceptibilidad y vulnerabilidad a las situaciones de desestabilización personal y social. Debemos asumir una serie de presupuestos previos:

- Edad avanzada no significa necesariamente un deterioro objetivo importante.
- La asociación edad avanzada y limitaciones físicas no implica necesariamente la existencia de problemas psíquicos.
- La acentuación de determinados rasgos de carácter no implica una patología de base que impida el ejercicio de la autonomía personal.
- La marginación social puede determinar situaciones reversibles de deterioro psico-orgánico.

La realidad inmediata de la que parto para mi análisis es la población de la tercera edad que se encuentra en los diferentes programas de inter-

vención social de la Cruz Roja de la región de Murcia, y que supone un total de 2.545 usuarios en el año 2000, y que genera una serie de problemas que serán el objetivo principal de mi exposición.

Voy a situar mi análisis desde la perspectiva práctica de los problemas médico-legales que pueden derivarse del deterioro psico-orgánico derivado del envejecimiento normal y/o patológico, y que requieren la intervención del médico-legista o la aplicación de conocimientos médico legales, sin desarrollar ampliamente aquellos aspectos descriptivos de carácter sociológico. Esto me obliga a evitar en lo posible la enumeración de datos y a definir los problemas en un marco de referencia fundamentalmente práctico. Esto no significa que el punto de partida de mi análisis no sea una realidad concreta, pero en aras del interés del presente trabajo, intentaré describirla de forma muy global y centrándome en las posibilidades de intervención del médico en su vertiente médico-legal.

Tres son las situaciones diferenciadas en las que la vejez y la marginación pueden interaccionar:

- La vejez como factor agravante de una situación de marginación previa.
- La vejez como factor desencadenante de la ruptura de un equilibrio frágil de adaptación previa.
- La vejez como causa fundamental de una situación de marginación.

II. LA VEJEZ COMO FACTOR AGRAVANTE DE UNA SITUACIÓN DE MARGINACIÓN PREVIA

Puede parecer una afirmación excesivamente obvia, pero los marginados también envejecen, y en la mayoría de los casos las condiciones ambientales desfavorables condicionan un deterioro mayor que el de una población bien adaptada de la misma edad. Los datos de esperanza media de vida y de prevalencia de ciertas patologías son concluyentes y de todos conocidos, por lo que no voy a entrar a repetirlos.

¿Qué supone en un entorno marginal la disminución de la capacidad de autonomía de una persona? Inicialmente podemos hablar de un proceso de marginación dentro de la marginación, sin embargo esta afirmación requiere una serie de matizaciones. En primer lugar, en algunos casos supone un abandono impuesto por las circunstancias de determinadas prácticas delictivas, con una reducción de su conflictividad social, las características de su entorno sociofamiliar van a ser determinantes en el mantenimiento de su inserción grupal, ya que en determinados ambientes y grupos étnicos se produce un refuerzo en la protección por el grupo y una estima y respeto adquiridos por el hecho de la edad avanzada, que

repercuten positivamente en la persona anciana. Evidentemente esta situación no es generalizable a todos los casos. En las situaciones donde no existe una protección por el grupo y/o la familia nos encontraremos ante un problema de marginación extremo que suele asociarse a un patrón conductual de desestructuración social y personal progresivas, que suele culminar con la necesidad de internamiento en centros especializados, de los que no existe una abundancia excesiva en nuestro país, y que debería ser un objetivo a cubrir desde los responsables de la política social en nuestro medio.

En algunas situaciones el solapamiento de los problemas asistenciales sanitarios con los problemas sociales, nos obligan a trabajar conjuntamente con otros profesionales (trabajadores sociales, etc.), para el establecimiento de medidas que con un mínimo de intervención supongan las mayores probabilidades de éxito. El seguimiento de los pacientes en la intervención sociosanitaria exige un diseño de intervención que aproveche al máximo las posibilidades del medio social concreto.

III. LA VEJEZ COMO FACTOR DESENCADENANTE DE LA RUPTURA DE UN EQUILIBRIO FRÁGIL DE ADAPTACIÓN PREVIA

La relación entre marginación, vejez y pobreza supone un entramado causal que es necesario tener en cuenta, ya que un porcentaje importante de los ancianos marginados se encuentran dentro de los criterios de pobreza, si tomamos como referencia la pobreza relativa (50% de la renta disponible neta), un 22,1% de la población española total (incluyendo todas las edades) se encuentra en esta situación, y si consideramos la pobreza severa (25% de la renta disponible neta) el porcentaje de la población implicada es del 4,5% (ALONSO TORRÉNS, 1996), en estos porcentajes citados las personas ancianas tienen un peso apreciable.

MARTÍNEZ DE LA IGLESIA y col. (1997), encuentran una relación estadísticamente significativa entre la puntuación acumulativa de deterioro alterada (PAD), obtenida mediante la suma de todos los deterioros funcionales obtenidos mediante la aplicación del cuestionario OARS-MFAQ en su versión adaptada al castellano MFAQ-VE, con el sexo, mayor en mujeres, con la edad mayores de 75 años, con el estado civil personas no casadas, con la carencia de instrucción, personas sin estudios; y con personas con un deficiente grado de capacitación profesional, amas de casa y trabajadores no cualificados y con ingresos inferiores a 60.000 pesetas al mes. Los aspectos psicosociales y socioeconómicos juegan un papel destacado en los procesos de marginación al disminuir significativamente la capacidad real de adaptación de la persona anciana.

En estos casos juegan, fundamentalmente, dos factores: la disminución de ingresos y la insuficiencia de las pensiones junto a un incremento en las necesidades, que vienen ligadas al envejecimiento.

En los países multirraciales la asociación entre nivel socioeconómico y aspectos étnicos y raciales determina relaciones estadísticamente significativas con el riesgo de padecer enfermedades, el acceso a los recursos socio-sanitarios y la calidad de los servicios recibidos (PAN GLYNN MOGUN y col., 1999).

Este fenómeno debe interpretarse de una forma global en un contexto más amplio. El marco social de referencia muestra diferencias sustantivas según las condiciones socioeconómicas de partida, el lugar de residencia, rural o urbano, etc., un análisis global muy útil para situar el problema podemos encontrarlo en el informe FOESSA del 1994.

El anciano suele incorporar una situación de dependencia, en una escala variable, residencias asistidas, centros de día, estancias temporales etc., donde las posibilidades económicas definen las posibles soluciones, además conviene recordar que en nuestro país existe una lamentable asimetría en la distribución de los recursos asistenciales dirigidos a las personas ancianas, situación que debe ser corregida en aras de la más elemental justicia social. Se estima que alrededor del 10% de los ancianos debieran ser subsidiarios de programas de asistencia social domiciliaria, sin embargo la asistencia social domiciliaria pública sólo alcanza una media estatal del 2%, (CABALLERO GARCÍA, 1997). Por otro lado, como señala AZNAR LÓPEZ (1999), en la protección de la dependencia adquiere mucha importancia el problema aún no resuelto satisfactoriamente de la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

Un problema añadido es la aparición de problemas depresivos que limitan la capacidad de respuesta del anciano y que al pasar desapercibidos por los profesionales sanitarios determinan, en una situación de equilibrio previo frágil, la ruptura de una situación de inserción social y la aparición de problemas de marginación.

Es relativamente frecuente que los problemas tengan su origen en problemas de depresión no diagnosticados correctamente, ya que suelen ser infravalorados por los médicos asistenciales; en un trabajo realizado por LYNESS, KING COX y col. (1999) encuentran una prevalencia de depresión mayor del 6,5% entre 224 pacientes de edades superiores a los 60 años, mientras que síntomas orientativos de trastornos de la esfera afectiva de menor entidad aparecen en un 15,1% de los mismos, para ROLLMAN y REYNOLDS (1999) la prevalencia de depresión menor en los ancianos oscila entre el 8 y 31,27%. Es esencial recordar la posibilidad de reversibilidad de los síntomas y de las situaciones de exclusión social, con un tratamiento adecuado de la depresión, y que la persistencia de determinadas situaciones supone la consolidación de los cuadros de deterioro personal y social.

Un problema muy importante por su trascendencia es el suicidio en el anciano, que debe analizarse desde una perspectiva social (HEIKKINEN, ISOMETSÄ, ARO y col., 1995). Resulta esencial la caracterización precoz por parte del médico de los síntomas depresivos, ya que suelen coexistir los problemas de salud física con los procesos depresivos (HEIKKINEN, ISOMETSÄ, ARO y col., 1995; HOME Y BLAZER, 1992; MOSCICKI, 1995). En un trabajo realizado por nosotros (OSUNA, PÉREZ-CÁRCELES, CONEJERO, ABENZA Y LUNA, 1997), un 22% de los ancianos que se suicidaron habían contactado la semana previa con los servicios médicos, un 45,6% el mes anterior y un 54,4% en los seis meses previos, esto nos plantea la posible responsabilidad en la ausencia de detección y de valoración adecuada de los trastornos depresivos en el anciano por parte de los servicios asistenciales.

IV. LA VEJEZ COMO CAUSA FUNDAMENTAL DE UNA SITUACIÓN DE MARGINACIÓN

En este epígrafe se incluyen aquellas situaciones de marginación social provocadas por la existencia de factores asociados al envejecimiento. Cometeríamos un grave error si no separáramos dos situaciones claramente diferenciadas:

- Los problemas de marginación derivados de una patología asociada al envejecimiento (generalmente las demencias) que cursan con una limitación funcional importante.
- Los problemas de marginación asociados a limitaciones socio-económicas.

En el primer supuesto, se incluyen un amplio porcentaje de casos donde la institucionalización del paciente en una serie de recursos, (habitualmente cerrados), va a ser la norma, interviniendo de forma fundamental los sistemas de diagnóstico y los recursos asistenciales existentes en una comunidad. Una unidad diagnóstica específica con criterios objetivos establecidos supone en muchos casos una herramienta eficaz en la detección y caracterización exacta de los casos. El principal problema es la disponibilidad de recursos asistenciales adaptados a la situación concreta de los pacientes (hospital de día, etc.). El principal problema médico-legal es decidir el momento adecuado de plantear un expediente de incapacitación civil, para prevenir problemas de impugnación de determinados actos civiles (contratos de compraventa, donaciones, testamentos, etc.). En el caso de los ancianos que viven aislados, van a ser los problemas de convivencia o de conducta los que determinan, al tener una trascendencia importante, la intervención de las instituciones y la actuación del profesional médico.

El porcentaje de personas mayores de 65 años institucionalizadas en nuestro país es de alrededor del 2,5% (RODRÍGUEZ, 1995), este porcentaje

es menor comparado con los datos de otros países; la estructura asistencial y la existencia de un soporte familiar es determinante en esta diferencia.

¿Cuál sería el papel del médico-legista en estos casos? Habitualmente la intervención del médico-legista se realiza tras una denuncia por problemas de convivencia (acumulo de basuras, amenazas, etc.), que obliga a una intervención pericial, en otros casos en bastante menor proporción la intervención tiene lugar por un expediente de incapacitación promovido por los familiares. El diagnóstico adecuado sobre su situación mental y sobre su grado de autonomía supone la indicación de las medidas más adecuadas a las características del caso.

Resulta fundamental el papel del médico de familia en la detección precoz de aquellos síntomas que pueden hacernos sospechar la existencia de un proceso incipiente de demencia, y aconsejar adecuadamente a los familiares sobre las ventajas, riesgos e indicaciones de una incapacitación. Me ocuparé con más detalle de este problema en el siguiente apartado.

V. VEJEZ Y CAPACIDAD CIVIL

La capacidad de decisión de la persona de edad avanzada, sobre sí misma o sobre sus bienes es la expresión de sus posibilidades sociales reales, cuando la autonomía de movimientos está limitada, el contacto con la realidad en muchos casos procede de los actos de disposición patrimonial y de administración de sus bienes. Conviene recordar que la capacidad de obrar es un derecho que únicamente puede restringirse ante la evidencia de una limitación en la capacidad de decisión. Un grado de deterioro leve no implica una imposibilidad de realizar actos de disposición sobre sus bienes, es más, a veces ciertas actividades de administración elemental de sus propios recursos suponen una actuación que facilita y potencia el mantenimiento de sus relaciones sociales. Con más frecuencia de lo debido se observan situaciones que en aras de una supuesta protección del anciano, suponen un daño objetivo, al recortar algunas actividades que favorecen la socialización del mismo. ¿En cuántas ocasiones se toman decisiones en ancianos no incapacitados legalmente, sin contar con ellos mismos?, y ¿en cuántos de estos casos realmente existe una imposibilidad de otorgar un consentimiento válido?

En nuestro país observamos el fenómeno creciente del desplazamiento del hogar familiar a los centros especiales y a las residencias de ancianos, asumiendo los familiares una serie de decisiones que en algunos casos suponen una conculcación de los derechos de la persona reconocidos en nuestro ordenamiento constitucional.

En el caso de los enfermos mentales crónicos ancianos la situación de abandono familiar «de facto» es cuantitativamente y cualitativamente

importante como hemos demostrado en un trabajo anterior (OSUNA, CUENCA, PÉREZ-CÁRCELES y LUNA, 1995), debiendo asumir los responsables de la institución una serie de decisiones ante la ausencia de los familiares.

En situaciones límites debemos recordar que nuestro vigente Código Civil obliga a poner de manifiesto aquellas situaciones en las que sea necesaria la incapacitación de la persona, esta obligación, más que un derecho, sigue la línea de la deuda alimenticia, en el artículo 202 se establece: *Corresponde promover la declaración al cónyuge o descendientes y en defecto de éstos a los ascendientes o hermanos del presunto incapaz*. En el artículo 203 se recoge de forma expresa la obligación por parte de los funcionarios públicos: *«El Ministerio Fiscal deberá promover la declaración si las personas mencionadas en el artículo anterior no existen o no lo hubieran solicitado. A este fin, las autoridades y funcionarios públicos que por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal...»*. En el artículo 204 se expresa claramente que: *«Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación»*. Es decir, el médico que conozca una situación de posible incapacitación está obligado a ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal, desde la perspectiva de la protección de los derechos del presunto incapaz.

Pero si la persona no está incapacitada, la presunción de validez de sus decisiones debe ser la norma, sólo si presenta una alteración evidente y de intensidad suficiente de sus funciones cognitivas deberemos prescindir de su consentimiento.

La situación de incapacitación refleja una situación de vulnerabilidad especial que opera en nuestro vigente Código Penal como una circunstancia agravante. En el Código Penal se recogen una serie de situaciones donde la cualidad de la víctima como persona incapacitada tipifica penalmente determinados delitos. La incapacidad de la víctima desde la perspectiva del Código Penal no tiene el sentido de la protección patrimonial, sino de protección y defensa de estas personas que presentan un especial desvalimiento frente a las agresiones de otros (CARRASCO GÓMEZ y MAZA MARTÍN, 1999). La condición de incapacidad de la víctima como agravante de la conducta delictiva se recoge en los siguientes artículos del Código Penal (Reforma L.O. 11/1999 de 30 de abril):

- Delito de lesiones (Art. 148.3º).
- Delito de detención o secuestro (Art. 165).
- Delito de difusión, venta o exhibición de material pornográfico (Art. 186).
- Delitos relativos a la prostitución (Art. 187.1, 188.4 y 189.1).

— Delito de descubrimiento y revelación de secretos (Art. 197.5).

En la práctica cotidiana los supuestos más frecuentes para el anciano/a serían:

— Delito de lesiones (Art. 148.3º).

— Delito de detención o secuestro (Art. 165).

— Delito de descubrimiento y revelación de secretos (Art. 197.5).

En nuestro país, la institución familiar tiene una tradición y un peso social importante, y es una herramienta esencial en la asistencia de los ancianos. Sin embargo, en los últimos 25 años hemos asistido a un cambio fundamental con la incorporación casi total de la mujer al mercado de trabajo, esto unido al tamaño de la vivienda habitual y al cambio cultural generan situaciones de imposibilidad de asistencia en el entorno familiar a las personas ancianas afectas de limitaciones funcionales importantes.

El flujo de ancianos hacia residencias asistidas es una realidad objetiva, y en ocasiones los propios familiares imponen restricciones al ejercicio de derechos de la personalidad en contra de la opinión del anciano, que son asumidos por los responsables de las instituciones sin tener en cuenta que sería necesaria una decisión judicial para no incurrir en una figura delictiva. Por otra parte, falta la sensibilidad necesaria para el respeto de la propia intimidad, por lo que no es infrecuente que la correspondencia sea abierta y/o controlada por los familiares o por los responsables de la propia institución. La aplicación de este tipo de medidas exige la existencia de un expediente de incapacitación y la autorización en su caso del tutor del incapacitado, que en ningún caso podría tomar decisiones en contra de los legítimos intereses del tutelado.

VI. LA ANCIANIDAD COMO FACTOR DE VULNERABILIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA ¿UNA MARGINACIÓN CONSENTIDA E IGNORADA?

No quisiera que se me malinterpretara el epígrafe de este apartado, no intento una generalización de esta afirmación, sólo intento llamar la atención sobre un hecho, sobre el que no reflexionamos frecuentemente. Cuando nos encontramos ante un anciano/a, en el entorno asistencial sanitario, tendemos a orientar desde el inicio una relación basada en el paternalismo médico, asumiendo inconscientemente que estamos ante una persona con una limitación más o menos importante de sus funciones cognitivas, tanto más si el nivel sociocultural de la misma se sitúa en los extremos inferiores. De otra parte, no comprendemos el efecto desestabilizador que tiene un cambio radical del entorno y la carga de angustia que suele acompañar a la vivencia de la enfermedad, la hospitalización «per

se» actúa como un factor causal específico en el deterioro del anciano/a, pero no sólo en las estancias de larga duración, sino incluso en estancias menores a dos semanas (GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ y col., 1996) encuentran un deterioro objetivable en las actividades incluidas en el índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) y en el de Lawton (actividades instrumentales) en un grupo de estudio con una duración de la hospitalización de 13,79 días de media $\pm 10,49$ días. Muchos son los factores que operan algunos claramente iatrogénicos como son los modelos de relación personal sanitario-paciente o la medicación excesiva.

Todo lo anterior nos plantea un desafío asistencial al que debemos dar una respuesta adecuada, fundamentalmente desde el sentido común más elemental, no se trata de sobrevalorar las capacidades de comprender y decidir, sino de asumir con realismo que el respeto a la capacidad de autonomía debe ser la presunción inicial y desde donde debemos plantear nuestro modelo de relación y únicamente cuando la realidad nos demuestre que estamos equivocados adaptar nuestra conducta a la capacidad real de la persona anciana. Introducir medidas de control de calidad en la asistencia a los colectivos más vulnerables es una herramienta que debe ser introducida en los recursos sanitarios asistenciales, teniendo presente que existen metodologías de evaluación y diseños de programas ya aplicados, (RUIPÉREZ CANTERA, 1998; SUÁREZ, CIFUENTES y MERCHAN, 1991).

No podemos ni debemos sobrevalorar el papel de los profesionales sanitarios en la estrategia asistencial del anciano. La mayor morbilidad ligada a la edad no supone la posibilidad de obtener una licencia para medicalizar los problemas, estructurando los diseños de actuación sobre el eje sanitario. Es más, en este momento existen factores socioeconómicos que inciden con más peso que los sanitarios en las situaciones de marginación.

La menor nocividad de las conductas inadaptadas de los ancianos, supone en muchos casos una coartada para derivar recursos hacia otras áreas, o para no enfrentarnos a situaciones que no generan una alarma social intensa. La responsabilidad de los profesionales que se enfrentan a estos problemas supera el ámbito estrictamente asistencial y nos obliga a ejercer una denuncia activa de las situaciones en las que tenemos que intervenir. Falta una sensibilización social efectiva hacia los problemas de marginación que no suponen una distorsión importante de la convivencia o que no generan la percepción de una amenaza potencial. Existen multitud de procesos de racionalización para evitar enfrentarnos a estos problemas, el más socorrido es quizás el asimilar la marginación social del anciano con los problemas derivados de las demencias. De forma deliberada he evitado en este trabajo el desarrollar este epígrafe (las demencias), para no colaborar en la consolidación de una falsa realidad, que oculta otra más cercana, con problemas menos llamativos pero que suponen la existencia de situaciones de exclusión social que suelen pasar desapercibidas.

Conceptualizar la marginación del anciano en la encrucijada cultural y socioeconómica que vivimos, obliga a una respuesta desde diversas instituciones. Los problemas complejos exigen soluciones viables que tengan presente la raíz de los mismos. Para ello es esencial percibir la realidad objetiva y no distorsionada, asumiendo la insuficiencia de los planteamientos parciales que en la mayoría de los casos generan más problemas que los que pretenden evitar.

La Medicina Legal no puede ni debe sustituir a la Sociología, pero debe utilizar las herramientas y los datos proporcionados desde esta disciplina para entender el marco de referencia de los problemas que debemos abordar. La pericia nos obliga a centrarnos en el caso individual y a realizar nuestro análisis desde esa perspectiva concreta, pero la adopción de la medidas debe ajustarse a las posibilidades reales de aplicación efectiva de las mismas y esto nos plantea, por ejemplo, el tener presente los recursos asistenciales sociosanitarios existentes o no en nuestro medio.

El objetivo de estas líneas no ha sido elaborar una descripción de un problema, ni establecer unas guías concretas de actuación, sino promover una reflexión crítica sobre la realidad asistencial y social de los ancianos, para estimular la toma de conciencia ante unos problemas que irán incrementándose progresivamente con el envejecimiento de la población, y en los que cualquiera de nosotros puede convertirse muy a su pesar en una persona que sufra una situación de marginación social por razón exclusiva de su edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALONSO TORRENS EJ. «Distribución territorial de la pobreza en España hoy» en «Las condiciones de vida de la población pobre en España». Madrid: Fundación FOESSA, 1996: 159-185.
2. AYESA DIANDA C. El plan gerontológico de Navarra 1997/2000. La Cristalera. Revista de Servicios Sociales, 2000; 8: 64-68.
3. AZNAR LÓPEZ M. Dos retos (y algunos ratos, ritos y rotos) de los Servicios Sociales La Cristalera. Revista de Servicios Sociales, 1999; 8: 26-30.
4. BAYO J, FERNÁNDEZ-ARAMBURU MC, ORFILA F, DALFO A, CASAJUANA J, VILA MA, PLANA J, MASSEDA AM, VIVES S. y NEBOT A. Autopercepción del estado de salud y evaluación completa del paciente de la tercera edad en un centro de Atención Primaria Atención Primaria, 15, 17(4): 273-279.
5. BÉLAND F y ZUNZUNEGUI MV. La ayuda recibida por las personas mayores. Rev Gerontol, 1995: 294-308.

6. BERKMAN LF, LEO-SUMMERS L y HORWITZ RI. Emotional support and survival rate after myocardial infarction. A prospective population-based study of study of elderly *Ann. Intern. Med.* 1992; 117: 1003-1009.
7. CABALLERO GARCÍA JC. España: Panorama de la asistencia al anciano en el umbral del siglo XXI. *Rev. Gerontol.* 1997: 207-216.
8. CABELLO CABELLO E. La coordinación sociosanitaria para la atención a los mayores en el municipio de Madrid. La Cristalera. *Revista de Servicios Sociales*, 1999; 8: 69-73.
9. CARRASCO GÓMEZ JJ y MAZA MARTÍN JM. Manual de Psiquiatría Legal y Forense. Madrid: La Ley- Actualidad, 1999; II: 8-1.
10. FERRANDO J, NEBOT M, BORRELL C. y EGEA L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gaceta Sanitaria*, 1996; 10: 174-182.
11. GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ J, GALEANO ARBOLEYA R, REIG GOURLOT C. y SOLANO JAURRIETA JJ. Deterioro funcional relacionado con la hospitalización del anciano. *Mafre Medicina*, 1996; 7(4): 275-282.
12. HEIKKINEN ME, ISOMETSÄ ET, ARO HM, SARNA SJ y LÖNNQVIST JK. Age-related variation in recent life events preceding suicide *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1995; 183: 325-331.
13. HOME A y BLAZER DG. The prevention of major depression in the elderly *Clin. Geriatr. Med.* 1992; 8: 159-172.
14. Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000. Madrid: FOESSA, 1994.
15. LEFF B, BURTON L, GUIDO S, GREENOUGH WB, STEINWACHS D y BURTON JR. Home Hospital Program: A Pilot Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1992; 47 (6): 697-702.
16. LYNES JM, KING DA, COX CH, YOEDIOMO Z y CAINE ED. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1999; 47 (6): 647-652.
17. MARTÍNEZ DE LA IGLESIA J, ESPEJO ESPEJO J, RUBIO CUADRADO V, ENCISO VERGE I, ZUNZUNEGUI PASTOR MV, ARANDA LARA JM. Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. *Proyecto ANCO. Atención Primaria*, 1997; 20 (9): 475-484.
18. MOSCICKI EK. Epidemiology of suicidal behaviour. *Suicide Life Threat Behav.* 1995; 25: 22-35.
19. OSCUNA E, CUENCA F, PÉREZ-CÁRCELES MD, LUNA A. Legal status of persons with chronic mental illness admitted to psychiatric hospitals. *Int J Leg Med and Law*, 1995; 14: 479-484.
20. OSCUNA E, PÉREZ-CÁRCELES MD, CONEJERO J, ABENZA JM y LUNA A. Epidemiology of suicide in elderly people in Madrid, Spain. *Forensic Sci Int*, 1997; 87: 73-80.

21. PAN C, GLANN RJ, MOGUN H, CHOODNOVSKY I, AVORN J. Definition of race and ethnicity in older people in medicare and medicaid. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1999; 47 (6): 730-733.
22. RODRÍGUEZ P. Introducción en residencias para personas mayores. Manual de orientación, 1995.
23. ROLLMAN BI, REYNOLDS CHF. Minor and subsyndromal depression: functional disability worth treating. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1999; 47 (6): 757-758.
24. RUIPÉREZ CANTERA I. Calidad en la asistencia a las personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 1998; 32 (2): 63-66.
25. SÁNCHEZ VERA, P. Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1996; 73: 57-79.
26. SANTOS DEL CAMPO I. Envejecimiento demográfico: diferencias por género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1996; 73: 177-190.
27. SUÁREZ F, CIFUENTES R, MERCHÁN E. La calidad asistencial y los recursos humanos en la asistencia de ancianos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, Supl. I. 1991.
28. WELIN L, TIBBIN G, SVÁRDSUD S et al. Prospective study of social influences on mortality. *Lancet*, 1985; 915-918.

ARTÍCULOS ORIGINALES

EL SUICIDIO EN LOS ANCIANOS: DECISIÓN AUTÓNOMA FRENTE A GERONTOCIDIO SOCIAL

MANUEL FENOLLOSA GONZÁLEZ*, ANA CASTELLÓ PONCE**,
FERNANDO A. VERDÚ PASCUAL***

Resumen: En este trabajo se presentan algunos aspectos relacionados con el problema del suicidio en los ancianos. Este grupo de población, gracias a los avances de la Medicina, se encuentra en constante crecimiento, lo que contrariamente a lo que cabría esperar, provoca problemas de interacción ancianidad-sociedad útil, que siempre tienen como consecuencia el perjuicio del anciano, por ser la parte más débil.

A partir de los datos obtenidos en dos partidos judiciales españoles, se aborda una revisión de la bibliografía internacional y la forma en la que la comunidad científica se interesa en este importante problema de salud pública. La muerte suicida de los ancianos, tiene su origen en unos factores, aparentemente muy bien estudiados, que pueden corregirse en un elevado número de ocasiones. Se llega a la conclusión de que la sociedad debe cambiar, si se pretende modificar la tendencia en las cifras de suicidios que se dan entre este creciente grupo de población.

Palabras Clave: Suicidio. Geriatría. Servicios Sociales.

Abstract: In this work, some aspects about the suicide in the elderly people are analysed. This group of population, thanks to the advances of the medicine, is in constant growth, which causes interaction problems elderly people-society, which always they have like consequence the damage of the elderly people, being the weakest part. From the data obtained in two Spanish judicial districts, an overhaul of the international bibliography and the form is approached in which the scientific community is interested in this important problem of public health. The suicidal death of the elderly people, has its origin in factors, apparently studied very well, that

* Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Forense.

** Doctora en Ciencias Químicas.

*** Profesor Titular de Medicina Legal y Forense.
Universitat de Valencia.

can be corrected in a high number of occasions. As a conclusion that the society must change, if is tried to modify the tendency in the numbers of suicides that occur between this increasing group of population.

Key words: Suicide. Geriatrics. Social Services.

«al rincón de lo inútil de casa..., donde está lo que sobra»

GABRIEL Y GALÁN, *La ciega*.

I. INTRODUCCIÓN

El grupo de población mayor de 65 años se encuentra en constante crecimiento, sobre todo en los países desarrollados y en vía de desarrollo. Según el Instituto Nacional de Estadística (1) para mediados de 2000, la población mayor de 65 años suponía 6.662.000 de personas, un 16,88% del total de 39.465.700 habitantes previstos. Otras estimaciones (2) indican que para el año 2020, aproximadamente el 25% de la población será mayor de 65 años, en las naciones prósperas.

Los avances de la Medicina se pueden ligar a este fenómeno de forma inequívoca. La aparición de tratamientos cada vez más efectivos, y sobre todo la Medicina preventiva, hacen que la esperanza de vida para el siglo XXI esté alcanzando unas cifras impensables a mediados de la anterior centuria.

Este fenómeno, que podría suponer una gran noticia, hay que situarlo en una sociedad, formada por individuos adultos que, mayoritariamente, se rigen por principios de utilitarismo, hedonismo y egoísmo.

De la interacción ancianidad-sociedad útil, nacen algunos problemas. Uno de ellos, el suicidio de los más mayores, va a ser abordado a continuación

II. LA MUERTE VIOLENTA, NO ACCIDENTAL, EN LOS ANCIANOS

En un primer escalón se va a exponer cómo se presentan dos de los clásicos tipos de muerte violenta (3) en los ancianos. En la tabla I aparece un extracto porcentual de los resultados obtenidos en un estudio (4), llevado a cabo sobre la muerte natural y violenta en el Instituto Anatómico Forense de Valencia (España) en el que se analizaron un total de 14.324

autopsias realizadas entre 1960 y 1986 y en otro trabajo (5) realizado en esta ocasión en un entorno rural y sobre una muestra de 676 autopsias, entre 1981 y 1996.

Antes de profundizar en la muerte suicida del anciano, cabe hacer un comentario respecto al número de homicidios que tienen como víctimas a ancianos. El dato obtenido en Valencia podría calificarse como normal, puesto que se trata del 12% de los casos, para aproximadamente el 12% de la población.

Sin embargo, el 54% obtenido en el Partido Judicial de Llíria, resulta algo más alarmante. Por el tipo de sucesos de que se trata, coincide plenamente con un trabajo (6) en el que se afirma que los ancianos tienen poco que temer de la violencia callejera. Muy al contrario, deberían preocuparse más de sus vecinos, conocidos y familiares.

La incidencia de suicidios en los dos ámbitos estudiados coincide a grandes rasgos con la encontrada por otros autores españoles (7, 8) y también en la gran mayoría de los no españoles (9, 10, 11, 12).

III. UNA PERSPECTIVA MÁS ACTUAL

Los patrones de evolución de las conductas suicidas, que pueden consultarse en la Organización Mundial de la Salud (13), no ofrecen un panorama diferente, con alguna rara excepción.

En las Figuras 1 y 2 se observan las tendencias registradas en el Reino Unido y España respecto a los suicidios consumados entre su población.

La tasa de suicidios consumados, entre la población de 65 años o más, es de 9,2 por 100.000 habitantes en el Reino Unido, mientras que en España se sitúa en 22,5. Como puede verse en la gráfica 2, esta diferencia se hace todavía más evidente si se atiende a la distribución por sexos, puesto que la tasa en España, que es de 44,4, casi triplica a la del Reino Unido, que es de 15,7.

Los datos corresponden al año 1994 y en el caso del Reino Unido, puede considerarse el reflejo de la política de prevención del suicidio en ancianos que desarrolla aquel gobierno (14, 15).

La Figura 3 refleja la incidencia del suicidio consumado en España (16) durante los años 1994 a 1997.

Estos datos, simples números, pueden exponerse de formas muy diversas. Algunas de ellas son las tasas diaria, semanal y mensual de suicidios de ancianos, que están recogidos en la tabla 2.

IV. ANCIANOS E INVESTIGADORES

Antes de exponer las causas del suicidio en los ancianos, se va a mostrar el resultado de una búsqueda en Medline. El objetivo era ver la forma en que la comunidad científica se ocupa de los ancianos y sus problemas de salud.

Se realizaron búsquedas con las siguientes palabras clave: 1. elderly, 2. elderly suicide, 3. elderly suicide mental disorder, 4. elderly prevention, 5. elderly prevention suicide. Asimismo, se buscó en diferentes períodos: todos los años, 1990-2000, 1996-2000, agosto de 1999 a agosto de 2000. En la tabla 3 se muestran los registros encontrados.

Dos datos son reveladores: en el grupo total, únicamente un 0,01% de los trabajos ha tenido por objetivo la prevención del suicidio en los ancianos. El segundo, también en el total, es que tan sólo el 0,05% no ha relacionado el suicidio de los ancianos con un trastorno mental.

Son unos resultados que no dejan de sorprender, sobre todo si se considera que, en muchos países, el suicidio se encuentra entre las ocho primeras causas de muerte en los grupos de edades más avanzadas.

V. POR QUÉ SE SUICIDAN LOS ANCIANOS

Las razones por las que este grupo de personas llega al suicidio parece que están muy bien estudiadas. En la gran mayoría de ellas se ha podido detectar la existencia de rasgos depresivos, mediante el método de la autopsia psicológica. También una parte significativa ha buscado ayuda en sus médicos en tiempos próximos al momento de esa muerte buscada. Y han avisado (encubiertamente) de sus intenciones, por ejemplo observando conductas de despedida (17-26).

En un territorio como EE.UU., que en muchos aspectos es comparable a otros países desarrollados, se ha encontrado que, excluido el mínimo porcentaje de mayores suicidas que padecía una enfermedad terminal (2-4%), dos tercios del total se encontraba en un buen estado de salud física (27).

¿Rasgos depresivos? Aislamiento, soledad, desesperanza, abandono, incomunicación, desamparo, exclusión, tristeza. Ésas han sido las razones que explican los suicidios en la ancianidad en la mayoría de las ocasiones. Saberse un estorbo. Aún más, sentirse una molesta y pesada carga (28-33).

Sufrir la vergüenza social de ser viejo (34).

La sociedad, algunos de nosotros finalmente, se comporta con las personas mayores como aquel psiquiatra del chascarrillo, al que acudió una persona para plantearle que sentía «complejo de inferioridad». Al final de la consulta, el paciente salió absolutamente convencido de que no se sentía inferior, sino que **ERA** inferior.

VI. CONCLUSIÓN

Las acciones desarrolladas en el Reino Unido están dando, por ahora, buenos resultados. Medidas tan sencillas como las visitas programadas de trabajadores sociales o los sistemas telefónicos de asistencia médica o de simple control de estado, están mejorando de forma evidente la calidad de vida de sus ancianos. Estas medidas generales, se complementan con entrenamientos especiales para médicos de atención primaria, para que sean más capaces de detectar los factores de riesgo y actuar en consecuencia (13, 34, 35).

Algunos autores reclaman respeto a la autonomía de los ancianos a la hora de decidir el momento de su muerte y lo ponen en relación con el derecho a un suicidio asistido (36, 37, 38, 39, 40, 41).

El término gerontocidio fue propuesto por Schafer (6) para caracterizar una clase de homicidios, cometidos sobre ancianos, en los que los autores actúan en función de las condiciones de aislamiento, soledad, etc.

Aquí, al añadirle el término «social», se trata de ampliar el concepto. Pero sería algo más suave. Tendría cabida en el artículo 142 del Código Penal español (42) si fuese posible castigar con pena a una sociedad:

- a) Que induce al suicidio de otros.
- b) Que coopera con actos necesarios al suicidio de otras personas.

Hace algunos años, se escribió (43):

«Si no estuviese tan oscuro a la vuelta de la esquina...

O simplemente si todos entendiésemos que todos llevamos un viejo encima».

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.ine.es/escif/escif/es/pobl99.pdf>.
2. WATANABE N, HASEGAWA K, YOSHINAGA Y. Suicide in later life in Japan: urban and rural differences. *Int Psychogeriatr*, 1995; 7(2): 253-61.
3. GIBERT CALABUIG JA. *Medicina Legal y Toxicología*. 5ª edición. Barcelona: Masson, 1998.
4. VERDÚ PASCUAL F. Tipología y distribución de la muerte violenta en el partido judicial de Valencia en un período de 27 años y una muestra de 14.324 autopsias. Tesis Doctoral. Universitat de València-E.G, 1987.
5. FENOLLOSA GONZÁLEZ M. Estudio de la actividad tanatológica en el partido judicial de Llíria desde 1981 a 1996. Tesis Doctoral. Universitat de València-E.G, 1999.

6. SCHAFER AT. Homicide in the elderly. A study of homicide in the aged based on an Aachen autopsy sample of the 10-year period 1976-1985. *Arch Kriminol*, 1989; 183(3-4): 65-78.
7. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ MP, HINOJAL FONSECA R. El suicidio en los ancianos *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 1991; 19(5): 252-
8. OSUNA E, PÉREZ-CÁRCELES MD, CONEJERO J, ABENZA JM, LUNA A. Epidemiology of suicide in elderly people in Madrid, Spain (1990-1994). *Forensic Sci Int*, 1997; 87(1): 73-80.
9. LUTZ F U, REUHL J. Epidemiology of suicide. *Versicherungsmedizin*, 1994; 46(1): 7-11.
10. EKEBERG O, AARGAARD I. Suicide and attempted suicide among the elderly. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 1991; 111(5): 562-4.
11. LANGLOIS JA, SMITH GS, BAKER SP, LANGLEY JD. 43 International comparisons of injury mortality in the elderly: issues and differences between New Zealand and the United States. *Int J Epidemiol*, 1995; 24(1): 136-
12. BILLE-BRAHE U, JENSEN B, JESSEN G. Suicide among the Danish elderly: now and in years to come. *Crisis*. 1994; 15(1): 37-43.
13. http://www.who.int/mental_health/Suicide/index.html.
14. DENNIS MS, LINDESAY J. Suicide in the elderly: the United Kingdom perspective. *Int Psychogeriatr*, 1995; 7(2): 263-74.
15. HONEY K, SHAH A. Recent trends in elderly suicide rates in England and Wales. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000; 15(3): 274-9.
16. <http://www.jne.es/tempus>.
17. OSGOOD NJ. Suicide in the elderly: are we heeding the warnings? *Postgrad Med*, 1982; 72(2): 123-30.
18. CONWELL Y, OLSEN K, CAINE ED, FLANNERY C. Suicide in later life: psychological autopsy findings. *Int Psychogeriatr*, 1991; 3(1): 59-66.
19. TOBIAS CR, PARY R, LIPPMANN S. Preventing suicide in older people. *Am Fam Physician*, 1992; 45(4): 1707-13.
20. MOSCICKI EK. Epidemiology of suicide. *Int Psychogeriatr*, 1995; 7(2): 137-48.
21. DUCKWORTH G, MCBRIDE H. Suicide in old age: a tragedy of neglect. *Can J Psychiatry*, 1996; 41(4): 217-22.
22. DEVONS CA. Suicide in the elderly: how to identify and treat patients at risk. *Geriatrics*, 1996; 51(3): 67-72.
23. STOPPE G, SANDHOLZER H, HUPPERTZ C, DUWE H, STAEDT J. Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly. *J Affect Disord*, 1999; 54(1-2): 193-8.
24. WAERN M, BESKOW J, RUNESON B, SKOOG I. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet* 1999; 354(9182): 917-8.
25. http://www.bha-inc.org/elderly_facts_sheet.htm.
26. <http://www.sg.gov/library/calltoaction/fact2.htm>.

27. <http://www.scs.unt.edu/classes/CSAG/3700/081/Suicide/elderly.htm>.
28. RICHARDSON R, LOWENSTEIN S, WEISSBERG M. Coping with the suicidal elderly: a physician's guide. *Geriatrics*, 1989; 44(9): 43-7, 51.
29. KERKHOFF A, DE LEO D. Suicide in the elderly: a frightful awareness. *Crisis*, 1991; 12(2): 81-7.
30. KASTENBAUM R. Death, suicide and the older adult. *Suicide Life Threat Behav*, 1992; 22(1): 1-14.
31. CATTELL H, JOLLEY DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. *Br J Psychiatry*, 1995; 166(4): 451-7.
32. FORSELL Y, JORM A F, WINBLAD B. Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatr Scand*, 1997; 95(2): 108-11.
33. CONWELL Y. Management of suicidal behavior in the elderly. *Psychiatr Clin North Am*, 1997; 20(3): 667-83.
34. <http://www.alcmeon.com.ar/8/30/Vidal.htm>.
35. MCINTOSH JL. Suicide prevention in the elderly (age 65-99). *Suicide Life Threat Behav*, 1995; 25(1): 180-92.
36. BROMBERG S, CASSEL CK. Suicide in the elderly: the limits of paternalism. *J Am Geriatr Soc*, 1983; 31(11): 698-703.
37. HUMPHRY D. Rational suicide among the elderly. *Suicide Life Threat Behav*, 1992; 22(1): 125-9.
38. CARPENTER BD. A review and new look at ethical suicide in advanced age. *Gerontologist*, 1993; 33(3): 359-65.
39. CONARD AF. Elder choice. *Am J Law Med*, 1993; 19(3): 233-83.
40. COURAGE MM, GODBEY KL, INGRAM DA, SCHRAMM LL, HALE WE. Suicide in the elderly: staying in control. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 1993; 31(7): 26-31.
41. LERNER BH. Knowing when to say goodbye: Final Exit and suicide in the elderly. *Suicide Life Threat Behav*, 1995; 25(4): 508-12.
42. Código Penal. Madrid: Colex, 1995.
43. SERRAT JM. Llegar a viejo. En: *Bienaventurados*. Madrid: Polygram Servicios, S.A, 1987.

Tabla 1. Casos de muerte natural y violenta entre 1960 y 1986. Datos del Instituto Anatómico Forense de Valencia.

TIPO	Valencia	Lliria
Número de homicidios	346	11
Homicidio en ancianos	12%	54%
Número de suicidios	1.350	138
Suicidio en ancianos	37%	38%

Tabla 2. Tasas diaria, semanal y mensual de suicidios de ancianos (1994-1997).

Año	Tasa diaria	Tasa semanal	Tasa mensual
1994	2,92	20,53	89
1995	3,01	21,13	91,58
1996	3,04	21,40	92,75
1997	3,18	22,32	96,75

Tabla 3. Estudios publicados entre los años 1996 al 2000 sobre los ancianos y sus problemas de salud.

Palabras clave	Todos los años	1990-2000	1996-2000	8/99-8/00
Elderly	1.116.649	514.602	240.169	39.590
elderly suicide	4.884	2.411	1140	169
elderly suicide mental disorder	4.304	2.006	935	137
elderly prevention	53.767	32.603	16.629	2.915
elderly prevention suicide	114	77	47	7

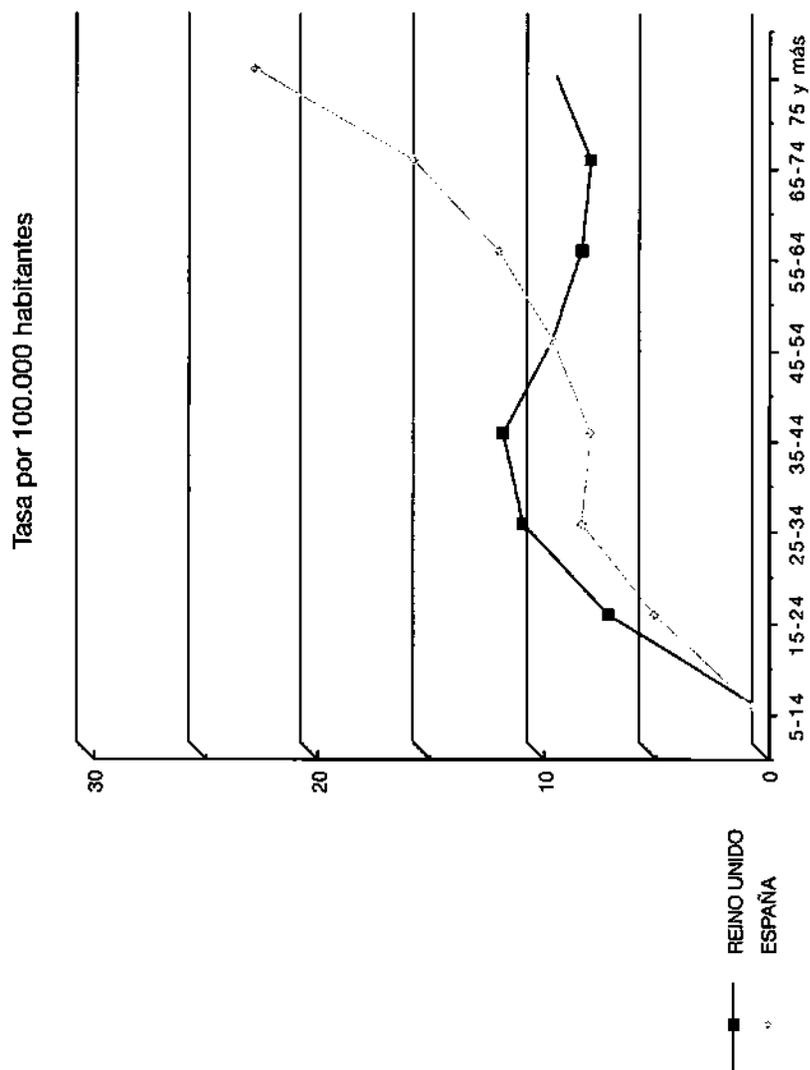


Figura 1. Suicidios consumados en el Reino Unido y España. Datos correspondientes a 1994.

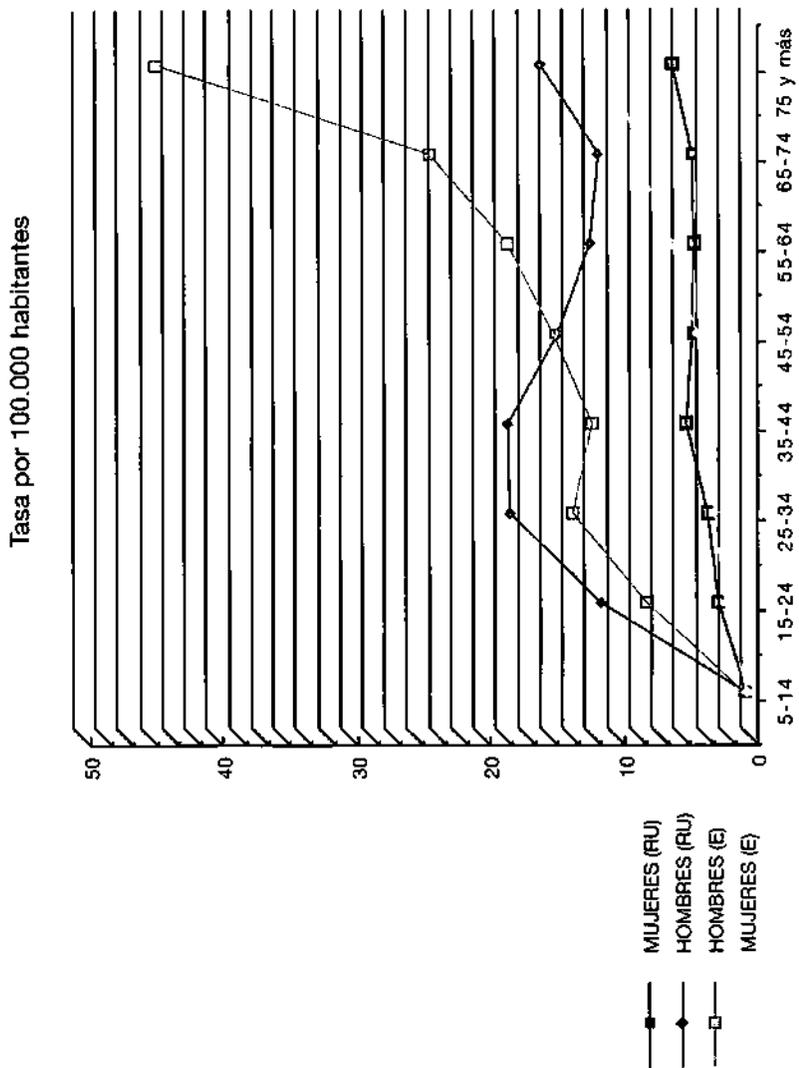


Figura 2. Suicidios en el Reino Unido y España. Distribución por sexos (1994).

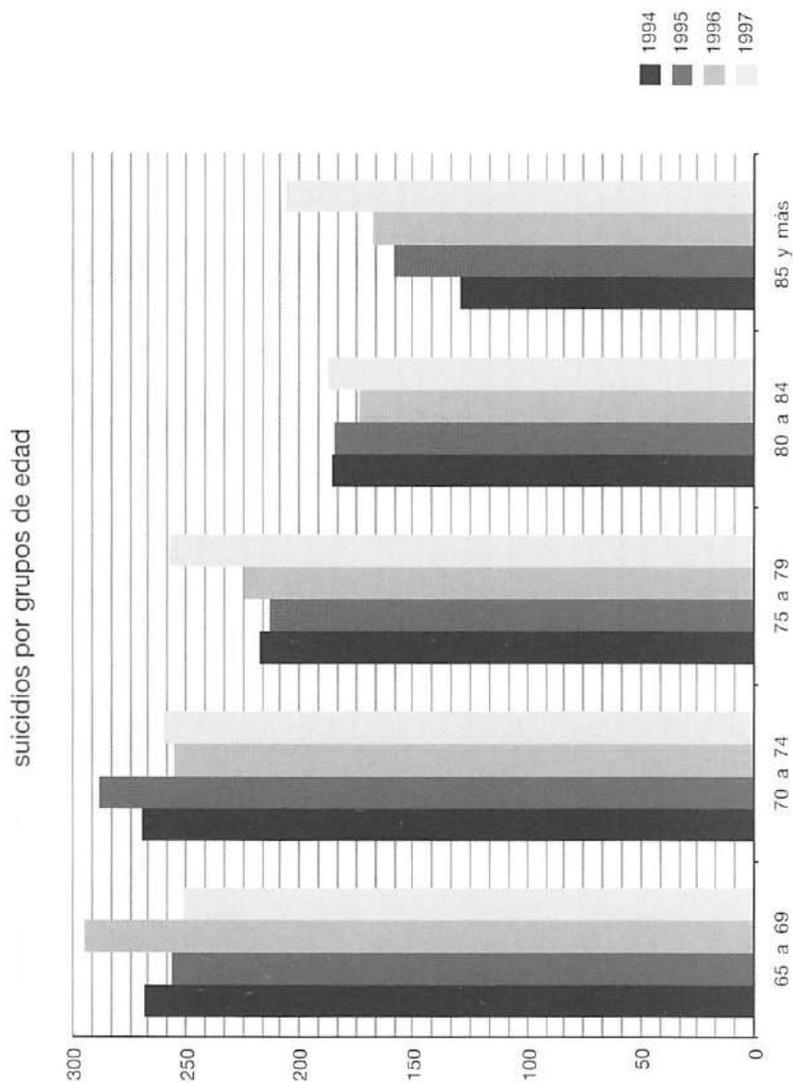


Figura 3. Incidencia del suicidio consumado en España en el periodo 1994-1997. Estudio por grupos de edad.

LOS ANCIANOS EN LOS ENSAYOS CLÍNICOS: OLVIDADOS, UTILIZADOS, ¿TRATADOS MAL?

FERNANDO A. VERDÚ PASCUAL* Y ANA CASTELLÓ PONCE**

Resumen: En este trabajo se analizan los problemas éticos que plantea la inclusión en los ensayos clínicos de la población mayor de 65 años, así como, por contra, los que pueden derivar de su exclusión de los mismos.

Los ancianos constituyen un grupo de población en constante crecimiento. Esta circunstancia se debe agradecer en gran medida a los avances médicos. Sin embargo, y paradójicamente, la participación de las personas mayores de 65 años en los ensayos clínicos es escasa. Sobre todo en aquellos que se clasifican como inespecíficos, es decir, los que no van dirigidos preferentemente a la población anciana. Los motivos de esta exclusión se pueden encontrar en los problemas que pueden provocar su participación, tanto de índole económica (seguros) como los derivados de la propia investigación. Es evidente que en esos conflictivos tramos de edad, la posibilidad de uno o más fallecimientos en los grupos investigados es un suceso esperable, lo que podría alargar el tiempo necesario para hacer aceptable el ensayo clínico. Por último, también hay que señalar la reticencia de este grupo de población a participar en el ensayo clínico. Por otra parte, el caso de ensayos clínicos específicos en los que, obligatoriamente, se debe recurrir a la colaboración de los ancianos, plantea problemas éticos particulares, como el consentimiento o la distanasia, que también se analizan en el presente trabajo.

Palabras Clave: Ensayos Clínicos. Geriatria. Medicina Legal.

Abstract: This work analyzes the ethical problems that the inclusion in the clinical research of the elderly people creates, as well as, on the other hand, problems that can derive from their exclusion. Elderly people is a group in constant growth. This circumstance is due to be thankful to the medical advances. Nevertheless and, paradoxically, the participation of

* Profesor Titular de Medicina Legal y Forense.

** Doctora en Ciencias Químicas.
Universitat de València.

people older than 65 years in the clinical trial is minorite. Mainly in clinical trial classified like not especifics, that aren't directed preferably to the old population. The reasons for this exclusion can be found as much in the problems that can cause their participation. The economic problems (policy of insurance) and the derivatives of the own investigation. It is evident that the possibility of one or more deaths in the investigated groups could be an expectable event, which could extend the time necessary to make acceptable the clinical test. Finally, it is necessary to indicate the reticence of this group of population to participate in the clinical trial. On the other hand, in the specific clinical trial, in which, the collaboration of the old ones is indebted, creates particular ethical problems, like the consent or the disthanasia, that also analyze the present work.

Key words: Clinical Research. Geriatrics. Forensic Medicine.

I. INTRODUCCIÓN

Los médicos inyectan drogas que no conocen bien, en cuerpos que conocen aún menos.

Con estricto seguimiento de la terminología normativa, en los Ensayos Clínicos (EC, en lo sucesivo) aparecen tres figuras claves (1): el promotor, el investigador y el sujeto de ensayo. Cada uno de ellos tienen distintas expectativas y por ellas se mueven:

1. El promotor, habitualmente una compañía farmacéutica, presunto su interés en contribuir al progreso de la Medicina y mejora de la salud, tiene unos evidentes y lícitos objetivos económicos: alcanzar el éxito en el EC, adquirir prestigio y obtener el rendimiento previsto. Todo ello, si es posible, con el menor gasto de tiempo y dinero.

2. El investigador que, sin olvidar su función de curador de su paciente individual, quiere contribuir al progreso científico y trata de encontrar nuevos medios terapéuticos. Aunque, a nadie puede escapar, también el prestigio y sus correlatos son motores de su actividad, habitualmente secundarios.

3. El sujeto del ensayo puede tener dos motivaciones: una teñida de egoísmo, cuando participa como enfermo que quiere sanar mejor y más rápidamente. Otra, cuando participa como persona sana, ahora altruista. Pero en ambos casos, puede haber también una segunda circunstancia motriz de índole económica, que no tiene que ser necesariamente secundaria.

Ya expuestos estos elementos clave de los EC, ha de abordarse el segundo de los aspectos que motiva este trabajo: los ancianos, los viejos, nosotros próximamente.

Según el Instituto Nacional de Estadística (2) la población proyectada para mediados de 2000, era de 39.465.700 personas y de ellas, los mayores de 65 años suponían 6.662.000, es decir, un 16,88% de los habitantes.

Otra noticia (3) apunta que el gasto farmacéutico generado por los pensionistas en España es diez veces mayor que el de la población activa, si bien esta afirmación debe ser matizada. Según datos de la Agencia Española del Medicamento (4), el gasto farmacéutico soportado por el Estado,

a través de receta, fue de poco más de 1.041.000 millones de pesetas. De ellos, corresponden a los pensionistas 797.912 millones de pesetas (76,6%) aunque en este colectivo están incluidos todas las personas exentas de aportación; por ello, una estimación más aproximada, situaría el gasto de los españoles mayores de 65 años en poco más de 347.000.000 esto es, un 33% del total.

Datos superponibles se encuentran en otros ámbitos. Así, un Editorial del *British Medical Journal* (5) señala el hecho de que, pese a que la población mayor de 65 años significa el 14% del total, el consumo de fármacos que realiza, se sitúa en torno a un tercio de la producción.

Y también señala, ya núcleo de este escrito, que las personas mayores de 65 años están representadas de forma inadecuada en la gran mayoría de los EC inespecíficos, entendidos éstos como los que no van dirigidos, concretamente, a la población anciana o al estudio de alguna de sus patologías más frecuentes, como la enfermedad de Alzheimer.

En el mismo número de la revista se presenta (6) una revisión de los trabajos publicados, en cuatro revistas de impacto, desde junio de 1996 a junio de 1997 y la representación que tienen los ancianos en los mismos. De los 490 originales que finalmente fueron incluidos en el análisis, únicamente 37 excluían a los ancianos por razones justificables.

Recientemente (7) se ha llamado la atención sobre la creciente incidencia, en los ancianos, de la insuficiencia cardíaca congestiva asociada al uso de antiinflamatorios no esteroideos.

Esto podría relacionarse con un trabajo anterior (8) en el que se analizaba un total de 83 EC, en los que se usaron antiinflamatorios no esteroideos para la osteoartritis (53%) la artritis reumatoide (44,6%) o ambas patologías (2,4%). Además de comprobar que casi la mitad de estos EC no incluían personas mayores de 65 años, en el conjunto de 9.664 sujetos probados, únicamente 207 eran mayores de 65 años y de ellos, sólo 14 tenían entre 75 y 84. Ninguno mayor de 85 años.

II. LOS PROBLEMAS

Se equivocará peligrosamente quien no escuche a los ancianos.

La persona mayor, de modo simple, puede presentarse de tres formas diferentes:

1. Como una persona sana, mayor de 65 años, en la que el lógico desgaste que impone la vida a los aparatos y sistemas, no ha hecho mella perceptible. Envidiable y escasa.

2. Como una persona mayor de 65 años, sana, aunque ya algo marcada por ciertos alifafes. Mayoritaria y ¿por qué no?, también envidiable.
3. Como una persona mayor de 65 años, enferma principalmente de algo y con otros aparatos y sistemas en situación más o menos precaria. La más problemática y menos descable.

De estos tres grupos, el primero tiene una escasa representación en los EC inespecíficos y el tercero en los EC específicos.

De aquí surgen tres de los muchos dilemas (9) que surgen en la experimentación humana:

1. ¿Es éticamente aceptable que un gran grupo de población, quede sin representar en los EC de productos que, sin duda, van a consumir?
2. Los EC específicos (Alzheimer, cáncer) ¿respetan los postulados éticos internacionales?
3. ¿Cuán válido es el consentimiento de los ancianos?

Este trabajo abordará los dos primeros de forma preferente, puesto que en otro artículo se estudia el problema del consentimiento informado.

Para hacerlo, es obviamente necesario hacer referencia a los aspectos legislativos, éticos y deontológicos que marcan los límites de la experimentación con seres humanos.

III. ALGUNAS NOTAS LEGISLATIVAS

El marco genérico, como en todas las actividades sanitarias, es la Ley General de Sanidad (10). Esta norma es ampliamente conocida, aunque no está de más transcribir un apartado que, como se verá a la conclusión, es de importancia capital:

Artículo 106.

1. Las actividades de investigación habrán de ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo.
2. La investigación en Biomedicina y en ciencias de la salud habrá de desarrollarse principalmente en función de la política nacional de investigación y la política nacional de salud. La investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población. Esta investigación deberá considerar especialmente la realidad socio-sanitaria, las causas y mecanismos que la determinen, los modos y medios de intervención preventiva y curativa y la eva-

luación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones.

Además de la Ley General de Sanidad, también amparan los EC la Ley del Medicamento (11) que en su Título III marca las líneas maestras de la experimentación clínica y el Real Decreto 561/1993 (12) que desarrolla reglamentariamente este aspecto específico.

Aunque la legislación es conocida y accesible, se reproducen aquellos artículos que resultan de especial trascendencia para este estudio:

Artículo 10. Respeto a postulados éticos.

Todos los ensayos clínicos habrán de contar, antes de poder ser realizados, con el informe previo del correspondiente Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).

3. Sólo se podrán realizar ensayos clínicos cuando se cumplan todos los principios siguientes:
 - b. El estudio se base en los conocimientos actuales disponibles, la información buscada suponga, presumiblemente, un avance en el conocimiento científico sobre el ser humano o para mejorar su estado de salud y su diseño minimice los riesgos para los participantes en el mismo.
 - c. La importancia de la información buscada justifique el riesgo al que se exponen los sujetos participantes en el ensayo clínico.

Artículo 11. Sujetos del ensayo.

1. Es sujeto del ensayo la persona sana o enferma que participa en un ensayo clínico, después de haber otorgado libremente su consentimiento informado. En los ensayos clínicos sin beneficio directo para la salud de los voluntarios participantes, el riesgo que estos sujetos asuman estará justificado en razón del beneficio esperado para la colectividad.
2. En menores de edad e incapaces y en personas con la autonomía o competencia disminuida para dar su consentimiento, sólo podrán realizarse ensayos de interés para su salud particular cuando no puedan ser efectuados en sujetos no afectados por estas condiciones especiales, debido a que la patología en estudio sea la propia de aquéllos. En estos casos, el consentimiento se obtendrá de la forma que se indica en el apartado 5 del artículo 12.
3. No obstante, en los sujetos referidos en el apartado anterior podrán realizarse ensayos sin fines terapéuticos si el Comité Ético de Investigación Clínica determina que se cumple todo lo siguiente:

- a. La adopción de las medidas necesarias que garanticen que el riesgo sea mínimo.
 - c. Del ensayo se obtendrán conocimientos relevantes sobre la enfermedad o situación objeto de investigación, de vital importancia para entenderla, paliarla o curarla.
 - d. Estos conocimientos no pueden ser obtenidos de otro modo.
 - e. Existen garantías sobre la correcta obtención del consentimiento informado, de acuerdo con lo contemplado en el artículo 12 del presente Real Decreto.
5. Los sujetos participantes en ensayos sin interés terapéutico particular recibirán del promotor la compensación pactada por las molestias sufridas. La cuantía de la compensación económica estará en relación con las características del ensayo, pero en ningún caso será tan elevada como para inducir a un sujeto a participar por motivos distintos del interés por el avance científico. En los casos extraordinarios de investigaciones sin fines terapéuticos en menores e incapaces o personas con la competencia o autonomía disminuidas, se tomarán las medidas necesarias para evitar la posible explotación de estos sujetos.
 6. La contraprestación que se hubiere pactado por el sometimiento voluntario a la experiencia se percibirá en todo caso, si bien se reducirá equitativamente según la participación del sujeto en la experimentación, en el supuesto de que desista.
 7. En los casos de sujetos menores de edad e incapaces, el consentimiento lo otorgará siempre por escrito su representante legal (anexo 6 apartado 4), tras haber recibido y comprendido la información mencionada. Cuando...

Aunque lo anterior pudiera ser suficiente para entender el problema que se genera en los EC con los ancianos, queda un aspecto muy importante que deberá evaluarse en su momento. Por ello, al ser argumento principal, también se reproduce el siguiente artículo:

Artículo 13. Del seguro de los sujetos del ensayo.

1. La iniciación de un ensayo clínico con productos en fase de investigación clínica o para nuevas indicaciones de medicamentos ya autorizados o cuando no exista interés terapéutico para el sujeto del ensayo, sólo podrá realizarse si previamente se ha concertado un seguro que cubra los daños y perjuicios que como consecuencia del mismo pudieran resultar para la persona en que hubiere de realizarse.

2. El promotor del ensayo es el responsable de la contratación de dicho seguro de responsabilidad civil y éste cubrirá las responsabilidades del promotor, del investigador y sus colaboradores y del titular del hospital o centro donde el ensayo se realice.
3. Cuando por cualquier circunstancia el seguro no cubra enteramente los daños, el promotor del ensayo clínico, el investigador principal y el titular del hospital o centro donde se realice el ensayo, son solidariamente responsables, sin necesidad de que medie culpa, del daño que en su salud sufra el sujeto sometido al ensayo clínico, así como de los perjuicios económicos que de dicho daño directamente se deriven, siempre y cuando éste sea consecuencia del tratamiento con la sustancia o producto objeto del ensayo o de las medidas terapéuticas o diagnósticas que se adopten durante la realización del mismo.
4. Ni la autorización administrativa ni el informe del Comité Ético de Investigación Clínica eximirán de responsabilidad al promotor del ensayo clínico, al investigador principal y sus colaboradores o al titular del hospital o centro donde se realice el ensayo.
5. Se presume, salvo prueba en contrario, que los daños que afecten a la salud de la persona sujeta a ensayo, durante la realización del mismo y en el año siguiente a la terminación del tratamiento, se han producido como consecuencia del ensayo. Sin embargo, una vez concluido el año, el sujeto del ensayo está obligado a probar el nexo entre el ensayo y el daño producido.
6. A los efectos del régimen de responsabilidad previsto en el presente artículo, se considerarán objeto de resarcimiento todos los gastos derivados del menoscabo en la salud del sujeto sometido al ensayo, así como los perjuicios económicos que de dicho menoscabo directamente se deriven, siempre que éste sea consecuencia del sometimiento al ensayo clínico. No será objeto de resarcimiento bajo el régimen de responsabilidad previsto en el presente artículo, el daño que en su salud sufra el sujeto sometido al ensayo cuando éste sea inherente a la patología objeto de estudio, o se incluya dentro de los efectos secundarios propios de la medicación prescrita para dicha patología, así como de la evolución propia de su enfermedad como consecuencia de la ineficacia del tratamiento.
7. El importe mínimo que en concepto de responsabilidad civil estará asegurado será de 30 millones de pesetas por sujeto sometido a ensayo clínico, en concepto de indemnización a tanto alzado. En caso de que dicha indemnización se fije como renta anual constante o creciente, el límite de cobertura de dicho seguro será de al menos 3 millones de pesetas anuales por sujeto sometido a ensayo clínico. Se autoriza al ministro de Sanidad y Consumo para revisar los límites anteriormente establecidos.

IV. ALGUNAS NOTAS ÉTICAS Y DEONTOLÓGICAS

Como en el caso del apartado legislativo, las disposiciones del ámbito ético y deontológico, únicamente se reproducen de forma parcial.

La vigencia, por el momento, de dos Códigos de Ética y Deontología Médica, uno en Cataluña (13) y el otro, además de en aquella autonomía, en el resto de España (14), hace conveniente recordar lo que señalan respecto a la investigación sobre seres humanos.

En el Capítulo IX del Código de la Organización Médica Colegial española, se desarrolla la experimentación médica sobre la persona. En lo que afecta al objeto de estudio, indica:

Artículo 29

2. La investigación médica en seres humanos cumplirá las garantías exigidas al respecto con las declaraciones de la Asociación Médica Mundial. Requieren una particular protección en este asunto aquellos seres humanos biológica, social o jurídicamente débiles o vulnerables
5. El médico está obligado a mantener una clara distinción entre los procedimientos en fase de ensayo y los que ya han sido aceptados como válidos para la práctica correcta de la Medicina del momento. El ensayo clínico de nuevos procedimientos no privará al paciente de recibir un tratamiento válido.
6. El médico está obligado a utilizar prácticas validadas. No es deontológico usar procedimientos no autorizados, a no ser que formen parte de un proyecto de investigación debidamente formalizado.

Por su parte, el Consejo General de los Colegios de Médicos de Cataluña también trata este mismo aspecto en el Capítulo IX. Así se manifiesta, en lo que afecta a la cuestión tratada:

2. El médico no pondrá en marcha ninguna experimentación humana sin haber elaborado previamente un protocolo experimental bien explícito del cual pedirá la aprobación a comités de ética de investigación clínica o a otros comités interdisciplinarios ajenos a la experimentación.
8. El médico tiene el deber de difundir por los medios habituales de comunicación científica los resultados relevantes de sus investigaciones, tanto si son positivos como negativos y ha de abstenerse de participar en aquellas investigaciones en las que no tenga garantía de que podrá publicar los resultados obtenidos, sea cual sea su signo. El médico y el Colegio de Médicos se esforzarán para que el interés científico objetivo predomine sobre los intereses particulares y económicos de los que promueven la investigación.

10. El médico deberá tener especial cuidado en la difusión de los resultados de experimentaciones por los medios de comunicación social, que puedan conducir a equívocos. Se debe evitar siempre la creación de falsas expectativas en los pacientes, sobre todo en los afectados por enfermedades para las que no se haya encontrado una solución probadamente eficaz.

También ha sido muy recientemente ratificado por España (15) el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, el llamado Convenio de Oviedo. Cuando se ocupa de la experimentación científica, lo hace del siguiente tenor:

Artículo 16

No podrá hacerse ningún experimento con una persona, a menos que se den las siguientes condiciones:

- II) que los riesgos en que pueda incurrir la persona no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento,
- III) que el proyecto haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objetivo del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético,

Artículo 17

1. Sólo podrá hacerse un experimento con una persona que no tenga, conforme al artículo 5, capacidad para expresar su consentimiento acerca del mismo, cuando se den las siguientes condiciones:
 - I. que se cumplan las condiciones enunciadas en el artículo 16, párrafos (I) a (IV);
 - II. que los resultados previstos del experimento supongan un beneficio real y directo para su salud;
 - III. que el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos capaces de prestar su consentimiento al mismo;
 - IV. que la persona no exprese su rechazo al mismo.
2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la Ley, podrá autorizarse un experimento cuyos resultados previstos no supongan un beneficio directo para la salud de la persona si se cumplen las condiciones enumeradas en los párrafos (I), (III), (IV) y (V) del apartado anterior, así como las condiciones suplementarias siguientes:
 - I. el experimento tenga por objeto, mediante una mejoría significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfer-

medad o de su trastorno, contribuir a lograr en un determinado plazo resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o para otras personas de la misma categoría de edad o que padezcan la misma enfermedad o el mismo trastorno, o que presenten las mismas características;

11. el experimento sólo represente para la persona un riesgo o un inconveniente mínimo.

Finalmente, como norma de rango universal desde 1948, se reconoce la autoridad de la Declaración de Helsinki (16) que, presumiblemente ha sido revisada (17) en Edimburgo en la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial.

El texto actual marca las siguientes recomendaciones:

PRINCIPIOS BÁSICOS

1. La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con las normas científicas generalmente aceptadas y debe basarse sobre experimentos de laboratorio y en animales, realizados adecuadamente y con un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
2. El diseño y la realización de cada procedimiento experimental en seres humanos, debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe remitirse para consideración, comentarios y consejos a un comité especialmente designado, independiente del investigador y del promotor, con el entendido de que dicho comité independiente se establezca de acuerdo con las leyes y regulaciones del país en el que se realiza el experimento de investigación.
5. Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido de un cuidadoso estudio de los riesgos predecibles, en comparación con los beneficios posibles para el individuo o para otros individuos. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
7. Los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos, a menos que tengan la certeza que los riesgos inherentes son predecibles. Deben así mismo interrumpir todo experimento si los riesgos son mayores que los posibles beneficios.
8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico tiene la obligación de mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración, no deben ser aceptados para su publicación.

12. El protocolo de la investigación siempre debe contener una mención de las consideraciones éticas del caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta Declaración.

Investigación médica combinada con la atención médica profesional (Investigación Clínica):

1. Durante el tratamiento de un paciente, el médico debe contar con la libertad de utilizar un nuevo método diagnóstico y terapéutico si en su opinión da la esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos e incomodidades de un nuevo método deben ser evaluados en relación con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, él debe expresar las razones específicas de su decisión en el protocolo que se transmitirá al comité independiente.
6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica profesional a fin de alcanzar nuevos conocimientos médicos, pero siempre que la investigación se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

Vistas ya las bases normativas, se abordan sucesivamente los dos problemas principales a los que se ha hecho referencia más arriba.

V. EL PORQUÉ DEL OLVIDO DE UNA MAYORÍA: ¿NUDO GORDIANO O LAZADA SIMPLE?

A la que se había calificado como envidiable y escasa población mayor de 65 años, prácticamente sin mella, se la hace participar muy escasamente en los EC, como se ha visto.

Se dice que el rey frigio Gordio, ataba la lanza de su carro al yugo con un nudo en el que no se podía descubrir ninguno de los dos cabos. A la luz de lo expuesto en la legislación, no parece tan difícil explicar por qué ese núcleo de población, importante tanto por número como por ser potencial usuario, no está representado en los EC inespecíficos.

Una posible razón de peso, honradamente presumible, puede estribar en las consecuencias económicas que pudieran derivarse de su inclusión, de forma proporcional a su representación en la población. Las condiciones que marca el artículo 13 del Real Decreto 561/1993 respecto a las indemnizaciones, pueden ejercer de freno, comprensible desde el punto de vista empresarial.

Otra razón, también empresarial y superada la anterior, sería el retraso en la investigación. En esos conflictivos tramos de edad, la posibilidad de uno o más fallecimientos en los grupos investigados, es un suceso esperable y ello podría hacer necesaria la prolongación del EC para poder hacerlo aceptable.

Una tercera posibilidad podría ser la reticencia de ese grupo de población a entrar en los EC. A falta de mejor información, un estudio (18) realizado en los EE.UU. indica que, en un grupo de 4.281 personas mayores de 60 años, más del 93% de los participantes lo hacía por contribuir al progreso de la ciencia, por mejorar la salud de los demás y por mejorar su propia salud. Ciertamente es que se trataba de un estudio de prevención de la hipertensión y, por tanto, más específicamente diseñado.

Sea cual sea la razón, lo bien cierto es que cabe preguntarse si seguir la misma tendencia es lícito y ético.

¿Se cumple el dictado de la Ley General de Sanidad que impone algo tan diáfano como que *«La investigación en ciencias de la salud ha de contribuir a la promoción de la salud de la población. Esta investigación deberá considerar especialmente la realidad socio sanitaria...»?*

¿Se cumple el Código de Ética de Cataluña, que indica que *«El médico y el Colegio de Médicos se esforzarán para que el interés científico objetivo predomine sobre los intereses particulares y económicos de los que promueven la investigación»?* No deja de ser curioso, a este respecto, que en ninguna de las otras normas éticas y deontológicas, se haga una referencia tan explícita a este importante problema.

En estas cuestiones es siempre preferible que cada cual se dé la respuesta. Personal, íntima.

Pero se convendrá en que 6.662.000 personas, casi el 17% de la población española proyectada para el año 2000 (y mucho más para un cercano futuro) no deben ser consideradas como simples figurantes sin rumbo. Debe procurárseles un corifeo.

VI. INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y BUENA MUERTE

En este apartado se hace referencia a ese otro grupo de ancianos que sí están representados en los EC. En este caso en los específicos, probablemente porque no hay otros sujetos.

Para abordar este espinoso aspecto se ha de partir, necesariamente, desde la aceptación de que la investigación clínica es necesaria para el progreso de la ciencia médica. Pero aceptarlo no significa que los problemas éticos que la acompañan deban ser soterrados. Muy al contrario, deben evaluarse adecuadamente y decidir, a y en conciencia.

Un artículo (19) publicado en 1995, plantea los dilemas éticos que aparecen en el transcurso de los EC con pacientes psiquiátricos. Uno de los aspectos más llamativos es la calificación de algunos EC como prácticas de distanasia.

Al inicio, una de las preguntas planteadas era si en los EC específicos se respetan los postulados éticos internacionales.

En el anciano, enfermo psiquiátrico, incapaz, muchas veces recluido e inmobilizado, cuando se le incluye en un EC para evaluar la efectividad de un nuevo tratamiento, el experimento *¿tiene por objeto, mediante una mejoría significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfermedad o de su trastorno, contribuir a lograr en un determinado plazo resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o para otras personas de la misma categoría de edad o que padezcan la misma enfermedad o el mismo trastorno, o que presenten las mismas características?*

¿Hasta qué punto es aceptable obtener una mejoría que, como mucho, va a hacer al enfermo algo más consciente de su triste y muchas veces inhumana situación?

En el anciano, enfermo oncológico, incurable, cuando se le incluye en un EC para evaluar la efectividad de un nuevo tratamiento, el experimento, además de lo anterior, *¿sólo representa para la persona un riesgo o un inconveniente mínimo?*

Son preguntas. Únicamente cuestiones que cada uno ha de resolver.

VII. EL PAPEL DE LOS COMITÉS ÉTICOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

El elemento que debería ser clave en la adecuación de los EC a los estándares éticos, legales y también sociales, es el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC, en adelante) a los que el Real Decreto 561/1993 dedica el Título III. Según la norma, en cada centro participante en un EC, debe haber un CEIC que cuide los aspectos éticos y legales, desde antes del inicio, hasta la conclusión de la experiencia.

Este papel de los CEIC era resaltado recientemente (20) poniéndolo en relación con las directrices establecidas por el Instituto Nacional de la Salud de los EE.UU. para la adecuada representación de las mujeres en los EC.

Pero también en esta faceta es tiempo de mudanza. Enmarcada en las labores de aproximación de las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros de la Unión Europea, se encuentra dispuesta para su aprobación (21) una modificación que va a afectar a la aplicación de las buenas prácticas clínicas en la realización de ensayos clínicos de medicamentos de uso humano.

En el texto indicado, se prevé la actuación de los CEIC de la forma siguiente:

3. El comité ético emitirá dictamen tomando en consideración, en particular, los aspectos siguientes:
 - a) la pertinencia del ensayo clínico y de su diseño;
 - b) el protocolo;
 - c) la adecuación del investigador y del personal de apoyo;
 - d) la adecuación de las instalaciones;
 - e) la adecuación y exhaustividad de la información escrita que deba proporcionarse a los sujetos y a sus parientes, tutores y, en caso necesario, representantes legales de cara a la obtención del consentimiento informado;
 - f) las disposiciones previstas para la reparación o compensación en caso de lesión o muerte de un sujeto cuando ésta sea atribuible al ensayo clínico;
 - g) todos los seguros o indemnizaciones que cubran la responsabilidad del investigador y del promotor;
 - h) la medida en que los investigadores y sujetos puedan ser remunerados o compensados por su participación.

Aparentemente, si se atiende a la realidad, el diseño de los futuros EC, debería adaptarse a la realidad demográfica y cualquier desviación en ese campo, debería ser corregida antes del inicio de la experimentación.

Sin embargo, más hay que temer que se sigan dando los mismos hechos. Esta afirmación no es insustancial, puesto que en la propuesta de modificación, se recortan, aparentemente, las competencias de los CEIC, al menos en los EC multicéntricos. Así, de aprobarse lo previsto, cuando se tenga que realizar un EC multicéntrico, se precisará un único dictamen de un CEIC respecto a todos los extremos contenidos en los apartados a) a h) de la norma reproducida más arriba. Los CEIC del resto de centros participantes, deberán manifestarse únicamente respecto a las instalaciones y capacidad del centro, en relación con el ensayo clínico propuesto. Esto, naturalmente, se hará después de revisar el dictamen del CEIC principal, lo que permitirá aceptar o rechazar la participación de ese centro en el EC propuesto.

Como se ve, va a ser necesario aunar muchas voluntades si se pretende cambiar las cosas, aunque sea mínimamente.

VIII. CONCLUSIÓN

Un anciano debe ser la joya de la familia.

Después de todo lo expuesto, y lo avalado por otra bibliografía, debería sorprender que el Foro Europeo para las Buenas Prácticas Clínicas, en su reunión de Betseda (22) no haya hecho referencia a ninguno de los problemas que se han planteado, ni los tenga previstos para su próxima reunión de Bangkok, en octubre de 2000. Aunque, cierto es, en esto no marcan diferencias con la Asociación Médica Mundial ni con la Unión Europea, que también orillan estos problemas.

Ya como final, no está de sobra recordar algunos aspectos de lo recomendado por la Asociación Médica Mundial en su Declaración de Hong Kong sobre el Maltrato de Ancianos (23), que fue revisada en la 126ª Sesión del Consejo, en Jerusalén, en mayo de 1990:

Los ancianos presentan patologías múltiples como problemas motores, psíquicos y de orientación.

Debido a esto, necesitan ayuda en sus actividades diarias, circunstancia que puede llevar a un estado de dependencia. Esta situación puede hacer que sus familias y la comunidad los consideren como una carga y limiten la atención y servicios a un mínimo. Por estos antecedentes se debe considerar el tema del maltrato de ancianos.

El maltrato de ancianos se puede manifestar de diversas maneras, como físico, psicológico, financiero y/o material, maltrato médico o autoabandono. Las diferencias en la definición de maltrato de ancianos presentan dificultades al comparar las causas y naturaleza del problema.

Los médicos tuvieron un papel prominente en el movimiento de maltrato del niño, al definir y hacer público el problema y al crear una actitud pública. Sin embargo, el maltrato del anciano ha llamado la atención de la profesión médica recientemente.

Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial adopta los siguientes Principios Generales sobre el maltrato de los ancianos:

I. PRINCIPIOS GENERALES

1. Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás seres humanos.
2. La Asociación Médica Mundial reconoce que es responsabilidad del médico proteger los intereses físicos y psíquicos de los ancianos.

3. El médico debe velar, si es consultado por el anciano directamente, el hogar o la familia, por que el anciano reciba la mejor atención posible.

La Asociación Médica Mundial también presenta las siguientes recomendaciones a los médicos que tratan a los ancianos y exhorta a todas las asociaciones médicas nacionales a dar publicidad a esta Declaración entre sus miembros y la opinión pública.

II. RECOMENDACIONES

Los médicos que atiendan ancianos deben:

- Identificar al anciano que pueda haber sufrido maltrato y/o abandono.
- Informar toda sospecha de casos de maltrato y/o abuso de ancianos, conforme a la legislación local.

El médico, sea investigador o no, debe quedar como un garante más del bienestar de sus pacientes y debería procurar que, en todas sus actividades, se mantuviese el respeto a los postulados éticos y a la legislación vigente en cada momento.

Y sobre todo recordar, junto al resto de la gente, que *«Los ancianos deben tener los mismos derechos a atención, bienestar y respeto que los demás seres humanos»*.

BIBLIOGRAFÍA

1. HITZENBERGER G. La experimentación en el hombre. Cuadernos de Bioética, nº 28, Vol. VII, 1996.
2. <http://www.ine.es/escif/escifes/pobl99.pdf>.
3. <http://www.nfglobal.com/005/in/nacional.htm>.
4. <http://www.msc.es/farmacia/infinedic/documentos/indicadores 99. pdf>.
5. AVORN J. Including elderly people in clinical trials. British Medical Journal, 1997; 315: 1033.
6. BUGEJA G, KUMAR A, BANERJEE Ak. Exclusion of elderly people from clinical research: a descriptive study of published reports. British Med J. 1997; 315: 1059.
7. PAGE J, HENRY D. Consumption of NSAIDs and the development of congestive heart failure in elderly patients: an underrecognized public health problem. Arch Intern Med, 2000; 160(6): 777-84.

8. ROCHON PA, FORTIN PR, DEAR KB, MINAKER KL, CHALMERS TC. Reporting of age data in clinical trials of arthritis. Deficiencies and solutions. *Arch Intern Med*, 1993; 153(2): 243-8.
9. VERDÚ PASCUAL FA, CASTELLÓ PONCE. A. Randomised clinical trials: A source of ethical dilemmas. *J Med Ethics*, 2001; 27: 177-78.
10. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. España. 29 de abril de 1986. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
11. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. España. 22 de diciembre de 1990. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.
12. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. España. 13 de mayo de 1993. Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos.
13. <http://www.comb.es/passeig/deonto/cast/home.htm>.
14. <http://www.aeds.org/documentos/coddeon.htm>.
15. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. España. 20 de octubre de 1999. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y Medicina (Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina), Oviedo, 4 de abril de 1997.
16. http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html.
17. <http://www.wma.net/s/helsinki.html>.
18. SCHRON EB, WASSERTHEIL-SMOLLER S, PRESSEL S. Clinical trial participant satisfaction: survey of SHEP enrollees. SHEP Cooperative Research Group. Systolic Hypertension in the Elderly Program. *J Am Geriatr Soc*, 1997; 45(8): 934-8.
19. VOJTECHOVSKY M. Ethical dilemmas in geriatric psychiatry. *Cesk Psychiatr*, 1995; 91: 45-52.
20. WEIJER C.J. Selecting subjects for participation in clinical research: one sphere of justice. *J Med Ethics*, 1999; 25(1): 31-6.
21. http://europa.eu.int/eur-lex/es/com/dat/1999/es_599PC0193.html.
22. http://www.efgcp.org/workingparties/ethics/nih_bioethics.htm.
23. http://www.wma.net/s/policy/10-25_s.html.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. UNA APROXIMACIÓN DOCTRINAL A UN ELEMENTO FUNDAMENTAL EN LA PRÁCTICA ACTUAL DE LA MEDICINA

MARTA MUNIESA ZARAGOZANO Y MARÍA BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA

Resumen: La obtención del consentimiento informado es actualmente una práctica imprescindible que, basada en el respeto al libre albedrío y a los derechos fundamentales del paciente, debe servir para cimentar la confianza mutua, favorecer la relación médico-paciente y el proceso curativo.

Debe entenderse como un proceso de comunicación que se apoya en la información escrita, necesaria por imperativo legal, y en la oral, mucho más importante para la comprensión del paciente. No debe entenderse como algo estático, puntual y lamentablemente obligatorio que sirve al médico para defenderse de reclamaciones.

Sus objetivos son tres: legal, médico y ético-moral; y bien administrado puede constituirse en un instrumento óptimo al servicio de la humanización de la asistencia sanitaria, y la consecución de una elevada calidad asistencial.

Palabras clave: Consentimiento informado. Anciano. Comprensión. Revisión.

Abstract: Nowadays, obtaining the informed consent is an essential practice, which improves the doctor —patient relationship, based on the respect of the patient's free decision making as well as on his/her rights as a patient.

It is a communication process supported by written information, as a legal requirement, and by oral information, much more important for patient's understanding.

Its objectives are three: legal, medical and ethical/moral; and it constitutes one of the best elements to humanize the medical assistance, as well as a great support to achieve a high quality assistance.

Key words: Informed consent. Aged. Understanding. Review.

I. INTRODUCCIÓN

La información y el consentimiento no se pueden considerar como cuestiones puntuales, sino como parte de un proceso que promueve los valores fundamentales en las relaciones clínicas: comunicación entre personas, trato no discriminatorio y respeto por el derecho a decidir según las propias creencias y valores.

La relación médico-paciente ha experimentado más cambios en las dos últimas décadas que en los últimos veinte siglos. Ha pasado del tradicional paternalismo: relación asimétrica y vertical en la que el médico desempeñaba el papel de tutor y el paciente el de desvalido, a una relación más horizontal en la que la autonomía de los pacientes, su propio concepto de calidad de vida y su capacidad para tomar decisiones sobre su salud, deben ser elementos en todo momento presentes. Así, el paciente al que va dirigido el procedimiento es el que decide lo que considera beneficioso para sí, teniendo en cuenta tanto la información que el médico le proporciona como sus propios valores e ideales de vida, ya que el objetivo que se persigue actualmente no es tanto maximizar la salud del paciente, como obtener su bienestar, siendo responsabilidad del médico usar sus conocimientos para servir a este último fin.

En este nuevo modelo de relación, el consentimiento informado constituye un requisito inexcusable para la práctica de cualquier terapéutica, médica o quirúrgica, así como para cualquier tipo de exploración o prueba diagnóstica que signifique el más mínimo riesgo físico o moral para el sujeto (6).

Al hablar de consentimiento informado nos referimos a la obligación que tiene el médico de informar, con sencillez, de modo que sea comprendido por el enfermo, pero con objetividad y de forma completa, sobre los fines que tiene la exploración, intervención o terapéutica, de su naturaleza, de los riesgos que puede entrañar y de las alternativas que existan.

Hay que tener en cuenta que en la sociedad, y especialmente en la cultura mediterránea, el papel de la familia es fundamental como intermediaria entre el paciente y el médico en muchos casos. Este papel, que el paciente suele aceptar, tiende a ser paternalista. Desde el punto de vista ético, es perfectamente válido que el paciente transfiera voluntariamente su derecho de tomar decisiones a su familia. El problema aparece en los

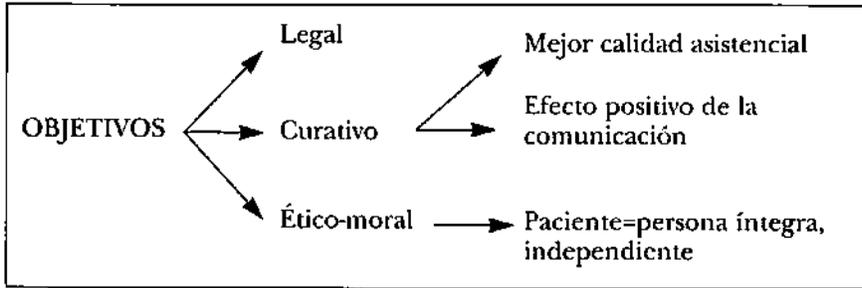
casos en que el paciente quiere ser informado y desea participar en la toma de decisiones pero la familia, sin embargo, prohíbe al médico dar esa información; en este caso, salvo evidencia de que se le vaya a producir un grave daño, el médico se convierte en salvaguarda del derecho del paciente a la información y al ejercicio de su libre albedrío en la toma de decisiones que le afecten.

En ocasiones, los requerimientos de información de los pacientes podrían ser limitados por la llamada «omisión de información por necesidad terapéutica» de los médicos, que justifica no informar a un paciente competente de un particular riesgo cuando el conocer ese riesgo perturbara o dañara al paciente. El uso de este privilegio tiene el peligro de minar la doctrina del consentimiento informado por lo que cualquier excepción basada en él debe ser estrechamente enmarcada y quien lo utilice debería poder demostrar que se tiene una evidencia clara y convincente de la alta probabilidad de causar un daño grave al paciente. No obstante, la tendencia entre los médicos de hoy en día, especialmente entre los menos tradicionales (en general, los más jóvenes), es hacia la búsqueda de un mayor poder de decisión para sus pacientes (7).

Además de todo lo expuesto hay que considerar la gran variedad de fenómenos médico-sociales que acompañan al proceso del envejecimiento, lo que puede acarrear dificultades añadidas a la hora de conseguir que el consentimiento cumpla todos los requisitos (5), como ejemplo se pueden citar las dificultades en visión y audición, la mayor incidencia de un bajo nivel cultural o el hecho de que, especialmente el paciente anciano, está más acostumbrado al modelo de relación médico-paciente que previamente describíamos como paternalista, expresando en menos ocasiones su interés en participar activamente en la toma de decisiones, mostrando una confianza, legalmente aceptable, en su médico (8). No menos importante será, para todo médico que quiera obtener un consentimiento informado realmente válido, el evaluar las capacidades del paciente tanto a la hora de asimilar la información como a la de otorgar o denegar el solicitado consentimiento (15, 16, 17, 18, 19, 20). También es frecuente que, en estos pacientes, el papel de la familia sea especialmente relevante por lo anteriormente expuesto y que además se tienda a la sobreprotección hasta el punto de llegar a anular, en determinadas ocasiones, el poder de decisión de la persona mayor.

El consentimiento informado del paciente no debe ser una meta en sí, no se trata de consentir o no, sino de involucrar a los pacientes que así lo deseen en la toma de decisiones. Podría, por tanto, concluirse que dicho documento obedece a tres objetivos: uno legal, en cumplimiento de la ley que lo hace obligatorio; otro médico, puesto que además de mejorar e incluso garantizar una mejor calidad asistencial, potencia el efecto positivo, curativo, de la relación médico-paciente; y por último, un objetivo ético o moral ya que proporciona una ocasión perfecta para humanizar un poco más la asistencia mejorando la calidad de la comunicación con el

paciente (9, 10), algo que resulta especialmente importante en este tipo de personas, mayores de 65 años, que a lo largo de su vida han adquirido la experiencia de tomar sus propias decisiones en muchos otros campos, de forma que el sentimiento de exclusión en asuntos tan importantes como su propio bienestar puede resultar doblemente negativo.



En este trabajo se realiza una aproximación al estado actual del uso, manejo, comprensión, utilidad y obligatoriedad del consentimiento informado en el anciano y en el marco de la Medicina hospitalaria.

El estudio se ha desarrollado en dos fases, en una primera se ha recogido toda la información disponible tanto desde el punto de vista legal como desde otras perspectivas acerca del consentimiento informado; en la segunda fase se han sintetizado los puntos más importantes contenidos en lo publicado acerca del consentimiento informado en pacientes mayores de 65 años, en el ámbito hospitalario, entre los años 1995 y 2000.

II. BASES Y EVOLUCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El proceso de información y toma de decisiones en el ámbito asistencial tiene su fundamento en los derechos humanos y concretamente en el derecho a la libertad, dicho de otra forma, en el derecho a decidir sobre nosotros mismos en todo aquello que nos afecta.

Tiene, por tanto, un carácter de imperativo ético, pero también es exigencia legal, como recogen la mayoría de las legislaciones occidentales.

El derecho más básico de los pacientes dentro de la ética médica y legal contemporánea es el del consentimiento informado y voluntario, que identifica el camino más apropiado desde el punto de vista moral, para estructurar relaciones de poder dentro del marco de la Medicina.

Como revisan Roldán y Perea (1) en materia de consentimiento informado y su evolución a lo largo del presente siglo, las decisiones judiciales

norteamericanas han sentado las bases para la introducción de toda la teoría del consentimiento informado en los países europeos. Los cuatro factores más decisivos para considerar el consentimiento informado como un requisito imprescindible para una relación sanitaria con calidad ética son:

- El desarrollo de la teoría en EE.UU.
- El movimiento de reivindicación de los derechos civiles.
- El Código de Nüremberg de 1947.
- El desarrollo de la Bioética.

También analizan la evolución de los casos judiciales norteamericanos respecto a este tema y encuentran que hasta el siglo XX la idea del consentimiento no se contempla en la concepción judicial de las responsabilidades de los médicos, pronunciándose sentencias sobre consentimiento basadas en actuaciones de agresión en los primeros años de este siglo. En estas primeras sentencias aparece por primera vez el término autodeterminación y se considera delito actuar sin contar con el consentimiento del paciente o ir en contra de su voluntad. Es en los años 70 cuando aparece el concepto de consentimiento informado, es decir, la obligación de informar al paciente acerca de su proceso y de su tratamiento para que pueda otorgar el consentimiento con conocimiento del acto médico propuesto. Surge a partir de entonces el problema de qué información dar y de los efectos que esta información puede producir en los pacientes, no importando su malestar o bienestar, sino su derecho a la autodeterminación.

La necesidad del consentimiento informado se encuentra recogida en todos los códigos y declaraciones éticas actuales. Así en la Declaración de Helsinki (1964), en sus apartados 3a, 3b y 3c, se trata la necesidad de obtener un consentimiento adecuado para la investigación biomédica con seres humanos, haciendo especial hincapié en la posibilidad de retirar el consentimiento por parte del paciente en cualquier momento y de la necesidad de obtener dicho consentimiento sin coacciones no bajo circunstancias de dependencia.

En la Declaración de Hawai (1977), en sus apartados 4 y 5, se habla de la necesidad de informar a los pacientes acerca de su estado y de que ningún tratamiento debe ser aplicado en contra de la voluntad de los pacientes a menos que sean incompetentes.

El consentimiento informado no debe ser una breve conversación rematada por la firma del paciente en un impreso con lo que se cierre la cuestión, sino que debe basarse en un diálogo continuado entre médico y paciente.

III. REQUISITOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El fundamento jurídico de los requisitos del consentimiento se encuentra en nuestro Código Civil (11, 12, 13). Éstos exigen, fundamentalmente,

capacidad y libertad del sujeto, disponibilidad del objeto por parte del titular y que la causa sea lícita.

Todos estos requisitos adquieren matices específicos cuando se refieren al consentimiento para un tratamiento médico y se podrían concretar en los siguientes elementos:

INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para que el consentimiento sea adecuado debe contener la información suficiente. Se debe describir de forma clara y asequible el proceso clínico, el procedimiento diagnóstico o la actuación terapéutica, explicando los riesgos típicos y frecuentes así como los menos frecuentes pero muy graves, procurando no convertir el proceso de información y consentimiento en un consentimiento «asustado».

El profesional sanitario debe mostrar una actitud disponible y cercana para que el paciente pueda plantear las dudas surgidas durante el proceso de información.

La información se debe aportar de modo delicado y progresivo, dejando al paciente que pregunte y resolviendo sus dudas.

Debe informar el médico responsable del paciente; en caso de trabajar en equipo o de intervención de varios servicios, como es habitual en los centros sanitarios, se debe acordar qué parte de la información corresponde a cada profesional.

El artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad declara que todos los usuarios tienen *«derecho a que se dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas al tratamiento»*.

El paciente es siempre el receptor de la información, excepto en los casos de incapacidad o de negativa a recibirla, en cuyo caso se informará a sus familiares o personas en las que haya delegado este derecho.

En cuanto a los límites de la información, en la legislación positiva española, no existen dichos límites. Debe tenerse en cuenta que el médico no tiene obligación de informar al paciente que se encuentra suficientemente informado, y que es posible prescindir de la información cuando el paciente se niega a recibirla, habiendo renunciado expresa y concluyentemente a ella.

LIBERTAD O VOLUNTARIEDAD DEL CONSENTIMIENTO

Para que el consentimiento sea válido debe ser otorgado de forma libre por el paciente.

En nuestro Ordenamiento Jurídico se indica que la libertad está restringida como consecuencia de intimidación y de violencia física, maqui-

naciones, error sobre el objeto del consentimiento y también información inadecuada (11).

Una información inadecuada puede privar de libertad al paciente ya que no conoce suficientemente las cuestiones que necesitaría para tomar una decisión válida. Por ello, la información debe ser completa y cuidadosa.

CAPACIDAD

La capacidad es la aptitud para realizar actos con trascendencia jurídica.

La validez del consentimiento informado estará condicionada, entre otros presupuestos, a la circunstancia de que el enfermo tenga capacidad natural de juicio y de discernimiento que le permita conocer el alcance del tratamiento médico al que se va a someter y poder así decidir consecuentemente.

En el caso de que el médico tenga la convicción de que el paciente no reúne las condiciones de madurez suficientes para consentir podrá dirigirse a los representantes legales, padres o tutores, para recabar su consentimiento (12).

En el caso de incapacitación, su consentimiento será verdaderamente relevante cuando su capacidad no se encuentre afectada por su proceso patológico (13), lo cual quedará indicado en la misma sentencia de incapacitación.

En el caso de que el interesado no esté capacitado para tomar decisiones, por ejemplo, privación de sentido por un accidente, lo que correspondería a una incapacidad de hecho y momentánea, por razones de urgencia, la Ley General de Sanidad en su artículo 10.b desplaza la responsabilidad de otorgar el consentimiento a los familiares o allegados. Los problemas que pueden plantearse entonces son dos: que no se conozcan familiares o allegados o que no quieran éstos adoptar la responsabilidad de otorgar el consentimiento. Para el primer problema es obligada la actuación del médico, basado en último extremo en el desamparo del paciente; en el segundo caso, es aconsejable solicitar la autorización judicial, sin perjuicio de la actuación de urgencia. Esto rige estrictamente por el periodo de tiempo en que concurra dicha situación, informándose al paciente tan pronto como se haya superado la misma.

En el caso de que el paciente esté inconsciente y estuviera en peligro grave su vida de no realizarse de manera urgente una intervención, el médico podrá actuar sin el consentimiento del paciente ni de los familiares o allegados, si no se encontrasen, amparado lícitamente por la eximente de estado de necesidad (14).

La intervención de los representantes legales deberá efectuarse siempre en beneficio del paciente, es decir, tomando en cuenta la protección de la vida y la salud del enfermo. Por ello, en caso de que los tutores o

allegados profesen una religión o creencias cuya aplicación suponga el rechazo de los tratamientos favorables para el paciente incapaz, tal decisión no es eficaz ya que se trataría de un abuso y no del ejercicio de un derecho.

IV. ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El proceso de elaboración del documento escrito de consentimiento informado no es complejo, si lo que se busca es favorecer la comunicación de información al paciente, con el objeto de que participe en la toma de decisiones. El documento debe asegurar la información adecuada y comprensible para el paciente. Además debe dejar la puerta abierta al paciente que quiera precisar o que desee más información y tiene que establecer con claridad la total libertad del paciente para reconsiderar su decisión en cualquier momento.

Si se consigue todo esto de manera correcta y suficiente, la otra función del documento, que es favorecer la protección jurídica del profesional sanitario, está garantizada.

IV.1. CONTENIDOS DEL DOCUMENTO

La exposición sobre una técnica diagnóstica-terapéutica, sus efectos beneficiosos, los adversos, las alternativas existentes y otros datos conocidos no es sino el resumen y la sistematización del proceso lógico que ha seguido el profesional para plantearse esa u otras posibilidades al atender a un paciente. Su conclusión sobre la indicación está basada en todos estos datos.

Redactar un documento de consentimiento informado es dejar constancia de que se ha informado al paciente y se le han dado los datos suficientes para que tome una decisión.

El lenguaje ha de ser asequible a personas que no conocen la terminología médica.

A veces no hay datos definitivos sobre algunas cuestiones por lo que sería conveniente revisar los datos más importantes sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico sobre el que versará el formulario escrito del consentimiento informado.

Estos documentos deben revisarse con regularidad, ya que se van produciendo una serie de cambios en las indicaciones, técnicas, etc., que varían lo expuesto en estas hojas informativas.

Hay que recordar que la información oral y las explicaciones son más importantes que lo escrito para la comprensión por parte del paciente.

Puede ser de gran ayuda seguir una línea de razonamiento a la hora de elaborar un documento de consentimiento informado.

IV.2. PREÁMBULO

Deben figurar el nombre y datos personales de la persona que se va a someter al procedimiento diagnóstico o terapéutico. En el caso de menores de edad y personas legalmente incapacitadas también debe constar el nombre de los padres o tutores legales, que han de ser los que otorguen el consentimiento.

Figurará también el nombre y número de colegiado del médico que informa, que no tiene necesariamente que ser el que va a practicar la intervención o la prueba.

Si hay testigos, familiares o personal sanitario, también se deben consignar sus datos.

IV.3. EXPOSICIÓN

Es la parte del documento que contiene la información suministrada al paciente. Variará de unos procedimientos terapéuticos a otros y según las circunstancias del sujeto.

Debe recoger, al menos, los siguientes puntos:

- descripción del procedimiento: en qué consiste, qué se va a hacer
- objetivos: para qué se hace
- beneficios / ventajas que se esperan obtener riesgos / molestias / efectos secundarios a corto, medio y largo plazo
- efectos previsibles de la no realización del procedimiento
- alternativas posibles
- motivo que lleva al sanitario a la elección de una y no otras posibilidades
- disponibilidad de seguir informando
- posibilidad por parte del paciente de reconsiderar la decisión tomada (consentimiento o denegación del mismo) cuando lo desee

Respecto a los riesgos y a los efectos esperables conviene comentar algunos aspectos como:

- consecuencias seguras del procedimiento
- riesgos típicos: los inherentes al procedimiento, tanto los muy frecuentes aunque sean poco graves, como los poco frecuentes cuando sean graves. No hay que incluir los riesgos excepcionales.

- riesgos personalizados: los derivados de las condiciones particulares del paciente en cuestión
- contraindicaciones

IV.4. FÓRMULA DE ACEPTACIÓN O CONSENTIMIENTO

Constituye la parte final del documento, pero no de la relación médico-paciente.

La firma es un trámite lógico. Con ella el paciente confirma haber sido informado, si ha aceptado o no el procedimiento propuesto. Y supone que ha entendido, preguntado y discutido con el profesional. En caso de imposibilidad del paciente, la firma debe ser del tutor, responsable legal o persona designada con anterioridad por el paciente.

Si el interesado rechazase el procedimiento médico tras ser informado, debe quedar constancia por escrito de dicho rechazo. Este punto puede ser importante en denuncias posteriores por mala praxis.

Junto con la firma del interesado se debe consignar igualmente la firma del médico que informa y las de los testigos si los hubiere.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

De la revisión de la literatura científica de los últimos 5 años en relación con el consentimiento informado en el anciano se deduce la existencia de un creciente interés por este tema. Los artículos publicados se enfocan desde puntos de vista muy diferentes, unos hacen mayor hincapié en los aspectos metodológicos del documento, en tanto que otros lo hacen en la vertiente humana del proceso de comunicación. Del estudio y análisis exhaustivo de todos ellos se pueden extraer las conclusiones que se exponen a continuación.

Las investigaciones publicadas sobre consentimiento informado se pueden dividir en varios apartados:

— Reclutamiento: la elección de los pacientes a los que se presenta el consentimiento es diferente en los casos en que se les incluye por ser candidatos a la aplicación de algún método diagnóstico o de tratamiento que requiera su aceptación, de aquellos que se eligen como potenciales elementos de un protocolo de investigación clínica.

— Capacidad para la toma de decisiones: para su evaluación los investigadores eligen, bien un método de capacidad global, bien uno más concreto. Aquellos que eligen un método global concluyen que hay una parte de la población en la que sería aconsejable la realización de pruebas para determinar dicha capacidad (15, 16, 17, 18). Los métodos concretos hacen

referencia a distintas partes que componen la capacidad de elección como comprensión, valoración por parte del paciente de su enfermedad... En concreto, entre los pacientes ancianos tiene especial relevancia el estudio de la demencia en relación con la posible disminución de esta capacidad, lo cual no resulta sencillo ya que los métodos utilizados no siempre resultan fiables, por ejemplo, el *Mini - Mental State Examination test* puede resultar insuficiente (19), siendo otras pruebas más complejas inviables en la práctica clínica. En este último caso se ha relacionado la efectividad de los test en comparación con la apreciación del grado de capacidad por parte de psiquiatras siendo los resultados variables (20).

— **Voluntariedad:** hay pocas investigaciones al respecto. Se suelen basar, sobre todo, en el conocimiento de la posibilidad de rechazo (21). Parece interesante la valoración de las posibles consecuencias en este campo de la omisión, frecuente en la práctica clínica, de la explicación de alternativas a tener en cuenta, ya que lo habitual es que el médico presente una única opción, que considera óptima, al paciente para su aceptación o rechazo.

— **Revelación:** parte de los artículos hacen referencia a la forma en que se informa al paciente y al hecho de que éste quede o no satisfecho con la cantidad de la información recibida. Otra parte explora el campo de la información suministrada en sí, los medios que se utilizan, los contenidos. Es en este punto en el que más dudas suelen asaltar a los médicos encargados de informar al paciente, ya que en ningún estudio se concluye cuánta información es suficiente, cuál es el mejor método de comunicación... Aunque sí están de acuerdo en que el establecimiento de una relación médico-paciente abierta, que permita la comunicación fluida entre ambos es un método realmente útil, tanto para el paciente, que se siente más satisfecho, como para el médico, que se asegura de haber tenido en cuenta la voluntad de su paciente a la hora de elegir el procedimiento.

— **Comprensión:** la mayoría de los artículos tratan este tema, para lo cual unos tienen en consideración la memoria a corto plazo y/o la comprensión de los términos médicos, en tanto que otros creen más importante la memoria a largo plazo. Un gran número de estudios muestran que el aumento de la edad se relaciona con menores comprensión y memoria. En el estudio de este apartado algunos autores utilizan escalas de inteligencia verbal como la *Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)* (22), otros tienen en cuenta el estado anímico del paciente, el grado de estrés... (23). En muchos de ellos se considera importante el nivel cultural del paciente a la hora de entender correctamente lo que se le propone.

— **Formato:** los estudios demuestran que una presentación simplificada mejora la comprensión. La legibilidad es un parámetro que afecta directamente a cómo el paciente entiende lo que lee (24, 10). También se constata que no todos los pacientes leen los formularios antes de firmarlos. Es destacable el hecho de que varios estudios intentan discernir si es más útil la información al paciente de forma verbal, escrita o mixta (25).

— Autorización: parece que el hecho de ser necesaria la autorización por escrito no afecta al grado de participación de los pacientes en los estudios.

VI. CONCLUSIÓN

A través de todo lo expuesto hemos querido revisar y reunir la doctrina relativa al consentimiento informado y a su papel en la relación médico-paciente, las recomendaciones de los expertos acerca de la estructura y contenido del documento, así como el marco jurídico en el que nos movemos.

Al comparar todo ello con la realidad cotidiana de su uso en la práctica médica observamos cómo aquélla se aleja del ideal marcado y es todavía largo el camino por recorrer hasta aproximarnos al mismo.

Se necesitaría de la realización de estudios en los que se revise el uso del consentimiento informado no tanto como documento o papel al servicio de la defensa jurídica del médico, sino como un proceso consustancial a la actividad clínica, potenciador de la calidad asistencial y de la relación médico-paciente, cuyo manejo apropiado permite, por tanto, cumplir los tres objetivos fundamentales: legal, ético-moral y asistencial.

En definitiva, el proceso de informar al paciente para que otorgue de forma válida su consentimiento lleva implícita la esencia de la práctica de la Medicina: una respetuosa búsqueda del bienestar de los demás.

BIBLIOGRAFÍA

1. ROLDÁN B, PEREA B. El consentimiento informado en la práctica médica. Public Smithkline Beecham, 1996.
2. GIBERT CALABUIG JA. Medicina legal y Toxicología. Barcelona: Salvat, 1991.
3. BARCIA D. Confidencialidad y consentimiento informado en Psiquiatría Public DupharSolvay, 1998.
4. SERVICIO VASCO DE SALUD. Guía práctica para la elaboración de documentos de información y consentimiento, 1998.
5. SUGARMAN J, McCRORY DC, HUBAL RC. Getting meaningful informed consent from older adults: a structured literature review of empirical research. *J Am Geriatr Soc*, 1998; 46 (4): 517-24.
6. FADEN RR, BEAUCHAMP TL. A History and Theory of informed consent. New York; Oxford University Press, 1986.
7. HERRERO DE DIOS A, REYES MARTÍN A, GARCÍA ARETES F. Consentimiento informado en un área de atención primaria. *Aten Primaria*, 2000; 25(9): 625-9.

8. McCORMACK D, EVOY D, MULCAHY D, WALSH M. An evaluation of patients comprehension of orthopaedic terminology: implications from informed consent. *J R Coll Surg Edinb*, 1997; 42(1): 33-5.
9. GÓMEZ RUBÍ JA. Los documentos de consentimiento informado en España, ¿una oportunidad perdida? *Jano*, 2000; 1358: 84-7.
10. BJORN E, ROSSEL P, HOLM S. Can the written information to research subjects be improved. An empirical study. *J Med Ethics*, 1999; 25(3): 263-7.
11. Código Civil, artículos 1267 y 1268.
12. Código Civil, artículos 154 y 267.
13. Código Civil, artículo 210.
14. Ley General de Sanidad, artículo 10.6.
15. GEISELMAN B, HELMCHEN H. Demented subjects' competence to consent to participate in field studies: The Berlin ageing study. *Med Law*, 1994; 13: 177-184.
16. GURIAN B, BAKER E, JACOBSON S *et al*. Informed consent for neuroleptics with elderly patients in two settings. *J Am Geriatr Soc*, 1990; 38: 37-44.
17. HOFFMAN BF, SRINIVASAN J. A study of competence to consent to treatment in a psychiatric hospital. *Can H Psychiatry*, 1992; 37: 179-182.
18. JANOFSLY J, MCCARTHY R, FOLSTEIN M. The Hopkins Competency Assessment Test: A brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. *Hosp Community Psychiatry*, 1992; 43: 132-136.
19. FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, McHUGH PR. «Mini-Mental State»: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 1975; 12: 189-198.
20. KITAMURA T, KITAMURA F. Reliability of clinical judgement of patients' competency to give informed consent: a case vignete. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2000; 54(2): 245-7.
21. HUANG TL, YANG MJ, WEN JK, YEH EK. Treatment refusal: analysis of 15 cases. *Chang Keng I Hsueh Tsa Chih*, 2000; 23(4): 218-23.
22. MILLER CK, O'DONELL DC, SEARIGHT HR, BARBARASH RA. The Deaconess Informed Consent Comprehension Test: an assessment tool for clinical research subjects. *Pharmacotherapy*, 1996; 16(5): 872-8.
23. SCHAEFFER MH, KRANTZ DS, WICHMAN A, MASUR H, REED E, VINICKY JK. The impact of disease severity in the informed consent process in clinical research. *Am J Med*, 1996; 100(3): 261-8.
24. GRIBBLE JN. Informed consent documents for BRCA1 and BRCA2 screening: how large is the readability gap? *Patient Educ Couns*, 1999; 38(3): 175-83.
25. AARONSON NK, VISSER-POL E, LEENHOUTS GH, MULLER MJ, VAN DER SCHOT AC, VAN DAM FS, KEUS RB, KONING CC, TEN BOKKEL HUININK WW, VAN DONGEN JA, DUBBELMAN R. Telephonebased nursing intervention improves the effectiveness of the informed consent process in cancer clinical trials. *J Clin Oncol*, 1996; 14 (3): 984-96.

EL PROBLEMA DEL TAMAÑO MUESTRAL EN ESTUDIOS POBLACIONALES DE INTERÉS GENÉTICO-FORENSE

E. ARROYO PARDO¹ Y M. SÁNCHEZ GARCÍA²

Resumen: Dentro de la literatura de interés médico legal, aparecen un gran número de publicaciones de estudios poblacionales en los que se describen las frecuencias alélicas de sistemas polimórficos de ADN. La importancia de este tipo de trabajos se basa en la utilidad de los datos de frecuencias a la hora de evaluar hipótesis descritas en informes periciales en términos de probabilidad matemática.

Por lo tanto, a la hora de llevar a cabo estudios poblacionales de interés médico legal resulta útil responder a dos preguntas que constituyen el objeto de este trabajo: por un lado, determinar un procedimiento de elección del tamaño muestral más idóneo. Por otro lado, conocer la utilidad de emplear frecuencias alélicas de distintas poblaciones de referencia en el cálculo de las probabilidades en informes periciales.

Palabras clave: Genética de poblaciones. Polimorfismo. Tamaño muestral. Frecuencias alélicas.

Abstract: Medico legal literature contains a large number of papers on population genetics describing allelic frequencies of DNA polymorphic systems. The importance of these contributions relies on frequency data used to caculate mathematical probabilities of the different hypotheses in forensic reports.

Therefore, it is very useful for populational studies to answer questions related to two different points which constitute the object of this study: the knowledge of the procedure to determine the optimum sample size and

¹ Laboratorio de Biología Forense, Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, 28040-Madrid, Spain.

² Sección de Estadística, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, 28040-Madrid, Spain.

the suitability of using allelic frequency data from different reference populations.

Key words: Population genetics. Polymorphism. Sample size. Allelic frequencies.

I. INTRODUCCIÓN

La literatura especializada dentro del campo de la Medicina Legal dedica un número de páginas creciente a estudios poblacionales de marcadores genéticos empleados en pruebas periciales (investigación biológica de la paternidad, criminalística, identificación personal, etc.). La razón para ello es que, dado que los informes periciales presentan las distintas hipótesis de un caso concreto en términos de probabilidad, los cálculos se realizan en función de las frecuencias alélicas disponibles obtenidas de muestras extraídas de la población de referencia, a partir de las cuales se estiman las probabilidades alélicas de los sistemas genéticos empleados en el informe. Dado que en la población de referencia, es decir, en la población a la que pertenece el individuo encausado o sobre el que se realiza la prueba médico-legal, las probabilidades alélicas pueden variar en función de condicionantes étnicos, raciales, históricos, etc., de dicha población, suele ser necesario conocer estimaciones de la distribución de probabilidad génica sobre los marcadores empleados dentro de las diferentes poblaciones que pueden presentarse al perito. Para determinar si las distribuciones de probabilidad de dos o más poblaciones son iguales o no; es necesario conocer estimaciones de las probabilidades alélicas con suficiente precisión; ya que su cálculo exacto es imposible en la práctica, pues para ello se necesitaría tipar a todos los individuos de la población de referencia. Utilizando la técnica de estimación por intervalos de confianza, se tiene que toda frecuencia génica lleva asociado un intervalo de confianza que establece las cotas dentro de las cuales se situará, salvo el error determinado por el nivel de significación, la probabilidad del alelo correspondiente en la población de referencia.

Por lo tanto, el problema de la estimación de las probabilidades alélicas, consiste en conseguir intervalos de confianza, calculados en función de las frecuencias alélicas disponibles, que sean lo suficientemente precisos. De este modo, la primera pregunta que surge es conocer cuál es el tamaño muestral mínimo que debe tomarse para estimar las probabilidades alélicas con cierta precisión. La otra pregunta que puede plantearse se formula como: ¿Es absolutamente necesario emplear en la estimación de las probabilidades alélicas de una determinada población, tan sólo las frecuencias alélicas disponibles de la citada población?; o bien: ¿Se pueden utilizar conjuntamente las frecuencias alélicas correspondientes a varias

poblaciones con el fin de obtener una estimación más precisa de dichas probabilidades? Como explicaremos a continuación, ambas preguntas están relacionadas.

II. MÉTODOS DE CÁLCULO DEL INTERVALO DE CONFIANZA

A la pregunta de cuál es el tamaño muestral mínimo necesario para estimar una determinada probabilidad génica, hay que contestar con la pregunta de con qué precisión o, en otras palabras, de cómo de bueno se quiere que sea el estimador. Puesto que se va a estimar por intervalos de confianza, preferentemente, se necesita determinar un tamaño muestral adecuado para que el intervalo de confianza tenga una determinada longitud.

Sea \bar{P}_n el estimador analógico¹ de la probabilidad de un alelo cualquiera, para una muestra de tamaño n ; (\bar{P}_n es calculado en función de la muestra) y p la probabilidad poblacional real (la verdadera probabilidad en la población). Entonces, se puede calcular la probabilidad, en el espacio de todas las posibles muestras, de que el estimador \bar{P}_n difiera del parámetro p , lo mismo o menos que una cantidad determinada por el investigador, conocida como precisión ε error de precisión. Tal probabilidad se denota por $1-\alpha$ y se denomina coeficiente de confianza. Por convenio se suele establecer $1-\alpha$ como 0.95 y, por tanto, $\alpha=0.05$. El valor de α se llama nivel de significación. Esto se resume en la siguiente expresión:

$$P\left\{|\bar{P}_n - p| \leq \varepsilon\right\} \geq 1 - \alpha$$

La expresión general de lo que decimos es bastante sencilla de comprender. De ella se deduce fácilmente que el tamaño muestral necesario dependerá de la precisión ε y del nivel de significación α . Por lo tanto, los valores del tamaño muestral n , la precisión ε y el nivel de significación α son dependientes; esto es, están relacionados entre sí. Por eso, si ε se hace suficientemente pequeño, entonces el tamaño muestral puede ser enorme para los costos que puede asumir un laboratorio.

Desde un punto de vista teórico, cada estimador de la probabilidad alélica lleva asociado un intervalo de confianza, $[\bar{P}_n - \varepsilon, \bar{P}_n + \varepsilon]$ que en las publicaciones suele aparecer equivocadamente como «error estándar». Para calcular con facilidad el intervalo de confianza se suele utilizar el Teorema Central del Límite, que se expresa por la fórmula:

¹ Estimador analógico o estimador por analogía es estimar cualquier característica de la población por la correspondiente o análoga característica de la muestra.

$$P\left(\left|\frac{\bar{P}_n - P}{\sqrt{\frac{\bar{P}_n(1-\bar{P}_n)}{n}}}\right| \leq \frac{\varepsilon}{\sqrt{\frac{\bar{P}_n(1-\bar{P}_n)}{n}}}\right) = 1 - \alpha$$

De la fórmula previa se deduce, teniendo en cuenta las propiedades de la variable normal estandarizada, la siguiente expresión:

$$n(\alpha/2) = \frac{\varepsilon}{\sqrt{\frac{\bar{P}_n(1-\bar{P}_n)}{n}}}$$

siendo $n(\alpha/2)$ el valor crítico de una variable normal estandarizada que deja a su derecha una probabilidad de $\alpha/2$.

De la fórmula anterior se calcula el error de precisión ε , en función del valor crítico $n(\alpha/2)$ y del estimador \bar{P}_n , por la fórmula:

$$\varepsilon = \sqrt{\bar{P}_n(1-\bar{P}_n)} \cdot n(\alpha/2)$$

Teniendo en cuenta que:

$$P\left(\left|\frac{P_n - P}{\sqrt{\frac{\bar{P}_n(1-\bar{P}_n)}{n}}}\right| \leq n(\alpha/2)\right) = 1 - \alpha$$

operando se pasa a la fórmula:

$$P\left(-n(\alpha/2)\sqrt{\frac{\bar{P}_n(1-\bar{P}_n)}{n}} \leq \bar{P}_n - p \leq n(\alpha/2)\sqrt{\frac{\bar{P}_n(1-\bar{P}_n)}{n}}\right) = 1 - \alpha$$

y despejando p de la fórmula anterior, se obtiene la fórmula:

$$P \left(p \in \left[\bar{p}_n \pm n(\alpha/2) \sqrt{\frac{\bar{p}_n(1-\bar{p}_n)}{n}} \right] \right) = 1 - \alpha$$

es decir, que la probabilidad, calculada como función de todas las posibles muestras, de que el verdadero p esté dentro del intervalo de confianza aleatorio es $1-\alpha$. Cuando α es 0.05 entonces ese $n(\alpha/2)$ vale 1.96. Normalmente en las publicaciones se calcula el intervalo obviando ese término, con lo que se hace $n(\alpha/2) = 1$ y entonces quiere decir que $1-\alpha$ es alrededor del 0.7. Esto implica que la probabilidad auténtica sólo pertenecería al intervalo de confianza considerado en el 70% de los casos. Como puede verse, esta estimación tiene unas posibilidades de error notables, ya que el intervalo de confianza estimado de esta forma no contiene el verdadero valor de la probabilidad p en el 30% de los casos. En otras palabras: si se vuelve a muestrear la población hay un 30% de probabilidad de que el verdadero valor de p caiga fuera del intervalo previamente citado.

III. MÉTODO DE CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

De todo lo dicho anteriormente se infiere que el tamaño muestral se calcula a partir de la fórmula:

$$\frac{\frac{\varepsilon}{\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}}}{n(\alpha/2)} \geq n(\alpha/2)$$

siendo p la verdadera probabilidad, que suele ser desconocida.

Despejando n se obtiene :

$$n \geq \frac{n(\alpha/2)^2 p(1-p)}{\varepsilon^2}$$

que es la fórmula para el cálculo del tamaño muestral.

Ahora bien, p suele ser desconocido total o parcialmente. Si se desconoce totalmente, el valor de p que maximiza el tamaño muestral es $p=0.5$; en cuyo caso la fórmula del tamaño muestral es:

$$n \geq \frac{n(\alpha/2)^2 \cdot 0.25}{\epsilon^2}$$

Si se toma $\alpha=0.05$; entonces:

$$n \geq \frac{1.96^2 \cdot 0.25}{\epsilon^2}$$

y para un valor de la precisión igual a 0.01; el tamaño muestral sería de 9.604, que es un tamaño muestral demasiado elevado para los recursos de los laboratorios.

Dado que habría que muestrear un gran número de individuos para garantizar un error aceptable, la solución de carácter estrictamente práctico es adaptar la muestra a los medios materiales que se dispone. No obstante, desde un punto de vista teórico, un criterio podría ser que \bar{P}_n (la frecuencia muestral) no supere en el 10% a p. Si fijamos este criterio, el tamaño muestral se calcularía por la fórmula:

$$n \geq \frac{1.96^2 (1-p)}{0.1^2 p^2}$$

En este supuesto el tamaño muestral n está en función de p. Para un valor de $p=0.1$; el tamaño muestral sería igual a 3.804 que es enorme para los recursos disponibles; por lo cual un error relativo de 1 décima sería excesivo.

Si de lo que se trata es de estimar conjuntamente las frecuencias de varios alelos, entonces se debe cumplir:

$$[|\bar{p}_1 - p_1| \leq \epsilon] \cap [|\bar{p}_2 - p_2| \leq \epsilon] \cap \dots \cap [|\bar{p}_m - p_m| \leq \epsilon]$$

es decir, que todas las estimaciones difieran de la probabilidad real como mucho en ϵ . Si se supone que los estimadores son independientes, y que la probabilidad de cada término es $1-\alpha$; entonces la probabilidad conjunta es de $(1-\alpha)^m$. Si se quiere que esta probabilidad sea igual a 0.95; entonces:

$$\alpha = 1 - 0.95^{1/m}$$

Para 10 alelos, el valor de α es igual, aproximadamente, a 0.005, que se correspondería con un valor de $n_{(\alpha/2)} = 2.8$; mientras que si el número de alelos es 5, el valor α es igual a 0.01, y el valor de $n_{(\alpha/2)} = 2.58$. Los valores de 2.5 para un número de alelos próximos a 5, y de 3 para un número de alelos próximos a 10; serían unas buenas aproximaciones. Tomando un valor aproximado de 3, la expresión para el cálculo del tamaño muestral se verá modificada para quedar:

$$n \geq \frac{3^2 p (1-p)}{\varepsilon^2}$$

eligiendo, de entre todos los posibles, el valor de p que proporcione el tamaño muestral mayor.

Si se tuviera información previa acerca de los valores de p_i , $i = 1, 2, \dots, m$, se debe proceder por tanteo, utilizando como valores de p los valores de las frecuencias relativas de los alelos previamente publicadas que proporcionen en la expresión anterior los tamaños muestrales mayores. Los intervalos de confianza son dependientes de la precisión de las estimaciones y ambos son funciones del nivel de significación y del tamaño muestral.

IV. DISCUSIÓN

En general se admite que para la realización de los cálculos de probabilidad de informes periciales debe emplearse la distribución de frecuencias de la población de referencia, con el objeto de obtener valores de probabilidad más ajustados a la realidad.

No obstante, hemos visto que toda estimación de frecuencias poblacionales lleva asociado un intervalo de confianza que está casi siempre en función de los medios materiales del laboratorio. Si $[a_1, b_1]$ y $[a_2, b_2]$ son los intervalos de confianza para las probabilidades de un cierto alelo en las poblaciones 1 y 2, entonces cuando $[a_1, b_1] \cap [a_2, b_2] = \emptyset$ es obligado estimar la probabilidad del alelo en cada población por las frecuencias relativas de dicha población. En caso contrario no podríamos estar seguros de que las estimaciones obtenidas corresponden a poblaciones con distribuciones de frecuencias diferentes.

Asimismo, a menudo suelen emplearse matrices de frecuencias alélicas de diferentes sistemas para distintas poblaciones, a fin de estudiar la similitud genética relativa de dichas poblaciones (1, 2). Esta similitud se calcula mediante algún algoritmo de «distancia genética», de manera que finalmente dicha similitud puede representarse en forma de árbol o dendrograma (3, 4, 5, 6). Una crítica que puede realizarse a estos procedimientos es que las matrices de las que se parte se construyen prescindiendo de los

intervalos de confianza de las respectivas estimaciones de frecuencias poblacionales. Por consiguiente, las representaciones obtenidas pueden producir falsas semejanzas o desemejanzas, sesgadas por el hecho de que se puedan estimar diferentes probabilidades aun en el caso de que los intervalos de confianza no sean disjuntos.

Como el tamaño muestral está condicionado por costos económicos, accesibilidad de las muestras, etc., los resultados de frecuencias obtenidos estarán siempre en función de las condiciones en que la muestra ha sido tomada.

Es necesario decir cuál es el tamaño muestral del que se ha dispuesto, cómo ha sido seleccionada la muestra y poner unos intervalos de confianza adecuados. Una buena aproximación al problema sería calcular los intervalos, aplicando el Teorema Central del Límite, como:

$$P_i \in \left[\bar{P}_i \pm 1.96 P_i \times \sqrt{\frac{\bar{P}_i (1 - \bar{P}_i)}{n}} \right]$$

siendo n el tamaño muestral, y \bar{P}_i la frecuencia relativa del alelo i -ésimo en la muestra. El valor 1.96 es el valor que toma una función de distribución $N(0,1)$ para $\alpha/2=0.025$. Este procedimiento podría emplearse para cualquier sistema autosómico de ADN de los empleados convencionalmente en estudios médico-legales. Para el caso de sistemas ligados a cromosoma Y el cálculo es diferente y, en el caso de sistemas ligados al cromosoma X, se demuestra que el intervalo de confianza depende del procedimiento de muestreo (datos no publicados).

Tanto a la hora de los informes periciales como en lo respectivo a la comparación de poblaciones es necesario tener en cuenta los intervalos de confianza. Respecto a la primera cuestión, es necesario desarrollar procedimientos de comparación de poblaciones que tengan presentes los intervalos de confianza de las frecuencias empleadas en la matriz (7).

En lo respectivo a los informes médico-legales, no resulta imprescindible emplear únicamente las frecuencias de la población de referencia, en la medida en que los intervalos de confianza asociados con dichas frecuencias se puedan solapar con los intervalos de confianza correspondientes a las frecuencias alélicas de otras poblaciones.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo se ha realizado dentro del Proyecto Multidisciplinar de la Universidad Complutense PR182/96 n° 6745.

BIBLIOGRAFÍA

1. SAJANTILA A, PÄÄBO S. Language replacement in Scandinavia. *Nat Genetics*, 1995; 11: 359-360.
2. GARCÍA FERNÁNDEZ E, ARRIETA A, RIÑÓN M, MAURI N, ARRANZ MC, PEÑA JA, GARCÍA MASDEVALC MD. Genetic polymorphisms of HLA Class I and Class II Systems in the Basque population. *Transp Proceedings*, 1997; 29: 3707-3709.
3. CAVALLI-SFORZA LL, EDWARDS AWF. Phylogenetic analysis: Models and estimation procedures. *Am J Human Genet*, 1967; 19: 233-257.
4. SNEATH PHA, SOKAL RR. *Numerical Taxonomy*. San Francisco: Freeman, 1973.
5. REYNOLDS J, WEIR BS, COCKERHAM CC. Estimation of the coancestry coefficient: Basis for a short-term genetic distance. *Genetics*, 1983; 105: 767-779.
6. SAITOU N, NEI M. The neighbor-joining method: a new method for reconstructing phylogenetic trees. *Mol Biol Evol*, 1987; 4: 406-425.
7. SÁNCHEZ M, ARROYO E, BANDRÉS F. Discriminación de poblaciones con mínimo costo. *Cuad Bioest Apli Infor*, 1998; 16(1): 5-12.

BASE DE DATOS DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS EN LA POBLACIÓN DE ASTURIAS

MARÍA BEGOÑA MARTÍNEZ JARRETA¹, FABRICIO GONZÁLEZ-ANDRADE¹,
EMILIO ABECIA¹, RAFAEL HINOJAL²
Y ANDRÉS MARTÍNEZ-CORDERO²

Resumen: La elaboración de una base de datos de distribución de polimorfismos genéticos en la población general es condición indispensable para el uso de los mismos en la resolución de casos en Genética Forense. Con el objetivo de facilitar la resolución de estos casos cuando la población asturiana se vea implicada en los mismos, se ha ido confeccionando a lo largo de los últimos años la primera Base de Datos de polimorfismos genéticos en la población del Principado de Asturias. Para la elaboración de esa base de datos se han tipificado los sistemas HLA DQ A1 y los incluidos en el kit «Polymarker», así como los *loci* microsatélites HUMCSFIPO, HUMTPOX, HUMTH01, HUMF13A01, HUMFES/FPS, HUMvWA, D18S535, D1S1656 y D12S391, y los microsatélites del cromosoma Y, DYS19, DYS385, DYS388, DYS389 I, DYS389 II, DYS390, DYS391, DYS392 y DYS393. Se han obtenido las frecuencias alélicas de cada sistema y los parámetros de eficiencia forense. Concluimos que, dentro del conjunto de sistemas analizados hasta el momento en la población asturiana, son los STRs los marcadores más útiles desde una perspectiva forense. Este estudio constituye una fuente de información para la antropología molecular en el contexto del análisis de los movimientos migratorios y el origen y parentesco entre los pueblos.

Palabras clave: Polimorfismos. HLA DQA1. Polymarker. STRs. Cromosoma Y. Base de Datos. Asturias.

Abstract: The preparation of a database with the distribution of genetic polymorphisms in the general population is essential to be able to use

¹. Departamento de Medicina Legal, Universidad de Zaragoza, Aragón.

² Departamento de Medicina Legal, Universidad de Oviedo, Asturias.

them for solving cases in Forensic Genetics. In order to make it easier to solve these cases when people from Asturias are involved in them, over the last few years the first Database of genetic polymorphisms has been prepared on the population of Asturias. In order to prepare that database the HLA DQ A1 systems and those included in the «Polymarker» kit have been typed, as well as the microsatellite loci HUMCSF1PO, HUMTPOX, HUMTHO1, HUMF13A01, HUMFES/FPS, HUMvWA, D188535, D1S1656 and D12S391 and the microsatellites of the Y-chromosome, DYS19, DYS385, DYS388, DYS389 I, DYS389 II, DYS390, DYS391, DYS392 and DYS393. The allelic frequencies of each system have been obtained as well as the forensic efficiency parameters. We conclude that, within the group of systems analysed to date on the Asturias population, the STRs are the most useful markers from a forensic viewpoint. This study is a source of information for molecular anthropology in the context of the analysis of the migratory movements and the origin and relationship between peoples.

Key words: Polymorphisms. HLA DQA1. Polymarker. STRs. Chromosome. Database. Asturias.

I. INTRODUCCIÓN

La elaboración de una base de datos de distribución de polimorfismos genéticos en la población general es condición indispensable para el uso de los mismos en la resolución de casos en Genética Forense. Con el objetivo de facilitar la resolución de estos casos cuando la población asturiana se viera implicada en los mismos, se ha ido confeccionando a lo largo de los últimos años la primera Base de Datos de polimorfismos genéticos en la población del Principado de Asturias. Al interés forense de esa base de datos se une el antropológico, dado que esta región no fue cobijada de las antiguas migraciones árabes que han marcado fuertemente al resto de españoles y sí ha sido destino de recientes movimientos migratorios internos del sur al norte dentro de la península. Por otro lado, los asturianos, como los gallegos y los vascos, han dejado un importante legado genético en Iberoamérica que estudios como este pueden ayudar a desentrañar.

Asturias se encuentra en el noroeste de España y tiene una población de aproximadamente 1 millón de habitantes; Oviedo, su capital, posee una población que alcanza los 200.000 habitantes, con una importante emigración anual fuera del país del orden de 2.305 habitantes. En este artículo hacemos una recopilación de los resultados obtenidos de los análisis realizados en la población de Asturias, particularmente importante, además, porque esta región está situada cerca de otras bien definidas desde el punto de vista histórico, antropológico y genético como son Galicia y el País Vasco.

Los marcadores polimórficos de ADN son actualmente la herramienta más útil en la identificación molecular humana, así como en los estudios antropológicos. Los marcadores genéticos analizados a lo largo de estos años fueron los que la comunidad científica fue revalidando para uso forense y aquellos que se constituyeron como los de mayor utilidad en la práctica. Se trata de los siguientes: el sistema HLA DQ A1, los *loci* LDLR, GYPA, HBGG, D7S8, GC incluidos en el kit comercial «Polimarker», los *loci* microsatélites o STRs (*Short Tandem Repeats*): HUMCSF1PO, HUMTPOX, HUMTH01, HUMF13A01, HUMFES/FPS, HUMvWA, D18S535, DIS1656 y D12S391, y los microsatélites del cromosoma Y, DYS19, DYS385, DYS388, DYS389 I, DYS389 II, DYS390, DYS391, DYS392 y DYS393.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. OBTENCIÓN DE LAS MUESTRAS Y EXTRACCIÓN DE ADN

Se recogieron por venopunción en vacutainer con EDTA, muestras de individuos sanos no emparentados entre sí y residentes en la Comunidad de Asturias, dentro del área geográfica de su capital Oviedo. La extracción del ADN para los sistemas HLA DQA1 y PM se realizó mediante el método de Chélex; para los loci STRs autosómicos se utilizó el kit Wizard Genomic DNA Purification System (*Promega Corporation, Madison, USA*) y finalmente para los loci D18S535, D1S1656 y D12S39, así como para los marcadores STRs del cromosoma Y la extracción se llevó a cabo por medio de la técnica estándar de fenol-cloroformo-alcohol isoamílico. Los procedimientos seguidos han sido descritos previamente (1-3).

2. ANÁLISIS DEL SISTEMA HLA DQ A1 Y DE LOS LOCI DEL SISTEMA POLYMARKER

La amplificación en un termociclador PE 480 y el análisis se realizó con los kits: *Amplitype HLA DQ α Forensic DNA Amplification and Typing* (*Roche Molecular Systems, Ca, USA*), y *Amplitype PM PCR Amplification Typing Kit* (*Perkin Elmer Corporation., Norwalk, CT*), siguiendo los protocolos y las recomendaciones del fabricante.

3. ANÁLISIS DE MICROSATÉLITES AUTOSÓMICOS

Los marcadores HUMCSF1PO, HUMF13A01 y HUMFES/FPS se tipificaron con el sistema *Multiplex Gene Print™ STR Multiplex System* (*Promega Corporation*). La amplificación se realizó en un termociclador PE 480 (*PE Biosystems*), los productos de la PCR se tiparon en un gel desnaturizante de 0.75 mm de espesor, al 4% de poliacrilamida (19:1 acrilamida:bisacrilamida, úrea 7M), con electroforesis vertical por 1 hora (*Hoeffer SE 620 vertical slab gel electrophoresis unit*), a un voltaje constante de 1.000 V con una temperatura fija de 51°C; se realizó una tinción con plata para la lectura de los fragmentos (3). Se analizaron en uniplexes los marcadores HUMTH01, HUMTPOX, HUMvWA siguiendo el método descrito por nosotros en artículos previos (6); el estudio de los marcadores D1S1656, D12S391 y D18S535 se realizó como se ha referido en otras ocasiones (8, 9). La separación de fragmentos se llevó a cabo en un gel de poliacrilamida al 6% en condiciones desnaturizantes (*Ready Mix Gel ALF grade, Pharmacia*). Todos los productos frescos se tiparon dos veces en un secuenciador automático (*Automated Laser Fluorescent —ALF Express—, DNA sequencer, Pharmacia*) a 1.450 V, 38 mA, 45 W y 50°C con un láser a 3 mW durante 220 minutos.

4. ANÁLISIS DE MICROSATÉLITES DEL CROMOSOMA Y

Se analizaron en uniplex los marcadores DYS19, DYS385, DYS388, DYS389 I, DYS389 II, DYS390, DYS391, DYS392 y DYS393 siguiendo el método de tipado descrito por Nievas (2001) y Nievas y cols. (2001). Todas las amplificaciones, incluyendo la de los controles negativos y positivos, se llevaron a cabo en un termociclador PE 2400 (*PE Biosystems*). La separación de fragmentos se llevó a cabo en un gel desnaturalizante de poliacrilamida al 6% (*Ready Mix Gel ALF grade, Pharmacia*). Todos los productos frescos se tiparon dos veces. La electroforesis tuvo lugar en un secuenciador automático (*Automated Laser Fluorescent -ALF Express-, DNA sequencer, Pharmacia*) a 1450 V, 38 mA, 45 W y 50°C con un láser a 3 mW durante 220 minutos.

5. LÁDERES ALÉLICOS

Para los marcadores D1S1656, D12S391 y D18S535 se utilizaron los láderes generados por el Prof. Ángel Carracedo (*Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España*). Los láderes para DYS19, DYS385, DYS388, DYS389 I, DYS389 II, DYS390, DYS391, DYS392 y DYS393 fueron suministrados por el Prof. Peter de Kniff (*Universidad de Leiden, Holanda*). Para el resto de marcadores se utilizaron las escaleras de alelos suministradas por la casa comercial.

6. EVALUACIÓN ESTADÍSTICA

La comprobación del equilibrio de Hardy-Weinberg, así como el cálculo de los habituales parámetros de eficiencia forense según se ha descrito en trabajos anteriores (1-12). En todos los procedimientos se siguieron las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Genética Forense.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En todos los casos y para los diferentes polimorfismos analizados la población asturiana demostró estar en equilibrio de Hardy-Weinberg. La tabla 1 muestra la distribución de las frecuencias alélicas del sistema HLA DQ A1 en población asturiana, junto con un poder de exclusión alcanzado por este sistema en la misma (0.93) (4). Para este polimorfismo no se observaron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre la población de Asturias y las poblaciones españolas y caucasoides analizadas (4).

En la tabla 2 se muestran las frecuencias alélicas de los loci genéticos del sistema Polymarker (PM). Tampoco para estos loci se encontraron diferencias significativas con otras poblaciones de origen caucasoide (5). El poder de exclusión combinado obtenido por el uso conjunto de todos los sistemas del PM fue de 0.99. Los sistemas HLA DQ A1 y Polimarker

fueron ampliamente estudiados en las etapas iniciales de la genética forense. Su interés forense ha disminuido drásticamente en los últimos años, debido a la aparición de sistemas más discriminativos, seguros y polimórficos como son los microsátélites.

Las tablas 3 y 4 muestran las frecuencias encontradas en el análisis de los STRs autosómicos en población asturiana (6-10). La tabla 6 describe los valores estadísticos acumulativos de los STRs simples: HUMTH01, TPOX, CSF1PO, FES/FPS, F13A01, D18S535, y de los STRs compuestos: HUMvWA, D1S1656, D12S391. El poder de discriminación acumulado total obtenido fue cercano a 1, lo que da idea del rendimiento de estos polimorfismos en la identificación humana. Tampoco se observaron para estos sistemas diferencias significativas entre asturianos y otras poblaciones caucásicas en todo el mundo, lo que nos lleva a concluir que existe homogeneidad y uniformidad entre la mayoría de poblaciones españolas y europeas (9). El número de alelos encontrados para cada marcador fue: HUMCSF1PO: 6, HUMF13A01: 11, HUMFES/FPS: 7, HUMTH01: 6, HUMTPOX: 5, HUMvWA: 7, D1S1656: 11, D12S391: 12 y D18S535: 8, estos tres últimos loci presentaron la mayor variabilidad alélica. Tampoco encontramos mutaciones en nuestro estudio, salvo para el marcador HUMvWA y en el caso de una prueba de paternidad.

Los marcadores del cromosoma Y se describen en las tablas 6, 7 y 8. Las frecuencias obtenidas fueron incluidas en la Base de Datos europea del grupo de Lutz Roewer (ver figura 1) tras superar el consiguiente y obligado control de calidad (13). Aunque los marcadores genéticos del cromosoma Y son de herencia uniparental, su utilidad es máxima en determinados casos forenses y en particular cuando se requiere la investigación patrilineal. Los marcadores DYS19, DYS389 I, DYS389 II, DYS390, DYS391, DYS392, DYS393, DYS385 I y DYS385II constituyen el que se denominó inicialmente «haplotipo mínimo», al que se añadió en nuestro estudio el loci DYS388 (13). En la tabla 7 se muestran los haplotipos más frecuentes en la población asturiana entre los que destaca el siguiente 14-13-29-24-11-13-13-11-14-12, con una frecuencia del 5% en el conjunto de la muestra.

Tabla 1. Frecuencias alélicas del sistema HLA DQA1 (n= 194)

Alelo	Frecuencia
DQ A1.1	0.1804 ± 0.0390
DQ A1.2	0.1289 ± 0.0340
DQ A1.3	0.1057 ± 0.0312
DQ A 2	0.1160 ± 0.0325
DQ A3	0.1263 ± 0.0337
DQ A4	0.3428 ± 0.0482
χ^2	8.4940 (0.80>p>0.70)
Diversidad alélica	0.7900
Poder de discriminación	0.9300

Tabla 2. Frecuencias alélicas del sistema Polymarker (n=215)

Marcador	LDLR	GYP A	HBGG	D7S8	GC
Fenotipos	AA	AA	AA	AA	AA
	AB	AB	AB	AB	AB
	BB	BB	AC	BB	BB
			BB		
			BC		
			CC		
Frecuencias alélicas	A = 0.4535	A = 0.5279	A = 0.4977	A = 0.5907	A = 0.3070
	B = 0.5465	B = 0.4721	B = 0.4977	B = 0.4093	B = 0.1651
			C = 0.0046		C = 0.5279
χ^2	0.0466	0.0877	0.0094	0.0766	0.2552
Grados de libertad	1	1	3	1	3
Diversidad alélica	0.4980	0.5008	0.5069	0.4858	0.6026
Poder de exclusión	0.1864	0.1871	0.1937	0.1833	0.3196
Poder de discriminación	0.6270	0.6300	0.6303	0.6210	0.7671

Tabla 3. Frecuencias alélicas y parámetros de eficiencia forense de los microsátélites autosómicos analizados

Alelo	HUMCSFIPO (n = 150)	HUMF13A01 (n = 150)	HUMFES/FFS (n = 150)	HUMTHO1 (n = 129)	HUMTPOX (n = 176)	HUMQWA (n = 170)
4		0.0800				
5		0.1770		0.0038		
6		0.3060		0.1822	0.0028	
7		0.3400	0.0030	0.1512		
8	0.0130	0.0400	0.0170	0.1628	0.5255	0.2940
9	0.0300	0.0300		0.1589	0.0090	
9.3				0.3217		
10	0.2700	0.0030	0.2800	0.1937	0.0710	
11	0.2970		0.4130		0.2698	0.2940
12	0.3260	0.0030	0.2270		0.0397	
13	0.0500	0.0030	0.0570			
14	0.0130	0.0070	0.0030			0.0912
15		0.0070				0.1117
16						0.3000
17						0.2820
18						0.1650
19						0.0353

(Continuación)

Tabla 3. Frecuencias alélicas y parámetros de eficiencia forense de los microsatélites autosómicos analizados

Alelo	HUMCSFIPO (n = 150)	HUMFT3A01 (n = 150)	HUMFES/FPS (n = 150)	HUMTHOI (n = 129)	HUMTFOX (n = 176)	HUMVWA (n = 170)
20					0.0080	
χ^2	0.0480	0.1206	0.0192	0.2850	0.7970	0.7190
Test G	0.3880	0.2820	0.2800	0.3890	0.5940	0.1630
Test exacto	0.5060	0.1900	0.2400	0.2940	0.6430	0.7500
Heterozigosidad observada	0.7067	0.7533	0.7267	0.8034	0.6667	0.7194
Heterozigosidad esperada	0.7929	0.7536	0.6982	0.8017	0.6248	0.7852
Probabilidad de exclusión a priori ..	0.4809	0.5158	0.4254	0.6023	0.3217	0.5719
Poder de discriminación	0.8784	0.8889	0.8434	0.9203	0.7989	0.9157

Tabla 4. Frecuencias alélicas y parámetros de eficiencia forense de los microsatélites D1S1656, D12S391 y D18S535 en población asturiana

Alelo	D1S1656 (n=157)	D12S391 (n=155)	D18S535 (n=155)
9			0.1100
10	0.0031		0.0064
11	0.0828		0.0097
12	0.1465		0.2355
13	0.0670		0.3096
14	0.0892		0.2065
15	0.1947	0.0548	0.1130
15.3	0.0688	—	—
16	0.0892	0.1613	0.0097
17	0.0859	0.0935	
17.3	0.1083	—	
18	—	0.2230	
18.3	0.0446	—	
19	0.0222	0.1387	
19.3		—	
20		0.1323	
21		0.1258	
22		0.1097	
23		0.0581	
24		0.0323	
25		0.0129	
26		0.0032	
χ^2	0.7575	0.3710	0.2590
Test G	0.7585	0.4620	0.3160
Test exacto	0.6450	0.3740	0.2690
Heterozigosidad observada	0.8365	0.8471	0.8302
Heterozigosidad esperada Probabilidad de exclusión <i>a priori</i>	0.8905	0.8710	0.7846
Poder de discriminación ..	0.7733	0.7361	0.5717
	0.9742	0.9648	0.9047

Tabla 5. Valores estadísticos acumulativos referidos a los marcadores STRs analizados en población asturiana

	STRs simples	STRs Compuestos	Total
Probabilidad acumulativa de exclusión	0.9855	0.9743	0.9996
Poder acumulativo de discriminación	0.9999	0.9999	0.9999

Tabla 6. Frecuencias alélicas de los marcadores del Cromosoma Y en población asturiana

Alelo	DYS19 (n = 120)	DYS385 (n = 120)	DYS388 (n = 120)	DYS389 I (n = 120)	DYS389 II (n = 120)	DYS390 (n = 120)	DYS391 (n = 120)	DYS392 (n = 120)	DYS393 (n = 120)
9		0.0042					0.1000		
10		0.0042					0.5000		
11		0.2500					0.3916	0.3500	
12		0.1083	0.8000	0.1833			0.0083	0.0333	0.1166
13	0.1333	0.0917	0.0750	0.6166				0.5833	0.7500
14	0.6166	0.2792	0.0500	0.1916				0.0250	0.1250
15	0.2083	0.1000	0.0250	0.6083				0.0083	0.0083
16	0.0333	0.0792	0.0250						
17	0.0083	0.0333	0.0250						
18		0.0292							
19		0.0083							
20		0.0083							
21		0.0042							
22						0.0250			
23						0.1083			
24						0.3166			
25						0.4750			
26						0.0666			
27					0.0083	0.0083			
28					0.0083				
29					0.1583				
30					0.4833				
31					0.2416				
32					0.0833				
					0.0166				

Tabla 7. Haplotipos más frecuentes de los encontrados en Asturias

Haplotipo	Frecuencia
DYS19-DYS389I-DYS389II-DYS390-DYS391-DYS392 DYS393-DYS385I-DYS385II-DYS388	
13-14-31-249-11-13-13-14-12	0,0250
14-12-28-23-11-13-13-11-14-12	0,0167
14-13-29-23-11-13-13-11-14-12	0,0250
14-13-29-24-10-13-13-11-14-12	0,0333
14-13-29-24-10-13-13-11-15-12	0,0167
14-13-29-24-10-13-13-12-14-12	0,0167
14-13-29-24-10-13-14-11-14-12	0,0167
14-13-29-24-11-13-13-11-14-12	0,0500*
14-13-29-11-13-13-11-15-12	0,0167
15-12-29-22-10-11-13-12-14-12	0,0167
15-14-29-23-10-11-13-12-12-13	0,0167

* Haplotipo más frecuente

Tabla 8. Parámetros estadísticos de interés forense para los haplotipos del Cromosoma Y analizados en población asturiana

Número de individuos tipados: 120
Número de haplotipos distintos: 101
Número de locis analizados: 10
Diversidad genética: 0.9952 ± 0.0023
Media de diferencias apareadas: 5.755882 ± 2.77462

BIBLIOGRAFÍA

1. MARTÍNEZ-JARRETA B, DÍAZ ROCHE P, ABECIA E. Genetic variation at six STR loci TH01, TPOX, CSF1PO, F13A01, FES/FPS, vWAFA31 in Aragon (north Spain). *Forensic Sci Int*, 1999; 100: 87-92.
2. BELL B, BUDOWLE B, MARTÍNEZ-JARRETA B, CASALOD Y, ABECIA E, CASTELLANO M. Distribution of types for six PCR-based loci: LDLR, GYPA, D7S8, HBG, GC and HLA-DQA1 in Central Pyrenees and Teruel (Spain). *Int J Legal Med*, 1997; 42: 510-4.
3. PROMEGA CORPORATION. Gene Print STR Systems for Silver Stain Detection. Technical Manual. (TMD No.004). Wisconsin, USA, 1998.
4. MARTÍNEZ-JARRETA B, BOLEA M, CASTELLANO M, HINOJAL R, ABECIA E. Distribution of HLA DQ A1 alleles and genotypes in two Spanish populations (Aragon and Asturias). *Forensic Sci Int*, 1996; 81: 185-90.
5. MARTÍNEZ-JARRETA B, ABECIA E, BELL B, CASALOD Y, CASTELLANO M, HINOJAL R. Frecuencias of the five PCR-based genetic markers LDLR, GYPA, HBG, D7S8 and GC in the population of Asturias (North Spain). *Int J Legal Med*, 1997; 110: 41-43.
6. NIEVAS P, MARTÍNEZ-JARRETA B, ABECIA E, PRADES A, HINOJAL R. Allele frequency distribution of the STR loci HUMTPOX, HUMTH01 and HUMvWA in Asturias (North Spain). *J Forensic Sci*, 1999; 44: 389-91.
7. NIEVAS P, MARTÍNEZ-JARRETA B, CASALOD Y, MARTÍNEZ A, HINOJAL A. Distribución de frecuencias del marcador STR D1S1656 en población asturiana. *Ciencia Forense*, 1999; 1: 141-8.
8. BELL B, NIEVAS P, ABECIA E, MARTÍNEZ-JARRETA B, HINOJAL R, MARTÍNEZ-CORDEIRO A. Population genetics of the STR loci HUMCSF1PO, HUMF13A01, HUMFES/FPS and D12S3912 in Asturias (Northern Spain). *Forensic Sci Int*, 2000; 276: 1-4.
9. MARTÍNEZ-JARRETA B, NIEVAS P, ABECIA E, LAREU M, BUDOWLE B. Population genetics of the D1S1656, D12S391 and D18S535 loci in Asturias (North Spain). *J Forensic Sci*, 2000; 45(2): 442-444.
10. MARTÍNEZ-JARRETA B, NIEVAS P, ABECIA E, BUDOWLE B. Genetic analysis of the STR loci D16S539, D7S820, D13S317, D18S535, D1S1656 and loci D12S391 in two Spanish populations. En SENSABAUGH GF, LINCOLN P, OLAISEN B (eds.). *Progress in Forensic Genetics*, 2000; 8: 190-193.
11. NIEVAS P. Caracterización Genética de la población aragonesa y asturiana por medio del análisis de polimorfismos microsatélites. Aplicaciones médico-forenses. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza, 2001.
12. NIEVAS P, MARTÍNEZ-JARRETA B, HINOJAL R, ABECIA E. Population Genetics of Y-Chromosomal Haplotypes in Asturias (presentado en el 19th International Congress de la ISFG celebrado en Munster, Alemania, en agosto de 2001 y enviado para su publicación en *Progress in Forensic Genetics* 9).
13. ROEWER L *et al.* Online reference database of European Y-chromosomal short tandem repeats (STR) haplotypes. *Forensic Sci Int*, 2001; 118: 106-113.

NOVEDADES EDITORIALES Y COMENTARIOS

1. *Enciclopedia of Forensic Sciences*

Autores:	Jay A. Siegel (editor jefe), Pekka J. Saukko, Geoffrey C. Knupfer
Editorial:	Academic Press
Año:	2000
Observación:	Existe una versión on-line. Colección de muy alto nivel
Comentario:	Excelente, muy recomendado

Se trata de una magnífica colección de tres volúmenes en los que se actualizan un gran número de cuestiones en el área forense. Es sobre todo un texto de consulta y referencia para los forenses generales que deseen obtener una visión rápida y precisa de cualquier tema en este campo. Se describen aspectos de gran interés como aquellas situaciones derivadas de accidentes de tráfico como lesiones causadas por bolsas de aire (airbag), las causas de los accidentes, la reconstrucción de los hechos, la relación entre conductor y víctima en los atropellamientos, etc. Llama la atención el análisis realizado de los problemas relativos a los accidentes de trenes y otros medios de transporte. Un tema importante es la administración y organización de los Laboratorios de Ciencias Forenses, cada día más grandes y complejos. Se destinan varios capítulos al alcohol y los problemas médico-legales derivados de su abuso en el consumo. Existe asimismo una sección importante que trata sobre el desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas a la investigación forense (electroforesis, capilar, cromatografía, espectrofotometría de masas, microscopía, técnicas espectroscópicas, etc.). Tienen su lugar también cuestiones antropológicas. Se revisa igualmente lo que debe ser el análisis de la escena del crimen y las normas que deben tenerse en cuenta. Hay dos capítulos que destacan por su importancia como son el dedicado al estudio de los perfiles criminales y a los delitos

por ordenador, que no deben ser pasados por alto. No faltan los capítulos dedicados al análisis del ADN, en toda su extensión y complejidad. A esto se añaden secciones sobre criminalística, víctimas de desastres, documentología, abuso de drogas, entomología forense, ética explosivos, identificación facial, huellas digitales, balística, análisis de la evidencia del crimen, clínica forense y patología forense. Es, sin lugar a dudas, una importante obra de consulta que no debe faltar en ninguna biblioteca universitaria.

2. *Forensic Entomology. The Utility of Arthropods in Legal Investigations*

Autores:	Jason H. Bird, James L. Castner
Editorial:	CRC Press
Año:	2001
Comentario:	Útil

Describe la utilidad de los artrópodos en los estudios forenses. Los insectos y los artrópodos pueden facilitar la investigación de la data de la muerte, entre otras cuestiones médico-forenses. Se detallan aspectos como la biología de los insectos, la recolección de la evidencia entomológica, el papel de los insectos acuáticos, la estimación del intervalo postmortal, entomotoxicología, el análisis del ADN, entre otros. Sin duda alguna podemos decir que en algunos casos singulares serán los insectos la principal pieza de evidencia, y en este caso esta obra puede ser de gran ayuda.

3. *Henry Lee's. Crime Scene Handbook*

Autores:	Henry L. Lee, Timothy Palmbeach, Marilyn T. Miller
Editorial:	Academic Press
Año:	2001
Observación:	Recopilación de experiencias y consejos prácticos
Comentario:	Muy recomendado

Henry Lee es quizás uno de los investigadores forenses más reconocidos en el mundo. Tras más de 50 años de experiencia, este libro recoge una serie de consideraciones y recomendaciones del autor para los investigadores en el terreno. Es un libro que revisa con detalle y de forma sistemática todos los aspectos que rodean a la escena del crimen: elementos, procedimientos, documentación, búsqueda, recolección y conservación de

la evidencia física, técnicas de laboratorio aplicadas durante la investigación de campo, equipos y reactivos, entre otros.

4. *Advances in Forensic Taphonomy. Method, Theory and Archaeological Perspectives*

Autores:	William D. Haglund, Marcella H. Sorg
Editorial:	CRC Press
Fecha de publicación:	Julio, 2001
Comentario:	Recomendado

Este libro hace un análisis de la tafonomía dentro de la paleontología, arqueología y paleoantropología, con el fin de explicar las transformaciones postmortales. Presenta un avance en las técnicas para la recuperación y estudio de restos humanos, incluyendo técnicas de mapeo, sensores remotos y el uso de perros entrenados en búsqueda de personas. Por supuesto, es un libro de gran utilidad para los arqueólogos estudiosos de nuestro pasado. Puede ser de valiosa utilidad en los casos forenses que requieren el análisis histórico de los hechos. Recomendable como un texto de referencia.

5. *Practical Aspects of Rape Investigation. A Multidisciplinary Approach.*
Tercera edición

Autores:	Robert Hazelwood, Ann Wollbert Burgess
Editorial:	CRC Press
Fecha de Publicación:	Abril, 2001
Observación:	Un libro con enfoque multidisciplinario
Comentario:	Recomendado

Los delitos sexuales tienen una gran trascendencia en las sociedades de todo el mundo. Este libro aborda los aspectos prácticos de la investigación en casos de violación, desde una perspectiva de la víctima, de la investigación criminal, de los forenses y los tribunales de justicia y de las poblaciones en riesgo. El enfoque multidisciplinario permite a los lectores conocer el problema desde todos los puntos de vista. Recomendado como un elemento de consulta y referencia.

6. *Molecular Cloning*. Tercera edición

Autores:	Joseph Sambrook y David Russel
Editorial:	Cold Spring Harbour Laboratory Press
Año:	2000
Observación:	Existe una versión on-line
Comenatio:	Excelente, muy recomendado

Este libro se ha constituido en la referencia inexcusable de todos aquellos que trabajan con técnicas moleculares, incluyendo a los Genetistas Forenses, que toman de éste sus mejores herramientas. Esta nueva edición presenta 3 volúmenes, que traen como novedad la incorporación de protocolos desarrollados como material y métodos, trae además pequeños cuadros con información de relevancia y una serie de referencias para ampliar la información presentada. Existe una versión on-line dinámica y de fácil navegación, que incluye paneles de discusión y referencias bioinformáticas. Basta decir que es una obligación para todos aquellos dedicados al laboratorio de genética forense contar con tan valioso documento.

7. *Valoracion del Daño Corporal en el Aparato Locomotor*

Autores:	R. Miralles
Editorial:	Masson
Año:	2001
Comentario:	Recomendado

La valoración del daño del aparato locomotor es muchas veces imprescindible para cuantificar el déficit establecido por accidente o enfermedad, así como las posibles indemnizaciones derivadas en determinados casos. El libro describe con detalle las lesiones traumáticas en cada una de las secciones del sistema osteo-músculo-esquelético. Es un texto muy didáctico, descriptivo y escrito con detalle por un especialista en traumatología. Un importante apoyo para quienes se dedican a la valoración del daño corporal.

8. Valoración del Daño Corporal. Segunda edición

Autores:	C. Hernández Cueto
Editorial:	Masson
Año:	2001
Comentario:	Muy recomendado

Se trata de la segunda edición de una obra sólida e imprescindible. En la nueva edición se han actualizado algunos capítulos al hilo de los cambios legislativos acaecidos en los últimos años y se ha ampliado el análisis de los baremos a través de la participación de nuevos colaboradores. También se ha incorporado un nuevo capítulo sobre valoración del daño bucal y dentario. Una obra muy valiosa y de referencia.

9. Forensic Pathology. Segunda edición

Autores:	Dominick DiMaio, Vincent DiMaio
Editorial:	CRC Press
Fecha de publicación:	Junio, 2001
Observación:	Considerado un bestseller en la ciencia forense
Comentario:	Muy recomendado

Esta nueva edición trae una gran cantidad de información adicional como la muerte en los hogares de reposo, nuevas técnicas en toxicología, una ampliación de los aspectos que involucran los accidentes de vehículos a motor, avances en la tecnología del ADN, una discusión sobre las lesiones de cabeza y las fracturas de cráneo. Esta saga de forenses, padre e hijo, han convertido este texto en una importante referencia en la formación de los noveles investigadores y criminalistas.

10. *Applying Statistics in Courtroom. A New Approach for Attorneys and Expert Witnesses*

Autores:	Phillip I. Good
Editorial:	CRC Press
Fecha de publicación:	Julio, 2001
Comentario:	Recomendado

Este libro está dirigido a abogados y expertos que acuden diariamente a los Tribunales y han de convivir con las técnicas científicas más especializadas, y con los conceptos estadísticos derivados de dichos análisis en la resolución de sus casos. Quizás, sigue siendo la estadística el talón de Aquiles, de la mayoría de profesionales en Ciencias Forenses, y más aún en los profesionales del derecho. El autor nos presenta un interesante sistema para aplicar la estadística de forma adecuada en el análisis de la información forense, y, sobre todo, acerca de cómo trasladar este conocimiento a los jueces y Tribunales para su correcta interpretación. El juego cotidiano de las posibilidades se describe con bastante claridad y nitidez, tratando de evitar las conocidas falacias del fiscal y de la defensa. Es un libro muy útil para aquellos que se introducen en estas cuestiones que suelen ser consideradas difíciles pero apasionantes.

11. *DNA Arrays. Technologies and Experimental Strategies*

Autor:	Elena Grigorenko
Editorial:	CRC Press
Fecha de publicación:	Septiembre, 2001
Comentario:	Muy recomendado

Un importante texto que presenta las nuevas técnicas para el análisis forense del ADN, así como las matrices (*arrays*) de oligonucleótidos y sus aplicaciones. Incluye protocolos detallados para análisis a gran escala de expresión génica, presenta métodos adaptables a varias condiciones de laboratorio entre algunos otros valiosos temas. Se aborda la tecnología de los chips de ADN, la manufacturación y análisis de las matrices de ADN, las plataformas de nylon, la detección electrónica de biomoléculas, entre otras cuestiones. Libro básico para todos aquellos que deseen conocer lo que el presente y el futuro más cercano ofrece en nuevas tecnologías.

12. *Forensic DNA Typing*

Autor:	John M. Butler
Editorial:	Academic Press
Año:	2001
Comentario:	Muy recomendado

Un estupendo compendio de las técnicas actuales de investigación del ADN con fines forenses. Nos brinda una panorámica sustancial sobre el estado de la cuestión en este campo. Su estructura facilita al acceso a la información básica. Escrita por J. Butler, del National Institute of Standards and Technology (USA), cuenta con la aprobación de los laboratorios que colaboran con el FBI. Entre sus contenidos destacan una extensa explicación sobre los *short tandem repeats* que se utilizan en la actualidad con sus microvariantes, sus alelos nulos, tasas de mutación, la metodología usada en su detección. Se describen también con precisión procedimientos y métodos de estudio del ADN mitocondrial y de los marcadores del Cromosoma Y. Se realiza un análisis comparativo de las tecnologías utilizadas en la actualidad, con una descripción de sus ventajas e inconvenientes. Y finalmente, se incluyen varios capítulos relativos a los controles de calidad, la automatización y las nuevas tecnologías. Una obra de mucha utilidad para los interesados en el laboratorio de Genética Forense.

13. *Techniques of Crime Scene Investigation*. Sexta edición

Autores:	Barry A.J. Fisher
Editorial:	CRC Press
Año:	2000
Comentario:	Muy recomendado

Con seis ediciones, este libro que se ha convertido en referencia clásica de forenses y criminalistas. Esta nueva edición incorpora un sistema de chequeo de los procedimientos usados, presenta ejemplos prácticos de juicios y las técnicas de investigación utilizadas, incluye una discusión sobre nuevas áreas de tecnología como el proceso de imágenes, el uso de ordenadores que recrean las escenas del crimen, los análisis de ADN, entre otras interesantes novedades.

14. *Técnicas Instrumentales en Genética Forense*

Autores:	Fabricio González y Begoña Martínez Jarreta
Editorial:	Institución «Fernando el Católico»
Fecha de publicación:	Septiembre, 2001
Comentario:	Muy recomendado

Se trata de un compendio de técnicas y prácticas interesante para todos aquellos que se inician en la Genética Forense. Este texto es el primer número de una colección titulada «Colección Orfila-Rotger de Medicina Forense» y publicada por la Institución «Fernando el Católico», de la Diputación Provincial de Zaragoza. Consta de varios capítulos, introducción, recolección de muestras, extracción del ADN, cuantificación, amplificación por PCR, análisis de los productos de la PCR, y algunas recomendaciones finales sobre contaminación de muestras, disoluciones y otros. Es un texto recomendado sobre todo para aquellos que se inician en las técnicas de laboratorio, ya que por su sencillo contenido facilita el aprendizaje.

15. Antropología Criminológica

Autor:	Fernando Rodes y Juan Martí (editores)
Editorial:	Universidad Miguel Hernández
Año:	2001
Comentario:	Muy recomendado

Se trata de una obra inteligente y didáctica que versa sobre la contribución de las modernas técnicas de antropología forense al desarrollo de la ciencia criminológica. En ella se analizan con precisión, entre otras cuestiones importantes, las siguientes: la identificación y la dactiloscopia, el levantamiento del cadáver, la tanatología forense, la recogida y manipulación de restos óseos humanos; la determinación de la data de la muerte, de la especie, la raza, el sexo, la talla, la edad, etc. En definitiva, en ella se realiza con amenidad y claridad una acertada revisión y puesta al día de lo que es actualmente la antropología y de lo que puede aportar a la encuesta criminal. Se trata de una obra con un gran sentido práctico y de gran utilidad para los que quieran profundizar en todas estas cuestiones de tanta importancia en la rutina forense.

CONGRESOS, SIMPOSIA, JORNADAS Y REUNIONES CIENTÍFICAS

1. Inpalms. 7th Indo-pacific Congress on Legal Medicine and Forensic Sciences. Melbourne, Australia. 16-21 septiembre 2001.
2. VI Jornadas de genética forense del Gep-isfh. Buenos Aires, Argentina. 4, 5, 6 y 7 de octubre de 2001.
3. I Reunión de metodología de la investigación en Ciencias de la Vida. Zaragoza, 25 y 26 de octubre de 2001.
4. IX Jornadas de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense. Madrid, 15, 16 y 17 de noviembre de 2001.
5. VI Jornadas catalanas de actualización en medicina forense. Barcelona, 22, 23 y 24 de noviembre de 2001.
6. Jornadas de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense. Madrid, 17, 18 y 19 de noviembre de 2001.
7. 16th Meeting of the International Association of Forensic Sciences. Montpellier, Francia. 2-7 septiembre, 2002.
8. Isalm-Fifth International Symposium on Advances in Legal Medicine. Takayama, Japón. 1-4 octubre de 2002.

REVISTA *CIENCIA FORENSE*

NÚMEROS PUBLICADOS

Volumen 1: Monográfico «Muerte súbita»

Volumen 2: Monográfico «Malos tratos en la infancia»

Volumen 3: Monográfico «Medicina Legal y Geriátrica»

COLECCIÓN «ORFILA ROTGER»

1. GONZÁLEZ ANDRADE F, y MARTÍNEZ JARRETA B. Técnicas instrumentales en Genética Forense. Zaragoza, 2001.

Nota: Las figuras 3 y 4 del artículo titulado «Síndrome del niño maltratado», en el n.º 2 de esta revista, son cortesía de D. Heraclio Martínez, catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Zaragoza y médico forense.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. La revista *Ciencia Forense* considera para su publicación aquellos trabajos relacionados con la Medicina Forense en sus distintas áreas (Derecho Médico y Deontología, Tanatología, Patología Forense, Sexología Forense, Medicina Legal en la Infancia, Psiquiatría Forense, Genética Forense, Odontología Forense, Medicina Legal Laboral y Toxicología Forense).

2. La revista se dividirá en las siguientes secciones:

- REVISIONES. Artículos en los que se realice una puesta al día sobre temas de actualidad o de gran interés para la comunidad forense. Serán trabajos encargados por el Comité de Redacción. Los autores que espontáneamente deseen colaborar en esta sección pueden solicitarlo al director de la revista.
- ORIGINALES. Trabajos de investigación sobre cualquier tema de interés médico-legal.
- ORIGINALES BREVES. Trabajos de investigación o bien exposición de casos, que por sus características puedan ser publicados de forma abreviada. Deberán tener una extensión máxima de hasta 8 páginas DIN A-4, incluidas las tablas, figuras y referencias bibliográficas.
- OPINIÓN Y CUESTIONES A DEBATE. La revista brinda una oportunidad en esta sección al intercambio y a la discusión de ideas y opiniones sobre cuestiones polémicas o que necesiten de una reflexión profunda. Cualquier autor que espontáneamente desee colaborar en esta sección puede solicitarlo al director de la revista. La estructura del trabajo no ha de seguir el esquema que se exige en el caso de un artículo original de investigación.
- Otras secciones (NOTICIAS, CALENDARIO DE ACTIVIDADES, NOVEDADES EDITORIALES, etc.).

3. Los trabajos que se envíen para su publicación en la revista, habrán de ser inéditos y no estar pendientes de publicación en otra revista.

4. Se remitirán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel DIN A-4, con 30 a 35 líneas de entre 60 y 70 espacios en cada página.

5. Se presentarán por triplicado, incluyendo tres copias de la iconografía y una copia en disquete indicando el nombre del primer autor, ini-

cio del título y programa utilizado. Serán precedidos de una hoja en la que se haga constar: título del trabajo, nombre del autor (o autores), dirección, número de teléfono y de fax; así como dirección de correo electrónico, si procede, situación académica o profesional y nombre de la institución académica a la que pertenece. Se acompañará de una carta de presentación en la que se solicita el examen de los mismos y la sección de la revista donde desearía que se publicase; en ella deben exponerse claramente que el trabajo no ha sido publicado previamente, que todos los autores están de acuerdo en su contenido y que ceden los derechos de publicación a la revista *Ciencia Forense*, de la Institución «Fernando el Católico».

TEXTO

Se recomienda la redacción de texto en estilo impersonal. Se estructurará el trabajo en los siguientes apartados: Resumen, Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión y Bibliografía.

RESUMEN

Debe adjuntarse en español y en inglés. La extensión del resumen no ha de superar las 250 palabras, ni ser inferior a 150. El contenido del resumen estructurado para los originales se divide en cuatro apartados. Introducción, Material y Métodos, Resultados, y Conclusiones. En cada uno de ellos se ha de escribir, respectivamente, el problema motivo de investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que se derivan de estos resultados. Al final del resumen deben figurar hasta 6 palabras clave de acuerdo con Medical Subject Headings de Index Medicus.

INTRODUCCIÓN

Será breve y debe proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras. Debe incluir un último párrafo en el que se expongan de forma clara el o los objetivos del trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este apartado se indica el tiempo que ha durado, las características de la serie estudiada, el criterio de selección, las técnicas utilizadas, proporcionando detalles suficientes para que el estudio pudiera repetirse sobre la base de esta información. Se han de escribir con detalle los métodos estadísticos.

RESULTADOS

Relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el método empleado. Estos datos se complementan con tablas y figuras, considerando que no ha de repetirse en el texto la misma información.

DISCUSIÓN

Los autores tienen que exponer sus propias opiniones sobre el tema. Destacan el significado y aplicación práctica de los resultados; las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por la cuales pueden ser válidos los resultados, la relación con publicaciones similares y comparación entre áreas de acuerdo y desacuerdo y las indicaciones y directrices para futuras investigaciones. Por otra parte debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema y se repitan los conceptos que han aparecido en la introducción. Tampoco deben repetirse los resultados del trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Cuando se considere necesario se citarán personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Si existen implicaciones comerciales, también deben figurar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se presentarán según orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, vaya o no vaya acompañado del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos y si se trata de varios se citará el primero seguido por la expresión *et al.*

En lo posible se evitarán las frases imprecisas como citas bibliográficas. No pueden emplearse como tales «observaciones no publicadas» ni «comunicación personal», aunque sí se pueden incluir así en el texto.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre las páginas inicial y final. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas:

Artículos de revista:

- CAPLAN RM. A fresh look at some lab ideas in counting medical education. *Möbius*, 1983; 3(1):55-61.

Libros:

- CAMPBELL DT, STANLEY JC. *Experimental and quasi experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally and Company, 1963.

6. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Se aceptarán diapositivas o fotografías en blanco y negro, en casos especiales y previo acuerdo con los autores, se aceptarán diapositivas en color. El tamaño será 9x12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor; con una flecha se señalará la parte superior; debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Las ilustraciones se presentarán por separado, dentro de un sobre; los pies de las mismas deben ir mecanografiados en hoja aparte. Siempre que se considere necesario se utilizarán recursos gráficos para destacar la parte esencial.

7. Las gráficas (hasta un máximo de seis) se obtendrán a partir del ordenador con impresión de alta calidad. Se tendrá en cuenta las mismas normas del apartado anterior. Las fotografías y gráficas irán numeradas de manera correlativa y conjunta como figuras.

8. Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: la numeración de la tabla con caracteres arábigos, enunciado correspondiente; una tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones, las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente. La revista admitirá tablas que ocupen como máximo una página impresa de la misma. Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará al pie de la tabla las técnicas empleadas y el nivel de significación, si no se hubiera incluido en el texto de la tabla.

9. El Comité de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Siempre que el Comité sugiera modificaciones, los autores deberán remitir, junto con la nueva versión del artículo y tres copias, una carta que se expongan de forma detallada las modificaciones efectuadas, tanto las sugeridas por el propio Comité como las que figuran en los informes de los expertos consultados.

CONTENIDOS

Editorial

In memoriam

Castilla Gonzalo, J.: *Juan Antonio Gisbert Calabuig.*

Romero Palanco, J.L.: *Rosa Calvet Combelles.*

Val-Carreres Guinda, C.: *Antonio Zubiri Vidal.*

Revisiones

Castellano Arroyo, M.^a y Villanueva Cañadas, E.: *Aspectos médico-legales de la vejez.*

Salvat, J.; Martín, J.; Vicente, S.; Muñiz, C. y Muñoz, R.: *Malos tratos por acción y por omisión a los ancianos.*

Osuna Carrillo de Albornoz, E.: *Los delitos contra la libertad sexual en el anciano.*

Pérez Cárcelos, M.^a D.: *El suicidio en el anciano.*

Pastor Eixarch, L. I.: *El anciano ante la Ley Civil.*

Pastor Eixarch, M.^a P.: *Envejecimiento y dependencia: situación actual.*

Luna Maldonado, A.: *Anciano y marginación social.*

Artículos originales

Fenollosa González, M.; Castelló Ponce, A. y Verdú Pascual, F. A.: *El suicidio en los ancianos: decisión autónoma frente a gerontocidio social.*

Verdú Pascual, F. A. y Castelló Ponce, A.: *Los ancianos en los ensayos clínicos: olvidados, utilizados, ¿tratados mal?*

Muniesa Zaragoza, M. y Martínez Jarreta, M.^a B.: *El consentimiento informado. Una aproximación doctrinal a un elemento fundamental en la práctica actual de la Medicina.*

Arroyo Pardo, E. y Sánchez García, M.: *El problema del tamaño muestral en estudios poblacionales de interés genético-forense.*

Martínez Jarreta, B.; González-Andrade, F.; Abecia, E.; Hinojal, R. y Martínez-Cordero, A.: *Base de datos de polimorfismos genéticos en la población de Asturias.*

Noticias, libros y comentarios

Novelades editoriales y comentarios.

Normas de publicación

